

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Fernanda Schwinden Dallamico Kirst

**OS PROGRAMAS 'SAÚDE NA ESCOLA' E 'SAÚDE E PREVENÇÃO NAS
ESCOLAS': DOS RISCOS BIOPOLÍTICOS À ESTRATÉGIA DE GOVERNAMENTO
DOS SUJEITOS ESCOLARES**

Santa Cruz do Sul
2015

Fernanda Schwinden Dallamico Kirst
Mestranda em Educação/UNISC

**OS PROGRAMAS 'SAÚDE NA ESCOLA' E 'SAÚDE E PREVENÇÃO NAS
ESCOLAS': DOS RISCOS BIOPOLÍTICOS À ESTRATÉGIA DE GOVERNAMENTO
DOS SUJEITOS ESCOLARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado, Área de Concentração em Educação, Linha de Pesquisa Identidade e Diferença na Educação, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Betina Hillesheim

Santa Cruz do Sul
2015

Fernanda Schwinden Dallamico Kirst
Mestranda em Educação/UNISC

**OS PROGRAMAS 'SAÚDE NA ESCOLA' E 'SAÚDE E PREVENÇÃO NAS
ESCOLAS': DOS RISCOS BIOPOLÍTICOS À ESTRATÉGIA DE GOVERNAMENTO
DOS SUJEITOS ESCOLARES**

Esta dissertação foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado, Área de Concentração em Educação, Linha de Pesquisa Identidade e Diferença na Educação, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Dr^a Betina Hillesheim
Professora Orientadora – UNISC

Dr. Mozart Linhares
Professor Examinador – UNISC

Dr^a Neuza Maria de Fátima Guareschi
Professora Examinadora – UFRGS

Santa Cruz do Sul
2015

AGRADECIMENTOS

Àqueles sem o qual nada disto seria possível, meu pai Lauci e minha mãe Rute, o meu agradecimento maior e especial. Sem a batalha e a perseverança de vocês, com certeza hoje, eu não teria conseguido. Obrigada, meus eternos amores.

Não menos importante, meu Obrigada mais que especial para meu marido, companheiro, amigo e eterno namorado Marcelo, que soube, com toda a paciência e carinho, administrar não apenas minhas ausências, mas também minhas crises e todo o nervosismo que o mestrado provoca. Obrigada, meu amor.

Dedico também meu carinho e agradecimento à minha orientadora, Betina Hillesheim, que apresentou-me tão bem e com tanta clareza os conceitos foucaultianos, essenciais para a construção deste trabalho, e pela presteza em sempre revisar minhas escritas e acrescentar suas contribuições.

Meu agradecimento também ao amigo e colega Fabrício. Sem suas caronas e conversas, com certeza o mestrado teria se tornado inviável. Obrigada também por aturar meus episódios de mau-humor.

Obrigada também aos colegas e professores da turma 2013 do PPGEdU da UNISC pelos ótimos momentos de discussão e crescimento. Um agradecimento especial aos colegas de Linha de Pesquisa Identidade e Diferença na Educação.

Agradeço também a Daiane Isotton, secretária do PPGEdU da UNISC, por toda a competência e dedicação com que acolheu todos nós.

Obrigada professores Mozart Linhares e Neuza Maria de Fátima Guareschi, por aceitarem o convite em participar como examinadores em minhas Bancas de Qualificação de Projeto de Pesquisa e de Defesa de Dissertação. A contribuição de vocês foi essencial na construção desta pesquisa.

Agradeço imensamente ao Instituto Federal Sul-rio-grandense, Câmpus Venâncio Aires, aqui representado pelos meus colegas e amigos Cristian Oliveira da Conceição e Fábio Lorenzi da Silva, por ter possibilitado e financiado o Mestrado em Educação. Sem o incentivo dessa Instituição, este mestrado seria praticamente impossível.

Para aqueles que, mesmo de forma indireta, participaram da construção de cada pedaço desta dissertação, seja com momentos de discussão, sugestão de leituras ou até mesmo uma palavra amiga, o meu mais sincero agradecimento.

Das Utopias

Se as coisas são inatingíveis... olá!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!
(Mario Quintana)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
SPE	Programa Saúde e Prevenção na Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PCN's	Parâmetros Curriculares Nacionais
BPC	Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social

RESUMO

Esta dissertação tem o propósito de analisar os Programas ‘Saúde na Escola (PSE)’ e ‘Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE)’ – Políticas Públicas de Saúde do escolar – enquanto estratégias de governamentalidade e regulação do corpo social. Para tanto, discute-se, a partir da proposta genealógica de Michel Foucault, a emergência das políticas públicas de saúde brasileiras, na tentativa de entender de que forma a saúde passou a se constituir uma política pública e também estabelecer uma trajetória das Políticas Públicas de Saúde no Brasil. Tendo como foco a saúde no espaço escolar, mediante análise do movimento higienista, procurou-se identificar como a saúde penetrou o espaço escolar, constituindo-se em estratégia de controle dos corpos escolares. A análise dos programas escolhidos permite identificar como esses documentos se constituem em estratégias de governamentalidade, por promover uma regulação das formas de viver, ao mesmo tempo em que exercem um controle sobre os corpos. Problematisa-se também como as orientações contidas nos referidos programas promovem o gerenciamento dos riscos para a população escolar, uma vez que é a partir das mesmas que se moldam comportamentos entendidos como saudáveis, estimulando, através da responsabilização individual, a adoção de hábitos que permitam levar uma vida protegida dos riscos. Dessa maneira, considera-se que os programas analisados representam formas de governamentalidade e estratégias biopolíticas, exercendo formas de controle e de investimento sobre a vida das populações, em particular sobre a população escolar. Deste modo, tais políticas constituem-se como estratégia de governo das populações, conduzindo condutas e ditando formas de comportamentos entendidos como saudáveis.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas Públicas de Saúde. População Escolar. Biopolítica. Governamentalidade. Riscos.

ABSTRACT

This master's thesis aims to analyze the programs 'Health in School (PSE)' and 'Health and Prevention in Schools (SPE)' - Public Policy of the School health - as strategies of governmentality and regulation of the social body. Therefore, it is discussed from the genealogical proposal of Michel Foucault, the emergence of Brazilian public policies of health in an attempt to understand how health has become a public policy and to establish a trajectory of Public Health Policy in Brazil. Having focused on health at school environment, by analyzing the hygienist movement, it was sought to identify how health penetrated the school environment, becoming a control strategy to the school bodies. The analysis of selected programs allows identify like these documents as constitute governmentality strategies, promoting regulation of ways of living and exercising control over the bodies. It is problematized also how the guidelines contained in these programs promote the management of risks to the school population, since it is from these guidelines that are shaped behaviors perceived as healthy, stimulating through individual accountability, the adoption of habits that allow to lead a life protected from the risks. Thus, it is considered that the programs analyzed represent forms of governmentality and biopolitic strategies, as these public policies exert a form of control and investment on the lives of people, particularly on school population. In this way, those politics constituting as a government strategy of the populations that, through guidance determinations, lead conduct forms and dictate behavior regarded as healthy.

Key Words: Public Health Policy. School Population. Biopolitics. Governmentality. Risks.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1: EMERGÊNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UMA PESQUISA GENEALÓGICA	16
1.1 O poder e a Genealogia em Foucault	16
1.2 A saúde como política pública: alguns desdobramentos	19
1.3 As Políticas Públicas de Saúde: da medicina social ao movimento da Reforma Sanitária	24
CAPÍTULO 2: A SAÚDE ENTRA NA ESCOLA	36
2.1 Movimento higienista, saúde e escola	36
2.2 A saúde na escola e as políticas públicas	41
CAPÍTULO 3: OS PROGRAMAS E O DISCURSO BIOPOLÍTICO SOBRE RISCO	48
3.1 Programa ‘Saúde na Escola’	49
3.2 Programa ‘Saúde e Prevenção nas Escolas’	52
3.3 Os programas, a promoção da saúde e o risco biopolítico	54
CAPÍTULO 4: OS PROGRAMAS COMO FERRAMENTAS DE GOVERNAMENTO	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS	72

INTRODUÇÃO

A articulação entre saúde e escola ocorre em consonância ao movimento higienista¹ no início do século XX, “como parte de suas preocupações e atribuições, no final do século XIX, considerando-se aí tanto a dimensão assistencial, quanto o desenvolvimento de hábitos, atitudes e valores compatíveis com uma determinada concepção de indivíduo saudável” (MEYER, 1998, p. 5). Desde então, a escola torna-se o local para a prática da boa saúde que, por meio de ensinamentos e regramentos, dita bons hábitos e atitudes corretas a serem adotadas pelos escolares, deixando claro o seu forte caráter disciplinar e a sua intenção de formar um sujeito ideal – o escolar saudável. Meyer (1998) afirma ainda que a saúde escolar torna-se uma prática assistencial, na medida em que atende a saúde da criança em idade escolar, como também se torna responsável pelo ensino de valores, normas e hábitos relativos à aquisição, conservação e recuperação da saúde, por meio de programas de saúde, educação para a saúde e, atualmente, educação em saúde. Isso se evidencia no compromisso atribuído nos dias atuais, para as escolas, pelas condições de saúde dos escolares, uma vez que a escola passa a ser a instituição responsável pela transmissão dos conhecimentos acerca de bons hábitos de higiene e comportamentos ditos saudáveis. A saúde, conforme Medeiros; Bernardes; Guareschi (2005, p.264)

passa a ser uma realidade que opera determinados processos existenciais ao mesmo tempo em que só é possível a partir de determinadas operações, de certos campos de conhecimento, nos quais ocorrem transportes, traduções, interpretações, isto é, formas de objetivação que, ao darem sentido a determinados fenômenos, produzem modos de nos relacionarmos conosco.

Ainda, os mesmos autores afirmam que, em termos de relações de saber/poder, não se trata de uma atuação direta sobre o indivíduo, mas sobre sua ação, agindo sobre a relação e as ações que o indivíduo estabelece consigo e com os outros em termos de cuidado e atenção integral (MEDEIROS; BERNADES; GUARESCHI, 2005).

O estabelecimento da saúde dentro do espaço escolar exige uma ligação muito mais profunda entre os dois setores – saúde e educação – na tentativa de desenvolver não apenas corpos saudáveis, mas a percepção da importância de bons hábitos e cuidados que serão levados para a vida toda. E, muitas vezes, esses comportamentos são apreendidos na escola, espaço que o escolar está inserido diariamente. Por muito tempo, a abordagem da saúde na

¹ O movimento higienista e seus desdobramentos na sociedade brasileira serão abordados, com maiores detalhes, no Capítulo 2.

escola passava pela medicalização dos estudantes, levando em consideração os fracassos durante o processo de ensino-aprendizagem. A preocupação centrava-se na solução dos desvios ligados ao comportamento, disciplina e aprendizagem. A implementação de políticas públicas que integrassem as unidades de saúde às unidades escolares começou a surgir em decorrência da reação de educadores e sanitaristas, que passaram a perceber a importância de vincular um viver saudável ao processo ensino-aprendizagem, centrados na integralidade e na produção de um sujeito autônomo, que perpassa a antiga lógica do ordenamento dos corpos e medicalização da vida.

A presente dissertação *Os Programas 'Saúde na Escola' e 'Saúde e Prevenção nas Escolas': dos riscos biopolíticos à estratégia de governo dos sujeitos escolares* propõe investigar as políticas públicas de saúde direcionadas ao escolar – através dos dois programas citados – em articulação com o governo² das populações – mais especificamente, a população escolar. Para isso, tomam-se como sustentação teórico-metodológica os estudos de Foucault, principalmente aqueles que remetem às noções de genealogia, governamentalidade e biopolítica. Para a construção desta pesquisa, duas questões centrais direcionaram-me: Como os programas inseridos no contexto escolar são efeitos de mecanismos biopolíticos e constituem-se como estratégias de governamentalidade e regulação do corpo social?

Na perspectiva foucaultiana, as políticas públicas de saúde constituem-se em estratégias de regulamentação do corpo social, uma vez que a saúde é vista como a potencialização da vida e surgem em resposta à nova racionalidade de governo: “fazer viver e deixar morrer”. Essa nova racionalidade de poder tem seu início por volta da metade do século XVIII e centrou-se no corpo-espécie e nos processos biológicos como a natalidade, a mortalidade, a qualidade de vida e a longevidade, cujos processos foram assumidos como prática de governo através de uma série de intervenções e controles (FOUCAULT, 1999a). Tais políticas públicas estão numa crescente nas últimas décadas no Brasil, e, nesta pesquisa, são percebidas como estratégias biopolíticas de uma racionalidade política atual que opera com o intuito de governar a todos e a cada um, capturando os sujeitos escolares na tentativa de constituir-los como alvo das estratégias governamentais. A emergência dessas políticas públicas foi possível devido ao movimento de reforma sanitária, ocorrido entre as décadas de

² Utilizo, ao longo da dissertação, os termos Governamentalidade e Governo. O termo Governamentalidade foi desenvolvido por Foucault (2008a) para definir o conjunto de técnicas que permitem o exercício do poder, que tem a população como alvo principal. Veiga-Neto (2005) refere-se a governo para fazer referência à ação ou ato de governar, independente do governo enquanto Estado ou instituição, mas, sim, que está ligado a arte de governar impregnada nas relações sociais.

1970 e 1980, que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a premissa do direito à saúde, universal e para todos, em que o Estado tem a responsabilidade de ofertá-la.

É notável que esteja ocorrendo um deslocamento da concepção de saúde, deixando de ser apenas o ‘estado de ausência de doenças’ para tornar-se um direito ao exercício da cidadania; direito que perpassa a escola e a sala de aula, permitindo que a saúde constitua-se em um importante dispositivo político que permite o governo da população. Logo, a “educação em saúde pode contribuir para o exercício de biopoder porque envolve disciplina e normas de comportamentos que têm por objetivo promover uma boa saúde” (GASTALDO, 1997 p. 148). Os programas de saúde analisados apresentam a população escolar como alvo das práticas de governo, constituindo-os e tornando-os foco de uma política pública. Foucault (2003) descreve as práticas de governo como ações do próprio governo, para que se produza o máximo de riquezas possíveis para que o corpo social torne-se, assim, objeto de governo. Portanto, os programas de saúde constituem-se como dispositivos biopolíticos propensos a exercer um governo médico da vida pela colocação da saúde como um bem a ser promovido, sendo que a escola constitui-se no local apropriado para a adoção de medidas que permitam o estabelecimento e a escolha de hábitos ditos saudáveis.

O biopoder aparece aqui como uma tecnologia que não exclui o poder disciplinar, mas sim o complementa, por ser uma tecnologia que se exerce sobre a vida, enquanto espécie, e não sobre o corpo individual, típico do poder disciplinar. Veiga-Neto (2003, p. 87) sinaliza que o biopoder

se aplica à vida dos indivíduos; mesmo que se fale nos corpos dos indivíduos, o que importa é que tais corpos são tomados naquilo que eles têm em comum: a vida, o pertencimento a uma espécie. Se o poder disciplinar fazia uma anátomo-política do corpo, o biopoder faz uma biopolítica da espécie humana.

Foucault (1997, p. 89) define que “as biopolíticas representam a maneira pela qual se tentou, desde o século XVIII, racionalizar os problemas propostos à prática governamental pelos fenômenos próprios a um conjunto de seres vivos constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, raças”, tendo como objetivo organizar a vida – protegê-la, cultivá-la, regulá-la – encaixando as possibilidades biológicas naquilo que se considera normal, papel este também desempenhado pela escola.

A ideia de problematizar a saúde na educação, através dos programas governamentais, justifica-se, por um lado, pela minha formação na área da saúde e, por outro, em virtude da

minha atuação profissional, inserida no ambiente escolar e em constante contato com o público em questão. Desta forma, fiquei instigada a pesquisar a existência de programas governamentais voltados à escola e aos escolares e como estas ações constituem-se em estratégias de governamentalidade desses sujeitos. Para tanto, a pesquisa teve início através de pesquisas nos *sites* dos ministérios da Educação e Saúde, na tentativa de encontrar ações/programas/projetos desenvolvidos para o público escolar, em parceria de ambos os ministérios, articulando, assim, saúde e educação. As pesquisas resultaram no encontro de dois programas vigentes, frutos da parceria entre os dois ministérios que tematizam a saúde no espaço escolar e criam estratégias de regulação do corpo social, pela constituição de ações que permitam um gerenciamento e um controle dessa população.

Destaco ainda que a governamentalidade pode ser entendida a partir de dois sentidos. O primeiro deles refere-se a um deslocamento histórico das formas de conduzir as condutas dos sujeitos operacionalizadas no Ocidente a partir do século XVIII. Foucault (2008a) realiza um deslocamento “*dos problemas do território para os problemas da população, da administração dos recursos para a administração do poder sobre a vida* (ou seja, o biopoder), *das ameaças exteriores ao Estado para os riscos internos que emergem em relação à população*” (FIMYAR, 2009, p. 38, grifos da autora). O segundo sentido atribuído a governamentalidade permite entendê-la como uma racionalidade de governo, ou seja, uma forma de pensar e tornar racional a ação governamental, em um determinado tempo e em uma determinada sociedade.

Os Programas 'Saúde na Escola' e 'Saúde e Prevenção nas Escolas', desenvolvidos pela parceria dos Ministérios da Saúde e Educação, têm a escola como o local considerado ideal para a apreensão de saberes e hábitos saudáveis e o escolar como o sujeito dessas ações. Entende-se que a escola, por ser um espaço de relações e por permitir o desenvolvimento crítico e político, interfere diretamente na produção social da saúde. Ao mesmo tempo, a promoção da saúde escolar torna-se uma forma de pensar e agir em sintonia este agir educativo, cuja finalidade é a formação de sujeitos e projetos pedagógicos voltados para o direito à vida (BRASIL, 2009). Desta forma, este trabalho torna-se um exercício para pensar como os referidos programas passam a constituir os sujeitos escolares, mediante inúmeras orientações e determinações que estabelecem uma vida considerada saudável.

Feitas essas considerações iniciais, a dissertação organiza-se da seguinte forma: no capítulo “*Emergência das Políticas Públicas de Saúde: uma pesquisa genealógica*”, utilizei,

inicialmente, os conceitos de genealogia e poder de Foucault para promover um posterior recorte da emergência das políticas públicas de saúde e entender de que forma a saúde passou a constituir-se uma política pública, bem como estabelecer uma trajetória das Políticas Públicas de Saúde no Brasil. Discuto ainda os conceitos de governamentalidade e biopolítica que permitirão uma posterior discussão acerca dos programas escolhidos, enquanto estratégias de controle e regulação do corpo social. Para chegar até as políticas públicas de saúde voltadas ao escolar, foi necessário tecer uma breve genealogia das políticas públicas de saúde no Brasil e das tantas outras políticas voltadas para a saúde da população, bem como analisar o movimento social conhecido como Reforma Sanitária, que culminou com a redemocratização e universalização da saúde, corroborando com a institucionalização das políticas públicas de saúde brasileira.

No capítulo “*A saúde entra na escola*”, busco a problematização da saúde no espaço escolar, como uma tentativa de compreender como a saúde penetrou o espaço escolar, constituindo-se em estratégia de controle dos corpos escolares. A partir do movimento higienista, procuro encontrar a forma como a saúde foi entrando na escola mediante as inúmeras políticas públicas e/ou programas direcionados aos escolares e ao ambiente escolar.

O capítulo “*Os programas e o discurso biopolítico do risco*” destaca os Programas ‘Saúde na Escola’ e ‘Saúde e Prevenção nas Escolas’, suas diretrizes, objetivos e ações que permitirão desenvolver, já no próximo capítulo, como eles constituem-se em estratégias de governamentalidade, uma vez que promovem uma regulação das formas de viver e exercem um controle sobre os corpos, que operam mediante uma tecnologia de poder, regulando as formas de viver. Juntamente com a promoção da saúde objetivada pelos referidos programas, torna-se importante destacar que as orientações contidas neles buscam também o gerenciamento dos riscos que a população escolar está submetida, uma vez que é a partir das diversas orientações ali contidas que se moldam comportamentos entendidos como saudáveis, estimulando a adoção de hábitos que permitam levar uma vida afastada dos riscos. Desta maneira, faço, ao final do capítulo, uma abordagem dos programas enquanto instrumentos que operam por gerenciar os riscos da população escolar, mediante a responsabilização individual, pois, de certa forma, suas orientações e diretrizes constituem-se em recomendações e prescrições de como viver uma vida saudável.

Por fim, o capítulo “*Os programas e a estratégia da governamentalidade*” discute os programas analisados como formas de governamentalidade e estratégias biopolíticas, uma vez

que estas políticas públicas exercem uma forma de controle e de investimento sobre a vida dessas populações, constituindo-se como estratégia de governo. As contextualizações já realizadas no primeiro capítulo, sobre governamentalidade e biopolítica, fornecem embasamento para discussão dos programas enquanto estratégias que, por meio de orientações e determinações, conduzem condutas e ditam formas de comportamentos entendidos como saudáveis.

1. EMERGÊNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UMA PESQUISA GENEALÓGICA

Este capítulo pretende aproximar as teorizações foucaultianas acerca da biopolítica e governamentalidade, bem como explorar algumas conexões entre essas questões e algumas políticas públicas de saúde voltadas ao escolar que se constituem, nesta dissertação, nos documentos-chave para a análise desses conceitos. Para a análise dos documentos propostos neste trabalho, lancei mão de alguns pressupostos genealógicos propostos por Foucault a fim de estabelecer uma trajetória das Políticas Públicas de Saúde no Brasil³, uma vez que compreendo que o processo histórico que permitiu o desenvolvimento e a consolidação das diversas políticas públicas de saúde vigentes constituem relações de saber-poder-verdade sobre a própria constituição da saúde no cenário brasileiro no decorrer do século XX. Foucault, ao traçar uma análise do poder e a constituição dos saberes e verdades, demonstrou que a formação dos saberes dá-se a partir da relação entre saber-poder-verdade. Sobre esta tríade, Foucault afirmou:

O importante, creio, é que a verdade não existe fora do poder ou sem poder (não é – não obstante um mito, de que seria necessário esclarecer a história e as funções – a recompensa dos espíritos livres, o filho das longas solidões, o privilégio daqueles que souberam se libertar). A verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentadores de poder (1998, p. 12).

1.1 O poder e a Genealogia em Foucault

Ao analisar o poder, Foucault não o fez de forma tradicional, uma vez que se referia a um poder destoante daquele poder clássico, opressor, centralizado. Para o filósofo, o poder consistia numa rede de dispositivos a que nada ou ninguém escapa, não existindo limites ou fronteiras. O poder produz verdades, saberes e subjetividades e, conforme Foucault (1998, p.8):

se o poder fosse somente repressivo, se não fizesse outra coisa a não ser dizer não você acredita que seria obedecido? O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir [...].

³ A emergência das políticas públicas de saúde no cenário brasileiro será explorada ainda no Capítulo 1.

Na escrita desta primeira parte da dissertação, a análise genealógica proposta por Foucault tornou-se uma ferramenta fundamental, visto que trabalha com a constituição dos sujeitos, ou daquilo que somos, questionando as “origens”, uma vez que

para a genealogia, não há essências fixas, nem leis subjacentes, nem finalidades metafísicas. A genealogia busca descontinuidades ali onde desenvolvimentos contínuos foram encontrados. Ela busca recorrências e jogo ali onde progresso e seriedade foram encontrados. Ela recorda o passado da humanidade para desmascarar os hinos solenes do progresso. A genealogia evita a busca da profundidade. Ela busca a superfície dos acontecimentos, os mínimos detalhes, as menores mudanças e os contornos sutis (DREYFUS; RABINOW, 1995, p. 118).

Foi a partir da década de 1970 que emergiu um projeto de genealogia do poder no pensamento de Michel Foucault, marcado pela publicação de *Vigiar e Punir* (1975) e da *História da Sexualidade I: A Vontade de Saber* (1976) que complementam o projeto da arqueologia do saber⁴. São as agitações política e intelectual desse período que permitem que o exercício do poder seja pensado em outras instâncias.

Aquilo que Foucault denominou Genealogia, ou pesquisas genealógicas múltiplas, permitiu a junção da memória viva dos combates dos saberes localizados à crítica vinda dos saberes eruditos, servindo para repensar a ação política e militante e também para a intervenção de novas táticas de luta contra os efeitos de poder estabelecidos (GADELHA, 2009). Para Foucault, a genealogia é um termo que define seu próprio projeto, apropriado de Nietzsche, consistindo numa prática crítica, com vários estratos, envolvendo o estudo da história, o qual documenta fatos detalhados, mas em nenhum momento é desprovida de impacto filosófico ou crítico. Caracteriza-se como uma mudança no foco do seu questionamento e permite uma conexão entre as relações de poder e a formação do conhecimento científico.

Em linhas gerais, para Nardi (2002), a genealogia consiste num método que busca, nos traços do passado, respostas para as questões atuais do presente. A história do presente implica uma escolha focalizando o objeto de investigação e sua dificuldade está em datar os momentos de ruptura e os acontecimentos que possam interrogar o presente.

As inúmeras reflexões sobre a produção dos saberes e suas condições de possibilidade permitiram a emergência da genealogia e, na obra foucaultiana, esse movimento

⁴ A arqueologia pretendia “definir os discursos em sua especificidade; mostrar em que sentido o jogo das regras que utilizam é irreduzível a qualquer outro; segui-los ao longo de suas arestas exteriores para melhor salientá-los” (FOUCAULT, 2002, p. 160).

ocorreu a partir do deslocamento das análises arqueológicas para as análises genealógicas, o que envolveu uma mudança de objetivo na reflexão de Foucault. Conforme Machado (2002, p. X): “É essa análise do porquê dos saberes, que pretende explicar sua existência e suas transformações situando-o como peça de relações de poder ou incluindo-o em um dispositivo político, que em uma terminologia nietzschiana Foucault chamará genealogia”.

Foucault interessou-se pela produção dos saberes e pela centralidade que o poder ocupa na produção desses saberes. Nas suas obras genealógicas, analisou o poder e sua capacidade de produzir saberes e verdades, através de uma analítica do poder que nos permite compreender as relações de poder e seus efeitos, as lutas travadas no interior das instituições sociais e as formas de resistência.

Danner (2011) afirma que essa genealogia do poder dirige-se ao estudo da objetivação do indivíduo naquilo que Foucault chamou de “práticas divisórias”, como, por exemplo, o louco e o são, o normal e o anormal. Segundo Foucault, o genealogista crê na história ao invés de crer na metafísica. *O lugar da verdade* deve ser procurado na história: “a verdade e seu reino originário tiveram sua história na história” (FOUCAULT, 1998, p.19).

Eizirik (2006) salienta ainda que a genealogia constitui-se como o conjunto de pesquisas que procura redescobrir as lutas e as memórias brutas dos combates, no acoplamento entre o saber erudito e o saber desqualificado. É a busca do saber histórico da luta que complementa o exercício de uma arqueologia do saber. Com o estudo da questão do poder, Foucault inventou um instrumento de análise capaz de explicar a produção dos saberes, como peças nas relações que constituem os dispositivos, estabelecendo uma ligação profunda e fundamental entre saber e poder. Não se trata de uma analítica geral do poder, mas do poder como uma prática social constituída historicamente.

Ao propor uma análise genealógica sobre a saúde do escolar, procuro compreender as condições de possibilidades que permitiram o desenvolvimento das políticas públicas de saúde no contexto da saúde brasileira, marcadas por diferentes verdades que orientam práticas e formas de inserir-se no mundo. Inspirada por essa construção, pretendo delimitar os regimes de verdade que possibilitaram a emergência das políticas públicas de saúde no contexto brasileiro, paralelo ao desenvolvimento das políticas públicas de saúde voltadas ao escolar, que se constituem como documentos para esta pesquisa.

1.2 A saúde como política pública: alguns desdobramentos

A preocupação com a saúde da população teve sua origem na Europa Ocidental apenas entre os séculos XVII e XVIII, preocupação essa resultante da conjuntura econômica da época, que tinha, no mercantilismo, a principal prática econômica que envolvia trocas monetárias entre as diversas nações europeias. Assim, a força produtiva tornava-se cada vez mais importante, uma vez que a economia passava a depender dos trabalhadores e passou a exigir cálculos da força ativa das populações, que resultou em dados de nascimento, mortalidade e, inclusive, do nível de saúde das populações.

Foucault (1999b) pontua que a biopolítica da espécie humana é uma nova tecnologia que se dirige aos homens, não os resumindo em corpos, mas os considerando como parte de uma população, sendo afetados por processos que são específicos da vida humana, como o nascimento, a morte, a saúde e a doença, fazendo emergir, desta forma, o biopoder. O biopoder traz para si o papel de caracterizar as relações de poder que têm a vida como o alvo das ações, seja a vida individual ou a vida das populações. Aquele poder exercido sobre os corpos individuais, Foucault nomeou de disciplinar, que produz corpos dóceis e úteis, perfeitamente preparados para a força de trabalho. Essa disciplina encontrou-se presente nas diversas instituições, como o hospital, a escola, as prisões, o quartel e a fábrica e estava inscrita nas diversas transformações ocorridas durante os séculos XVII a XIX. Já o exercício do poder sobre a vida da população foi nomeado de biopolítica, que pode ser entendida como umas das configurações do biopoder, que, segundo Foucault:

[...] durante a segunda metade do século XVIII, eu creio que se vê aparecer algo de novo, que é uma outra tecnologia de poder, não disciplinar dessa feita. Uma tecnologia de poder que não exclui a primeira, que não exclui a técnica disciplinar, mas que a embute, que a integra, que a modifica parcialmente e que, sobretudo, vai utilizá-la implantando-se de certo modo nela, e incrustando-se efetivamente graças a essa técnica disciplinar prévia (FOUCAULT, 1999b, p. 288-289).

A biopolítica das populações desenvolveu-se na segunda metade do século XVIII e com a finalidade de gerenciar a vida, resultando no aparecimento desses processos inerentes à vida humana. Assim, as tecnologias políticas “se dirigem ao corpo, à vida, ao que faz proliferar, ao que reforça a espécie, seu vigor, sua capacidade de dominar, ou sua aptidão para ser utilizada” (FOUCAULT, 1999a).

Foucault tematizou a biopolítica em sua aula de 17 de março de 1976, proferida no curso *Em defesa da sociedade*, no Collège de France, considerando o deslocamento que

ocorreu – da passagem de uma sociedade de soberania para uma sociedade do biopoder. Naquele momento, analisava de que forma o direito de *fazer morrer ou de deixar viver* – direito da sociedade soberana – inverteu-se no direito de *fazer viver e de deixar morrer*, característico da biopolítica. Contudo, essa inversão não significa uma anulação de um direito sobre outro, mas sim reflete uma modificação, penetração, ou seja, a biopolítica perpassa a soberania, complementa-a. É uma nova racionalidade de poder, direcionada à vida que, conforme Foucault (1999b) representa a estatização do biológico, na qual a nova tecnologia de poder dirige-se à multiplicidade dos homens e aos fenômenos coletivos da população.

Foi a partir do século XVII que o poder passou a organizar-se em torno da vida, atravessado sob duas formas principais: de um lado, a tecnologia de poder centrado nas disciplinas – anátomo-política do corpo humano –, as quais têm o corpo individual como objeto, como uma máquina e, de outro lado, a biopolítica das populações – centradas no corpo-espécie – tendo o homem, enquanto ser vivo, constituinte de uma massa global, como um conjunto que é afetado por processos específicos da vida. Deste modo,

as disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois polos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida. A instalação durante a época clássica, desta grande tecnologia de duas faces – anatômica e biológica, individualizante e especificante, voltada para os desempenhos do corpo e encarando os processos da vida – caracteriza um poder cuja função mais elevada já não é mais matar, mais investir sobre a vida, de cima a baixo (FOUCAULT, 1999a, p. 131).

A partir desse momento, observa-se uma tecnologia com duas vertentes que se somam, voltando-se tanto para o indivíduo quanto para o homem-espécie, população. É a vida que entra na história e o biológico reflete-se no político, uma vez que

o homem ocidental aprende pouco a pouco o que é ser uma espécie viva num mundo vivo, ter um corpo, condições de existência, probabilidade de vida, saúde individual e coletiva, forças que se podem modificar, e um espaço em que se pode reparti-las de modo ótimo (FOUCAULT, 1999a, p. 134).

Com a biopolítica emerge uma preocupação com o corpo vivo – homem-espécie – e também com os processos que o enlaçam, como os nascimentos, a mortalidade, processos de saúde e doença, a duração da vida. Aparece assim como uma forma do exercício do biopoder, uma vez que se configura como uma alteração das intervenções de poder-saber que refletem sobre a vida da população em geral.

Conforme Santin (2013), a biopolítica centra-se na ideia de governar os vivos controlando os processos que são específicos à vida da população, estando a saúde no interior

desses processos. Assim, torna-se possível compreender o surgimento das políticas públicas de saúde a partir do século XIX e a maneira como a saúde passou a ser um meio de potencialização da vida. Desta forma, ambas podem ser entendidas como estratégias de regulamentação do corpo social.

Sendo a saúde uma estratégia biopolítica e constituindo-se como o objeto central das políticas públicas, além da sua importância no interior das sociedades, faz-se necessário compreender sua emergência, nesse caso no contexto brasileiro, até sua conjuntura atual, pautada no desenvolvimento de inúmeras políticas públicas voltadas para o bem-estar da população.

A compreensão da saúde, como direito de todos e dever do Estado – garantida pelo artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) – exige uma análise de como a saúde passou a ser vista não apenas como a ausência de doenças e completo estado de bem estar físico, mental e social, mas também como perpassa o desenvolvimento da medicina social e de como essa medicina instaurou-se no Brasil, além de constituir-se no elemento fundamental do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, ocorrido durante todo o século XX, principalmente nas últimas duas décadas desse período.

No momento em que a saúde torna-se um dever do estado, garantida constitucionalmente, converte-se um objeto da biopolítica que se configura como uma outra maneira de pensar o poder sobre a vida – o biopoder, a biopolítica das populações. A biopolítica busca a compreensão dos processos que são específicos da espécie humana, que, juntamente com os problemas econômicos e políticos, passaram a ser alvos de controle da biopolítica.

O conceito ampliado de saúde surge com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, a qual traz, em seu artigo 3º, que

a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990, s.p).

Esse conceito ampliado da saúde, pensando na própria saúde como uma estratégia biopolítica, direciona para uma transformação nos mecanismos de poder. O poder disciplinar dá lugar aos mecanismos de segurança, pois as políticas públicas de saúde voltam-se para a

promoção e prevenção da saúde, com a finalidade de evitar que as doenças ocorram (SANTIN, 2013), corroborando os preceitos dos mecanismos de seguranças que, de acordo com Foucault (2008), trabalham, criam, organizam, planejam um meio antes mesmo da noção ter sido formada e isolada.

Paralelo ao surgimento da biopolítica emerge uma nova forma de gerenciar a vida, o governo dos seres vivos pelo controle dos fenômenos inerentes à vida, dentre os quais as condições de saúde da população. Para a realidade brasileira, torna-se pertinente observar que, conforme Silva (2014), a *população*, (grifos da autora) enquanto sujeito-objeto das práticas de governo, teve sua emergência apenas entre as décadas de 1920-1930. Ainda, a mesma autora afirma que a relação saúde/sociedade não existia no Brasil até o século XIX, uma vez que, no período colonial, praticamente não existiam médicos e os tratamentos dos doentes e as curas davam-se mais pelos pajés, curandeiros, jesuítas ou os próprios fazendeiros. Foi a partir da chegada da Corte no Brasil, em 1808, que teve início a emergência de uma preocupação com a higiene pública e, assim, quando ocorre o deslocamento da concepção de doença para a saúde e do corpo individual para a população, tem-se, no contexto brasileiro, o surgimento de uma biopolítica, que reflete no surgimento de uma população “que começa a ser conhecida, que começa a ser gerida, que precisa ser potencializada” (SILVA, 2014, p. 49).

As políticas públicas de saúde surgem no ocidente em meados do século XIX, como resposta a essa nova racionalidade de poder, onde a vida passa, agora, a ser potencializada pela saúde e as políticas públicas de saúde passam a constituírem-se como estratégias de regulamentação social (SANTIN, 2013), da mesma forma que são atravessadas por estratégias biopolíticas de controle e governo da população.

As políticas públicas, inclusive as de saúde, enquadram-se num campo do conhecimento que procura colocar o governo em ação, além de servir como instrumento de análise dessa ação e, quando necessário, propor mudanças no rumo dessas ações (HOCHMAN; ARRETCHE; MARQUES, 2007). São formuladas como uma resposta do Estado às demandas emergentes da sociedade, sendo a expressão do comprometimento público de atuação numa determinada área em longo prazo, compreendidas como uma

linha de ação coletiva que concretiza direitos sociais declarados e garantidos em lei. É mediante as políticas públicas que são distribuídos ou redistribuídos bens e serviços sociais, em respostas às demandas da sociedade. Por isso, o direito que as fundamenta é um direito coletivo e não individual (Pereira, citada por Degennszajh, 2000, p. 59).

Depois de formuladas, desdobram-se em planos e programas e, quando postas em ação, ficam submetidas a sistemas específicos de acompanhamento e avaliação (HOCHMAN; ARRETCHE; MARQUES, 2007). Tanto as políticas de saúde como a organização dos serviços de saúde envolvem variáveis dinâmicas e complexas específicas de cada sociedade e que variam conforme as conjunturas econômicas, sociais, políticas e de governo (COHN, 2009).

Estando a saúde incluída nas práticas de governo, torna-se compreensível que as políticas públicas de saúde constituam-se como dispositivo de governmentação, portanto engendram-se na lógica da governamentalidade. Para Foucault (2003), a governamentalidade é definida como

o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer essa forma bem específica, bem complexa, de poder, que tem como alvo principal a população, como forma mais importante de saber, a economia política, como instrumento técnico assistencial, os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por ‘governamentalidade’, entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não cessou de conduzir, e há muitíssimo tempo, em direção à preeminência desse tipo de saber que se pode chamar de ‘governo’ sobre todos os outros: soberania, disciplina. Isto, por um lado, levou ao desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo e, por outro, ao desenvolvimento de toda uma série de saberes. Enfim, por ‘governamentalidade’, acho que se deveria entender o processo, ou melhor, o resultado do processo pelo qual o Estado de Justiça da Idade Média, tornado nos séculos XV e XVI Estado administrativo, encontrou-se, pouco a pouco, ‘governamentalizado’ (FOUCAULT, 2003, p. 303).

É necessário compreender a concepção de saúde construída pela sociedade brasileira, historicamente marcada pelo modelo curativo, centrado na assistência médica e nas especialidades, tendo como referência o hospital. A política de saúde brasileira na atualidade está relacionada com o formato que vem adquirindo desde suas origens. O acesso à assistência à saúde como um direito reconhecido das classes assalariadas foi sempre vinculado ao direcionamento da política econômica (SARRETA, 2009). Desta forma, entende-se necessário reconhecer o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que se engajou na luta pela democratização da saúde, com o objetivo de implementar um sistema nacional de saúde, repensando as políticas e a realidade sanitária da época.

Nas políticas públicas, desde a Proclamação da República até o período populista, percebe-se a ausência tanto do direito à saúde quanto da cidadania. Teixeira (1987) afirma que as lideranças populistas não entendiam os indivíduos enquanto cidadãos, não havendo uma

pauta que contemplasse seus direitos e deveres, vinculando-os ao Estado. Eram vistos como aqueles que necessitavam de uma proteção do Estado, assim, as conquistas sociais não refletiam em direitos universais dos cidadãos, mas sim em privilégios de setores específicos da sociedade (PAIM, 2008a).

A saúde resultava das condições de existência e dependia das condições biológicas, sociais e culturais e refletindo, principalmente, nas relações que os homens estabeleciam consigo e com o ambiente através do trabalho. Desta maneira, a saúde constituía-se como o reflexo das formas de vida (PAIM, 2008a). Paim (1987) afirma ainda que a promoção da saúde implicava o entendimento das condições de vida e trabalho na sociedade, a fim de promover uma possível intervenção social. Já o respeito ao direito à saúde previa alterações na conjuntura econômica, a qual determinava as condições de vida e trabalho insalubres, bem como mudanças na estrutura jurídico-política, que perpetuavam as desigualdades, tanto na distribuição dos bens quanto dos serviços.

A partir do entendimento da saúde como bem público, tornou-se fundamental pensar numa democratização do Estado, com vistas à definição da política de saúde, a qual garantisse a universalização do direito à saúde. Segundo Teixeira:

Torna-se necessário alterar o próprio aparelho estatal conformado no autoritarismo, para que ele possa ser permeável ao controle da sociedade. [...] o dever do Estado na garantia dos direitos sociais vai implicar necessariamente no rompimento desta política social restritiva em direção à universalização da cidadania (TEIXEIRA, 1987, p.110).

Interessante perceber como a saúde acompanha os processos que a constituíram como um dos “espaços” das políticas públicas, passando, então, a adquirir novas conexões com outros campos de ação da vida humana (AKERMAN et al., 2009).

No Brasil, isso se tornou possível graças ao movimento ocorrido no decorrer do século XX, o qual alterou a configuração do perfil de atendimento e disponibilização dos serviços de saúde, o que permitiu a criação de inúmeras políticas públicas voltadas para esse campo.

1.3 As Políticas Públicas de Saúde: da medicina social ao movimento da Reforma Sanitária

Para a compreensão de como ocorreu o desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil, até chegar ao foco central deste trabalho – Políticas Públicas de Saúde voltadas ao escolar –, torna-se necessária uma análise da emergência da saúde como um

dispositivo de governmentação, tecendo uma breve genealogia das políticas públicas de saúde no Brasil e das inúmeras políticas voltadas para a saúde da população. Partindo do referencial foucaultiano, pretende-se, então, direcionar o olhar para aquilo que permite a constituição das políticas de saúde atuais.

A reforma sanitária brasileira ocorre paralela aos movimentos sociais da década de 1970 que culminam em novas formas de exercer o poder sobre a vida, pois objetiva o direito à saúde como condição para que a população tenha seu direito de cidadania garantido. Este processo é um movimento que altera a relação do Estado com a população, em termos de condições e novas possibilidades de vida (BERNARDES; PELLICCIOLLI; GUARESCHI, 2010).

É através do despontar da biopolítica, que traz consigo a preocupação com os processos que são inerentes à vida da população, destinados à gestão da vida, que emerge uma nova forma de organização das sociedades ocidentais, uma vez em que há o aparecimento de técnicas e mecanismos que passam a investir nos processos de saúde e condições de vida, dando condições para o surgimento de um novo tipo de saber – o saber médico. Assim, a biopolítica introduz um tipo de medicina voltada para os problemas relacionados à reprodução, à natalidade, à morbidade – a medicina social. Para Machado et al (1978), a medicina social representa um tipo específico de medicina, que tematizou, de uma maneira bem específica, a questão da saúde da população, intervindo nas sociedades de forma global.

A gestão minuciosa da população envolveu o Estado na transição do século XVIII para o século XIX, uma vez que a população passou a constituir-se como a principal fonte de riqueza da nação e, assim, deveria ser administrada por meio de mecanismos que tinham por finalidade aumentar sua fortuna, duração de vida e condições de saúde. Paralelo, esses procedimentos de gestão e controle deveriam potencializar sua utilidade e docilidade visando à manutenção de um Estado forte e poderoso, onde

[...] o surgimento progressivo da grande medicina do século XIX não pode ser dissociado da organização, na mesma época, de uma política da saúde e de uma consideração das doenças como problema político e econômico, que se coloca às coletividades e que elas devem tentar resolver ao nível de suas decisões de conjunto (FOUCAULT, 1998).

Foucault (1998) afirma que foi a partir do desenvolvimento do capitalismo, em meados do século XVIII, que o corpo foi tomado como força de produção, voltado ao trabalho e, a partir daí, entende-se que o controle dos indivíduos pela sociedade passa também, e

primeiramente, pelo corpo, pois é no biológico, no somático e no corporal que a sociedade capitalista investe, uma vez que o corpo é uma realidade biopolítica; e a medicina constitui-se como uma estratégia biopolítica. Todavia, para entender a medicina social no Ocidente, torna-se necessário perceber que esse corpo só se tornou objeto de preocupação, enquanto força de trabalho, no transitar do século XVIII para o XIX. No momento em que o indivíduo passa a ser compreendido como biológico e a doença como uma ameaça e um problema político, a medicina moderna participa dessa compreensão através do controle sobre a população, não importando quais as doenças causavam mais mortes, mas sim percebendo do que os indivíduos não morriam mais e construindo um saber sobre o homem saudável. Logo,

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. Situa-se nesta zona fronteira, mas soberana para o homem moderno, em que uma felicidade orgânica, tranquila, sem paixão e vigorosa, se comunica de pleno direito com a ordem de uma nação, o vigor de seus exércitos, a fecundidade de seu povo e a marcha paciente de seu trabalho (FOUCAULT, 2008b, p.37-38).

A constituição da medicina social – que passa a ser um dos principais instrumentos de controle do Estado – perpassa três sistemas distintos que, de acordo com Foucault, constituíram-se em práticas voltadas à melhoria das condições de vida e saúde das populações. Esses três sistemas foram: a medicina de Estado, desenvolvida na Alemanha; a medicina urbana, originária na França e a medicina da força de trabalho, proveniente da Inglaterra⁵. Esses três modelos possuem o fortalecimento da população e do Estado como o fio condutor comum.

A medicina de Estado alemã não estava voltada a desenvolver a força de trabalho, mas sim em desenvolver a força estatal e proteger as fronteiras dos conflitos econômicos e políticos, através de uma medicina coletiva. Objetivava a construção de uma nação poderosa vinculada a uma população saudável e forte, visando à defesa do país. A prática médica estava centrada na melhoria da saúde dos indivíduos, originando, assim, a política médica de Estado. Os corpos foram estatizados e aperfeiçoados para servir uma nação vigorosa, “[...] elementos a partir dos quais o capital humano poderá primeiro ser melhorado, segundo ser conservado e utilizado pelo maior tempo possível” (FOUCAULT, 2008b).

⁵ Michel Foucault teoriza essas questões no capítulo intitulado *O nascimento da medicina social*, in *Microfísica do poder* (1998).

A medicina urbana é o segundo sistema abordado por Foucault e ocupa-se da organização e higienização do espaço urbano, pelo controle das condições de vida e do meio, sem enfatizar a saúde em si, voltada muito mais para um controle da salubridade do tecido urbano. Foi implementada pela burguesia francesa, direcionada para o espaço da cidade, a higiene das habitações, buscando uma harmonização do espaço urbano. Todos os recantos das cidades foram esquadrihados na busca por possíveis focos endêmicos que poderiam ameaçar a ordem burguesa. Devido à intensa urbanização das cidades, tendo como consequência as grandes concentrações populacionais oriundas do crescente processo de industrialização, o governo lançou mão de diversas técnicas de regulação espacial para conter a desorganização enfrentada pelos grandes centros urbanos. A medicina urbana francesa surge, então, para analisar lugares de acúmulo no espaço urbano e encontrar todas as anormalidades que poderiam provocar e disseminar diversas epidemias e endemias; preocupa-se com os focos das doenças e na tentativa de eliminá-los, antes mesmo que se tornassem patologias. Permitiu a medicalização das cidades, aproximando a medicina e a química, permitindo a criação da noção de higiene pública, que foi a balizadora da medicina social francesa do século XIX, uma vez que, segundo Foucault (1998, p. 85), “a cidade com suas principais variáveis espaciais aparece como um objeto a medicalizar”.

O terceiro sistema apontado por Foucault, a medicina social inglesa – medicina dos pobres –, teve o operário como último alvo, porque este aparece apenas como um problema político e social apenas no decorrer do século XIX, coincidindo com as inúmeras revoltas populares que estavam ocorrendo na Europa, com o intuito de derrubar a hegemonia burguesa vigente na época, potencializando a força de trabalho. Foi a partir da *Lei dos Pobres* que a medicina tornou-se definitivamente social, na Inglaterra, possibilitando o controle médico da população, visto que as mesmas “funcionam como órgão de vigilância que uma classe social privilegiada exerce sobre as outras, mais desprotegidas e, por isso mesmo, portadoras de perigo coletivo” (FOUCAULT, 1998, p.194).

No contexto inglês, a medicina não se volta para os cuidados médicos em si, mas sim para o controle do pobre através da medicina; o espaço urbano inglês foi dividido em espaço de pobres e ricos, uma vez que o compartilhamento do mesmo local por essas duas classes era considerado um perigo sanitário e político, visto que as camadas pobres da população passaram a representar um crescente perigo médico. Assim, ricos e pobres deveriam ter o menor contato possível. Incidindo sobre os pobres, promovia a saúde de seus corpos,

tornando-os mais aptos e preparados para o trabalho, representando um perigo menor frente à população de maior recurso econômico.

De acordo com Foucault, o sistema inglês de medicina social foi o que prevaleceu frente aos outros dois sistemas, uma vez que possibilitou a coexistência e o compartilhamento de três faces da medicina: a medicina assistencial, voltada aos mais carentes e desafortunados; a medicina administrativa, que normalizava a prática médica, ao mesmo tempo em que produziu saberes sobre as epidemias e as formas de evitá-las; e por último, a medicina privada, destinada àqueles com condições de adquiri-la. Diante disso, Foucault (1998) afirma que

enquanto o sistema alemão da medicina de Estado era pouco flexível e a medicina urbana francesa era um projeto geral de controle sem instrumento preciso de poder, o sistema inglês possibilitava a organização de uma medicina com faces e formas de poder diferentes segundo se tratasse da medicina assistencial, administrativa e privada, setores bem delimitados que permitiram, durante o final do século XIX e primeira metade do século XX, a existência de um esquadramento médico bastante completo (FOUCAULT, 1998, p. 97-98).

O surgimento da medicina social no Brasil não acompanha as sociedades europeias, uma vez que, no Brasil colônia, não se tinha a noção de saúde; saúde e sociedade não tinham qualquer relação, quer implícita ou explícita. Tentava-se combater as causas das doenças, com um único objetivo principal que era evitar a morte, uma vez que “a saúde não aparece como algo que possa ser produzido, incentivado, organizado, aumentado. Embora encerre o máximo de positividade, só é percebida negativamente pela presença da realidade representada pela doença” (MACHADO et al., 1978, p. 56).

Conforme esses autores, foi no século XIX que o Brasil colônia passa por diversas transformações políticas e econômicas, que alcançam também o campo da medicina, permitindo sua incorporação à sociedade. A transformação do objeto da medicina significa fundamentalmente um deslocamento da doença para a saúde. Não é mais a ação direta e lacunar sobre a doença como essência isolada e específica que move o projeto médico.

Machado et al. (1978, p.154) afirmam ainda que “foi em determinado momento de nossa história que nasceu um tipo específico de medicina que pode ser chamada de medicina social pela maneira como tematizou a questão da saúde da população e procurou intervir na sociedade de maneira global”. Isso ocorreu porque a relação Saúde x Sociedade, no Brasil, não existia até meados do século XIX, período em que a prática médica era fortemente

controlada pela Coroa Portuguesa. Assim, o Brasil colônia sofre diversas influências e mecanismos de controle por parte da Coroa Portuguesa.

Essa prática médica adotada no Brasil colônia era, por assim dizer, o livre exercício da soberania, uma vez que operava pela repressão e opressão, não tendo como objetivo garantir melhores condições de vida e saúde, uma vez que não tinha por finalidade a prevenção das doenças. O poder voltava-se para a própria medicina, através da fiscalização e controle das práticas médicas, onde o foco não estava na saúde, mas sim nas doenças. A saúde não aparece como algo que possa ser produzido, incentivado, organizado; só é percebida de forma negativa pela realidade que a doença representa.

No Brasil, percebe-se que o surgimento/desenvolvimento de uma medicina social foi pautado por uma ação governamental junto à população, que carecia de uma assistência e necessitava da prevenção da saúde pública. Num contexto biopolítico, surge, então, a medicina social como uma alternativa para o tratamento de doenças mediante uma série de intervenções estatais. Góis Júnior (2009, p. 41) corrobora esse argumento: “Contudo, esse era o início da intervenção dos higienistas junto à sociedade, custeada pelo Estado. A campanha social do “movimento higienista” ainda tinha muitos objetivos a alcançar, fundando a medicina social no Brasil”.

As bases para a constituição da saúde brasileira – tanto como área de conhecimento quanto prática social – fundamentam-se na ciência e na política, os quais se configuram como traço histórico, que pode ser identificado desde os primeiros anos da República. O encontro dessas duas vocações esteve presente na origem do movimento sanitarista dos anos 1970 e 1980 e alcançou acentuada visibilidade no processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988 (LIMA; SANTANA, 2006).

Os discursos sociais sobre a saúde emergiram na segunda metade do século XVIII, na Europa Ocidental, num processo histórico de disciplinamento dos corpos e constituição das intervenções sobre os sujeitos (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). O Estado passou a assumir a assistência à saúde – dos trabalhadores – com o processo de industrialização que, na Europa, ocorreu no decorrer do século XIX e, no Brasil, durante século XX. E foi no percurso desse século que a interferência estatal mostrou-se mais aprofundada, com a elaboração de diversas políticas para o setor saúde, juntamente com o surgimento de diversas propostas (BRAVO, 2006).

Conforme Foucault (1998), foi a partir do desenvolvimento do capitalismo, entre os séculos XVIII e XIX, que o corpo foi tomado como força de produção, voltado para o trabalho, uma vez que o controle da sociedade sobre os indivíduos começa sobre os corpos e não simplesmente pela consciência ou pela ideologia. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista, logo o corpo tornou-se uma realidade biopolítica, sendo a própria medicina uma estratégia biopolítica.

A biopolítica reconhece a população como um problema científico e político e também como um problema biológico (FOUCAULT, 1999b). Logo, pode-se considerar que as políticas de saúde no Brasil são atravessadas por estratégias biopolíticas de controle e governo da população e que as práticas sanitárias são também práticas biopolíticas. Tanto o desenvolvimento das políticas públicas de saúde como o processo de Reforma Sanitária, no Brasil, transitam entre formas de governo biopolítico.

A trajetória da institucionalização das políticas de saúde no Brasil coincide com os movimentos da Reforma Sanitária Brasileira, uma vez que a implementação da Reforma Sanitária mostrou-se como um processo de formulação da política de saúde, resultando na criação de um sistema de saúde único, público, universal e gratuito. Menicucci (2007) observa que a reforma e, por conseguinte, o surgimento de uma política de saúde foram resultados da ação política marcada pela emergência e organização de novos sujeitos que souberam aproveitar o processo de democratização.

O movimento ocorrido no Brasil conhecido como Reforma Sanitária pode ser concebido como uma reforma social, que mobilizou diversas forças políticas no âmbito do movimento sanitário (PAIM, 2008b). Teve seu ápice a partir do descontentamento com o modelo assistencialista vigente, o qual era baseado no paradigma clínico, individualista e nas práticas curativista e hospitalocêntrica. Tornou-se um amplo movimento político pela democratização da saúde, expresso através da proposta de universalização do acesso aos serviços de saúde. Esse movimento implicou a incorporação do direito à saúde na Constituição Federal de 1988, tornando-o universal e não mais restrito aos trabalhadores do mercado formal (PINTO, 2009).

Braga e Paula (1986) afirmam que a saúde emerge como condição social no Brasil nas primeiras décadas do século XX, no auge da economia exportadora cafeeira, no ápice do trabalho assalariado. A articulação entre saúde e vida urbana, conforme Verdi (2002), acompanhou o processo de urbanização da sociedade, uma vez que, desde o início do século

XX, as cidades sofreram as rápidas e crescentes mudanças processadas na sociedade moderna. A sociedade brasileira sofreu com o acelerado processo de urbanização, resultando em novas formas de constituir as relações sociais, acompanhado de uma intensa migração campo-cidade, movimento mais acentuado no período da expansão industrial nacional. Apesar do grande desenvolvimento econômico, pautado na industrialização, os investimentos na área social não foram suficientes para dar conta dessa grande demanda de trabalhadores, resultando, desta forma, precárias condições de vida e saúde da população, marcadas por moradias insalubres, alimentação insuficiente, trabalho, muitas vezes, inexistente e a falta de qualidade e até mesmo a inexistência de serviços de saúde e sistemas educacionais.

O sistema de saúde brasileiro, ao longo de todo o século XX, foi marcado pela dicotomia entre saúde pública e assistência médico-hospitalar. De um lado, as campanhas sanitárias e, de outro, a filantropia, a medicina liberal, a medicina previdenciária e, posteriormente, as empresas médicas. Antes de 1930, os direitos sociais não eram reconhecidos no Brasil (PAIM, 2008b).

Nunes (1985) afirma que, no período entre 1880 e 1930, a saúde brasileira concentrou suas estratégias na investigação bacteriológica e parasitológica, resultantes da economia do período, que estava voltada à produção agroexportadora, bem como à preocupação com as doenças tropicais. Os serviços de saúde começaram a estruturar-se nesse período e, conforme Sarreta (2009), apresentavam uma relação vertical através da imposição de normas e com uma marcada segregação social, em que apenas os técnicos detinham o saber científico. O conhecimento popular foi totalmente preterido, principalmente os das classes mais pobres da população.

Na década de 1920, percebem-se os primeiros movimentos de intervenção estatal no campo médico brasileiro, através da normatização e organização dos benefícios previdenciários. As empresas passam, então, a criar fundos a partir da contribuição dos trabalhadores, garantindo benefícios de aposentadorias, pensões e prestação de serviços médicos (LOBATO, 2000). Entre as décadas de 1920-1930, destacam-se as questões de higiene e saúde do trabalhador, sendo criadas algumas medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro. Já a partir dos anos 30, observa-se o surgimento de diversas políticas sociais, sempre sob o domínio do capital industrial (BRAVO, 2006).

A década de 1930 foi marcada pela criação do Ministério da Educação e Saúde e, a partir de então, as atenções predominantes dos governos voltadas às ações coletivas sofrem um deslocamento voltado para a assistência médica individual (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

É a partir da constituição do Ministério da Educação e Saúde que o Estado começa a intervir na área da saúde, através da criação de uma política nacional de saúde, que vinculava dois eixos principais: saúde pública e medicina previdenciária. O desenvolvimento da saúde pública deu-se por meio de campanhas sanitárias, coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde, criado em 1937, onde há, ao mesmo tempo, o desenvolvimento da saúde privada e filantrópica, referente ao atendimento médico-hospitalar. Desta forma, a ação do Estado no que diz respeito à saúde concentra-se em duas vertentes, claramente segregadas: de um lado, a saúde pública de caráter preventivo e coletivo, disseminada através das campanhas sanitárias, na tentativa de combate às epidemias, tendo uma preocupação mais social; de outro, uma assistência médica de caráter curativo e individual, destinada aos trabalhadores contribuintes, através das ações da previdência social (SARRETA, 2009).

A partir da Era Vargas, surge o direito à assistência médica apenas para aqueles trabalhadores urbanos com carteira de trabalho assinada. A extensão de cobertura para os trabalhadores rurais apresentava-se mais como concessão do que como um direito (PAIM, 2008b). Datam dessa época a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões em substituição às Caixas de Aposentadorias e Pensões, a Legião Brasileira de Assistência, o Ministério da Educação e Saúde e o Serviço Especial de Saúde Pública (FLEURY, 2008). Nesse mesmo período, de acordo com Lobato (2000), o Estado passa a financiar, em partes, a organização previdenciária, mantendo-se como principal prestador de assistência médica.

A política de saúde formulada nesse período apresentava um caráter nacional e estava esquematizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo.

Na década de 1940, a política de saúde continuou sendo alvo do Estado por meio da construção de hospitais e investimento em novas tecnologias e serviços. A classe trabalhadora também crescia, exigindo um maior controle sobre os fundos de pensões, devido ao acelerado crescimento do ritmo de industrialização. Assim, além da ênfase nas políticas de saúde,

coexistia a preocupação com outras políticas sociais, que apontavam para o bom andamento da economia (LOURENÇO, 2004). Já no período compreendido entre 1945-1950, foi consolidada a Política Nacional de Saúde (BRAVO, 2006). O pós-guerra caracterizou-se pela tentativa de combater as desigualdades socialmente produzidas pelo mercado, através do sistema de direitos e políticas sociais. A política de saúde insere-se com força nesse movimento de excluir do mercantilismo o acesso aos bens e serviços de saúde, quando a responsabilidade pela saúde de uma determinada população passa a ser responsabilidade de todos – coletiva – e um direito do cidadão (VIANA, 2008).

As décadas de 1960/1970 foram marcadas pela tomada do poder político pelos militares, momento em que os trabalhadores e a sociedade ficaram submetidos a um sistema de repressão e autoritarismo. O crescimento econômico foi uma das bases de sustentação do regime militar, entretanto, com a revitalização da sociedade civil e dos ideais de democracia, no final dos anos 70, o regime começa a perder sua legitimidade, tendo início um longo processo de transição à democracia. Esse contexto de democratização permitiu a formação de estratégias voltadas às mudanças no setor saúde, através do qual se tem a formação de um sistema de saúde público, universal e democrático. É a partir desses movimentos sociais que a proposta de uma reforma sanitária se fortalece (LOBATO, 2000).

Durante a ditadura militar, o Estado passou a intervir através do binômio repressão-assistência, de forma que a política assistencial foi ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital. Na Saúde Pública, a medicalização da vida social foi imposta e o setor saúde precisava assumir as características capitalistas, assim, a política nacional de saúde enfrentou uma forte tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses e constantes impasses entre os setores estatal e empresarial médico, o que permitiu a emergência do movimento sanitário. Bernardes e Guareschi (2008) explicam que a saúde coletiva somente se torna possível quando o dever e o direito constituem-se enquanto leis de existência da saúde, uma vez que, da partir da Constituição Federal de 1988, se estabelece como direito de todos e dever do Estado. Essa passagem do dever para o direito permite um investimento biopolítico, tanto no sujeito soberano quanto no sujeito cidadão.

As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância de ações curativas, comandadas pelo setor privado, o que acabou resultando em contradições no Sistema Nacional de Saúde (BRAVO, 2006).

A política pública de saúde vigente durante a ditadura militar possuía um caráter centralizador, curativo e excludente, onde o acesso aos serviços era restrito apenas aos trabalhadores com comprovação de vínculo empregatício – carteira de trabalho assinada pelo empregador. Crianças, idosos e trabalhadores informais não se enquadravam no perfil de atendimento, logo o quadro caracterizava-se pela acentuada falta de assistência à saúde de amplas parcelas sociais (COSTA, 2007).

Entre o final da década de 1970 e início da década de 80, repercutiam sobre o setor saúde os primeiros movimentos da transição democrática e com a abertura política emergem novos atores e movimentos sociais. Reivindicações por serviços e ações de saúde passam a integrar com mais destaque a pauta de demandas. Nesse cenário marcado pela crise econômica, persistia uma disparidade na distribuição de renda, com um prejuízo da qualidade de vida da população, o que levou a um acréscimo das necessidades de atenção à saúde. Consolidou-se então, no Brasil, o movimento pela Reforma Sanitária, cujas principais reivindicações centravam-se na melhoria das condições de saúde da população; o reconhecimento da saúde como direito social universal; a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade e a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços (MERCADANTE, 2002).

Os anos 1980 foram marcados – na área da saúde – por um processo de mudanças que culminou em uma ruptura institucional consagrada com a aprovação da Reforma Sanitária. Acompanhando o contexto de abertura política, essas mudanças estavam vinculadas à nova configuração de interesses políticos e à movimentação de novos atores nesse jogo e associaram-se às transformações na área acadêmica e no campo profissional (LIMA; SANTANA, 2006).

A Reforma Sanitária resultou, assim, em um processo político de democratização da saúde, refletindo-se em conquistas para a sociedade, através da formulação de um novo Sistema Nacional de Saúde. A saúde passa a ser resultado das condições de vida, com a

atenção à saúde envolvendo as ações de promoção, proteção e recuperação, não ficando restrita à assistência médica. Nesse novo sistema, a saúde insere-se, constitucionalmente, como direito de todos e dever do Estado, na medida em que tanto as ações como os serviços de saúde estariam vinculados ao interesse público, prevendo o acesso universal e igualitário, sem quaisquer discriminações, de toda a população a todas as ações e serviços necessários (PAIM, 2008a).

Bernardes e Guareschi (2008) consideram que o processo de universalização e equidade da saúde, observado a partir da constituição do SUS, configura-se como uma resposta política aos movimentos sociais que emergiram entre as décadas de 1970 e 1980. Universalizar a saúde ao direito e à igualdade torna-se possível em uma nação democrática. Para Fleury (2008), a democratização da saúde envolveu a construção de alianças que permitiram alterar a correlação de forças, a difusão de uma nova consciência sanitária e a construção de uma nova institucionalidade ou sistema público de saúde que asseguraram a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, uma vez que

a saúde é uma questão que, por sua própria essência, supera os marcos corporativistas, pois interessa à sociedade como um todo. Seu caráter é intrinsecamente público, já que não se pode pensar em sua cidadania plena sem que os direitos à saúde sejam assegurados. Assim, a luta para que a saúde seja “um direito de todos e dever do Estado” [...] é potencialmente capaz de abranger vastíssimos setores da população, pertencentes a diferentes grupos, classes e estratos sociais (GALLO; NASCIMENTO, 1989, p.93).

Bernardes e Quinhones (2009) corroboram essa ideia, entendendo o desenvolvimento de um projeto político articulando saúde, cidadania e direito. A saúde passa a ser objetivada como um suporte social, como um suporte para a vida, no qual o direito à saúde será considerado um direito à vida. A forma que a reforma sanitária toma encontra-se na Constituição de 1988, quando se organizam as ações em saúde mediante um Sistema Único de Saúde.

As Políticas Públicas de Saúde voltadas ao escolar, representadas nesta pesquisa através dos programas selecionados, constituem-se como estratégias de governo dos sujeitos escolares, pois através de diretrizes, ações e orientações determinam comportamentos e modos de agir. Assim, torna-se importante compreender como a saúde entra na escola, por meio de inúmeras políticas públicas voltadas tanto aos escolares quanto ao espaço escolar. A emergência da saúde no espaço escolar será realizada no próximo capítulo, intitulado Saúde x Escola.

2. A SAÚDE ENTRA NA ESCOLA

O presente capítulo traz a problematização da saúde no espaço escolar, como uma tentativa de compreender de que forma a temática saúde penetrou o espaço escolar, construindo-se em estratégia de controle dos corpos escolares, visto que

a escola como um espaço de relações é ideal para o desenvolvimento do pensamento crítico e político, na medida em que contribui na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e interfere diretamente na produção social da saúde (BRASIL, 2011).

Ao encontro da afirmação acima e corroborando os preceitos dos programas governamentais que serão discutidos a seguir, considera-se a escola como o espaço ótimo para o desenvolvimento de ações voltadas ao desenvolvimento e promoção de atitudes saudáveis. Neste capítulo, portanto, pretendo discutir como a saúde – enquanto política pública – encontrou na escola um espaço privilegiado para ditar regras e comportamentos, visto que a articulação entre escola e saúde não é um processo recente, e sim remonta algumas décadas, no contexto brasileiro, como poderá ser vislumbrado no decorrer do capítulo. Deste modo, a discussão organiza-se a partir de dois eixos: o primeiro eixo aborda o desenvolvimento do movimento higienista e a “articulação” da saúde na escola, e o segundo eixo analisa, através das políticas públicas, o desdobramento da saúde no espaço escolar.

2.1 Movimento higienista, saúde e escola

A medicina e a educação são temas que se articulam ainda no início do século XX, pelo olhar médico que investigou o espaço escolar, produzindo saberes e poderes que acabaram por autorizar o médico a ditar orientações para os profissionais da educação, interferindo, de certa forma, no processo educacional, produzindo uma educação carregada de cientificismo e teorizações.

Foi a partir do movimento higienista brasileiro, no início do século XX, que a saúde construiu os primeiros saberes no espaço escolar, uma vez que a medicina higienista *invadiu* a escola e utilizou a pedagogia como aliada na prevenção da saúde pública. O discurso médico passa a atravessar o espaço escolar, mediante a defesa que a medicina preventiva não alcançaria seus objetivos se não estivesse entrelaçada à educação, da mesma forma que a educação necessitava dos saberes científicos, representados pela medicina. Os saberes

médicos imbricaram-se na pedagogia, produzindo saberes pedagógicos referentes à saúde do escolar, e esses saberes operaram sobre o processo escolar.

O discurso da medicina higienista veio defender a saúde pública na educação e a adoção de novo hábitos para a população e acompanhou o desenvolvimento do capitalismo industrial, considerado o grande responsável pelo acelerado processo de urbanização das cidades sem o planejamento necessário, que ocasionou o surgimento de diversas e desconhecidas epidemias e doenças. Os higienistas preocupavam-se não apenas com os cuidados corporais, mas também com questões relacionadas à alimentação, vestimentas, hábitos e costumes da população.

Para Soares (2001), esse novo modelo de medicina baseava-se num novo ideal que tinha, como princípio básico, a preocupação com a saúde da população, tanto individual como coletiva, uma vez que suas propostas defendiam a saúde e educação pública e também o ensino de novos hábitos de higiene.

Góis Júnior (2000, p.11) definiu os higienistas ou os agentes das políticas do corpo como:

as definições enciclopédicas eram muito restritas, definindo-os como estudiosos da Higiene, como médicos sanitaristas. Porém o “movimento higienista” era muito mais amplo. Contava com apoio de educadores, políticos, advogados, engenheiros, instrutores de ginástica. Enfim, uma gama bastante diversa de profissões foi influenciada pelos pressupostos higienistas. Assim, não entendemos os higienistas como apenas médicos. Então, pensamos em caracterizá-los como intelectuais que tinham em comum o desejo de melhorar as condições de saúde coletiva da população brasileira.

Foi a partir dos diversos processos de industrialização e urbanização observados em diversos países que o século XIX passou a preocupar-se mais com o corpo, tornando-se possível identificar e discutir sua importância e os seus limites. Góis Júnior (2000, p. 41) ressaltou a importância do trabalhador durante este período de industrialização:

Se o corpo do homem passa a ser visto como uma riqueza, qualquer adversidade que faça este homem adoecer ou falecer representa um prejuízo irreparável para a força social da nação. Com isto, surgem discursos que defendem o cuidado e a relevância de cada trabalhador para o país.

Góis Júnior (2000), ainda, descreveu outra característica relativa ao tratamento do corpo como máquina:

A fadiga parece ser o termo do século XIX para expressar o que sentimos hoje quando dizemos que estamos com “estresse”. Estamos esgotados, a vida conturbada nos deixa abatidos. Da mesma forma, o trabalhador industrial do século passado sentia a fadiga, que parecia limitar a produção (GÓIS JÚNIOR, 2000, p. 41).

As discussões foucaultianas do biopoder determinaram alguns pontos de fixação do poder sobre a vida, em que a tarefa de gerir a vida ficou sob a responsabilidade do poder político. Um dos polos do poder sobre a vida relacionava-se com a ideia do corpo-máquina que, conforme Foucault (1999a), foi

o primeiro a ser formado, ao que parece, centrou-se no 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 – tudo isso assegurado por procedimentos de poder que caracterizam as disciplinas: anátomopolítica do corpo humano (FOUCAULT, 1999a, p. 131).

As análises de Foucault demonstram como o exercício do poder torna-se peculiar na sociedade moderna, haja vista que, nessa sociedade, o poder assume formas perfeitamente eficientes para transformar o indivíduo e a população em entidades saudáveis, ou seja, dóceis, úteis e normais, utilizando ao mesmo tempo mecanismos disciplinadores e normalizadores. Para Foucault (1995), o Estado Moderno é uma estrutura sofisticada que integra os indivíduos, não os perpassando, não centralizando em uma única estrutura e sim permitindo que fiquem dispersos em uma série de dispositivos e instituições, dentre elas, a escola.

E foi essa medicina que possibilitou um maior e melhor conhecimento do corpo biológico, o que resultou no aumento da duração da vida juntamente com a produção de um poder sobre a vida da população. Além disso, permitiu um maior conhecimento sobre o próprio corpo, criando condições para o melhor enfrentamento dos riscos de morte e, como consequência, prolongou a duração do corpo e vida saudáveis. Do mesmo modo, a biopolítica sustentou-se na medicina e produziu alternativas para gerenciar os riscos de morte e aumentar a duração e a qualidade da vida. Foucault (1999b) salienta que a medicina pode ser compreendida como um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre os organismos e processos biológicos, tendo efeitos disciplinares e reguladores.

Para Foucault (1998), um dos fenômenos fundamentais do século XIX foi a modificação na maneira de encarar a morte, através da “tomada de poder sobre a vida”, na

qual a vida passa a adquirir uma importância cada vez maior nas relações de poder completando, assim, o velho direito de soberania: fazer morrer ou deixar viver. Torna-se, então, extremamente necessário reduzir os níveis de morbimortalidade, prolongar a vida e estimular a natalidade, juntamente com a adoção de mecanismos reguladores que levem em conta a vida e seus processos biológicos, assegurando-lhes uma regulamentação e não mais uma disciplina. Todo esse controle sobre a vida da população pode ser vislumbrado como uma estratégia de governo que, por fim, é uma forma de governamentalidade. Essa governamentalidade é relacionada

à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc. (Foucault, 1999b, p. 289).

A governamentalidade tem a população como alvo. E esta população justamente torna-se foco do poder devido seus efeitos econômicos específicos que, de acordo com Foucault (2003), estão representados pelas epidemias, expansões endêmicas, a espiral do trabalho e da riqueza. A noção de governamentalidade proposta por Foucault (1990a) considera que as práticas de governo investem não apenas na forma como se organiza uma determinada população, como também se dirigem à forma como os sujeitos dessa população autogovernam-se. As práticas de governo também são práticas de governo das mentalidades, dos afetos, das relações, dos comportamentos e, nesse caso específico, da saúde das populações.

Para Machado et al (1978), com o despontar do século XX, surge também uma nova exigência, caracterizada por um controle positivo da vida da criança, e esse fenômeno veio acompanhado pelo surgimento de instituições voltadas às crianças, perfeitamente medicalizadas. Essa exigência surge devido à importância que a criança assume na nova configuração de sociedade, que vincula o progresso ao desenvolvimento saudável de cada indivíduo. É na infância que se adquire hábitos e costumes que serão carregados ao longo de toda a vida, em que as sensações ficam tão profundamente marcadas. E, uma vez transformado os hábitos, esses serão transportados ao longo da vida e permitirão a constituição de uma sociedade fisicamente mais sadia.

No Brasil do início do século XX, a educação e a saúde passaram a ser vistas como a salvação do atraso, da catástrofe e da degeneração ao proporcionar a cura da ignorância que,

de fato, contribuía para a manutenção do estado de caos completo. Machado et al (1978) afirmam que, naquele início de século, a criança brasileira era vista como um verdadeiro monstro a ser corrigido e transformado, na tentativa de tornar-se apto para a sociedade capitalista, ou seja, saudável e com as condições ideais para servir. A escola veio, então, a ser encarada como o cenário ideal para a transformação da criança-monstro.

A escola pode ser entendida como uma maquinaria que produz dispositivos como uma forma de garantir a normalização e a regulação do corpo infantil. Ao pensar no controle dos corpos, já se produz um determinado tipo de criança e, ao falar do tipo de criança, já se idealiza condições para exercer um certo controle sobre seus corpos. E foi nesse espaço, através de uma pedagogia sanitária, que as crianças e os jovens começaram a ser instruídos sobre saúde, higiene e qualidade de vida, pois, para os médicos do início do século XX, a educação em saúde só se tornaria válida se iniciada ainda nos primeiros anos de vida – na escola! A saúde entra num modelo de escola que representava, de forma simultânea, a extensão do lar e um espaço de homogeneização da educação e do cuidado. Rezola (2001) resgata a historicidade dos primeiros serviços de saúde escolar, criados tanto em cidades europeias como em alguns países da América, e encontra semelhanças nas estruturas e nos planos de ação, como no atendimento aos alunos, critérios para a edificação escolar, avaliação e complementação nutricional, triagem e encaminhamento de problemas de visão. Stephanou (2000) ratifica a afirmação de Larbeck (1934) de que somente com a disseminação do ensino da saúde e higiene nas escolas é que se poderia “criar a desejada e indispensável consciência sanitária” (LARBECK, 1934, p. 5).

Conforme os médicos sanitaristas daquele início de século, a higiene escolar teria que se tornar, ao mesmo tempo, educativa e integrada ao programa escolar, e não apenas ficar restrita às ações e programas isolados e desconexos. E essa nova prática tinha como objetivo a manutenção e o aperfeiçoamento das condições de saúde das crianças no ambiente escolar (STEPHANOU, 2000).

Agora, com base nas determinações estabelecidas no início do século XX, para que a escola cumpra com seu papel de cuidadora e educadora deverá estar organizada de acordo com as determinações e orientações médicas, produzindo, desta maneira, uma criança física e moralmente saudável. Temos, assim, dois discursos, um médico e outro pedagógico, articulados para um objetivo final: uma criança que consiga manter-se saudável. A saúde

passou a constituir o discurso pedagógico através de alguns pressupostos que serviram de orientação para o ensino da higiene nas escolas.

Machado et al (1978) afirmam que a instituição escolar “é uma pequena cidade onde os habitantes são inexperientes e ainda ignorantes”, cuja organização “orientada pelas luzes da medicina faz prever sua gradativa transformação; objetivo presente em todas as medidas médicas de ordenação do espaço escolar, do tempo e dos corpos dos educandos” (p. 299).

A partir dos estudos de Machado et al (1978), consegue-se perceber que o discurso médico defendia a localização da escola fora do espaço urbano, uma vez que as cidades eram consideradas insalubres e não apresentavam as condições necessárias e convenientes aos objetivos da educação escolar. A escola-modelo seria, então, aquela distante dos centros urbanos. Outros elementos também se constituíram essenciais na configuração desse modelo de escola como, por exemplo, o ar, a limpeza, o uniforme e o exame médico.

Machado et al (1978) ainda contribuem com seus estudos mostrando que, já no momento da matrícula, o estudante seria submetido a uma inspeção física e moral, onde suas condições gerais de saúde seriam ali avaliadas. Seria uma primeira triagem, que serviria para individualizar cada estudante. A segunda triagem seria realizada dentro da escola, separando-os por idades e constituindo-os em grupos uniformes, que possibilitaria um controle mais eficaz sobre cada um.

A saúde dentro do espaço escolar, assim constituída nas primeiras décadas do século XX, pode, então, ser vislumbrada como uma estratégia do biopoder, articulando disciplina e normas de comportamento, voltada à promoção da saúde do escolar. É no período em que passa na escola que o estudante será totalmente esquadrihado, tornando-se objeto de constante vigilância e controle.

2.2 A saúde na escola e as políticas públicas

[...] têm sido registrados muitas leis, decretos e discussões de cunho acadêmico e político em torno dessa área que se consolidará como Saúde Escolar, mas o seu ‘lugar’ no currículo e na vida escolar, segue sendo um lugar de disciplinamento, controle, conflitos e ambiguidades amplamente silenciadas nas grandes discussões que cercam, no contexto reformista atual, tanto a formação de professores quanto o currículo da escola básica (MEYER, 1998, p. 5).

Como discutido anteriormente, a saúde escolar constitui-se numa área que utiliza diversas estratégias para regular a vida e a conduta das crianças e adolescentes e, tanto no currículo como na vida escolar, promove disciplinamento e normalização. A escola moderna determinou uma crescente disciplinarização e governo dos corpos, justificando-se como cenário ideal para a disseminação de práticas e medidas higiênicas, com vistas à promoção da saúde física das crianças e jovens. O ambiente escolar torna-se, então, um espaço importante para o cuidado e proteção da saúde, sendo responsável, em grande parte, pela disseminação de informação, reflexão e construção de cidadãos conscientes e críticos quanto ao seu papel na adoção de hábitos saudáveis e na tomada de decisões favoráveis à sua saúde. A escola, dentro da sua especificidade, possibilita o acesso às políticas públicas, em especial às políticas públicas de saúde.

A saúde e a educação devem estar articuladas para tentar estabelecer uma parceria ativa e determinante, tendo como objetivo final a melhoria da qualidade de vida dos estudantes e também da comunidade à sua volta. A saúde na educação pretendia criar indivíduos sadios e produtivos, através do controle e disciplinamento dos estudantes, por meio de uma consciência sanitária. Stephanou (1998) defende que

a saúde era pensada nos seus aspectos físicos, mentais e morais; com repercussões individuais e sobretudo sociais. A educação não se resumia à transmissão de conhecimentos, muito embora (...) os médicos defendessem a necessidade de informar o povo para salvá-lo da ignorância. Ela deveria consistir, também, na incorporação de hábitos, controle de impulsos, prática convicta de preceitos higiênicos e saudáveis (Stephanou, 1998, p.25).

A escola passa a ser a grande responsável pela constituição das crianças e jovens, enquanto cidadãos críticos e autônomos, porque oferta inúmeros direitos considerados fundamentais à vida como saúde, moradia, qualidade de vida, transporte, educação, direito ao trabalho, alimentação, lazer e, dentre tantos outros, direitos humanos. Portanto, é através do entrelaçamento da educação e da saúde que surge a possibilidade de construir uma escola que seja responsável por transformar os hábitos de seus alunos, permitindo a aquisição de atitudes mais saudáveis, a partir do envolvimento não apenas dos estudantes, mas também dos trabalhadores envolvidos com a educação juntamente com toda a comunidade escolar e os órgãos governamentais responsáveis pelo desenvolvimento de políticas públicas voltadas à saúde e à educação. A instituição escolar mostra-se como fundamental na tentativa de efetivar

ações que busquem a melhoria da qualidade de vida de seus estudantes, das condições de ensino e do acesso à saúde e educação destinados aos mesmos. Sabe-se que o direito à saúde é universal e dever do Estado, garantido por meio de ações centradas na universalidade, equidade e integralidade, baseado na afirmação de que a educação desenvolve-se em diferentes espaços e nas diferentes relações.

Historicamente, as ações desenvolvidas centravam-se no modelo biomédico, que via a saúde através do enfoque na doença e na sua prevenção, revelando-se insuficiente para transformar a escola num espaço produtor de atitudes saudáveis. Ao final do século XIX, a saúde escolar, baseada no modelo higienista, determinava padrões de comportamentos, delimitando uma série de normas de higiene sobre o corpo dos estudantes a fim de conter a propagação de inúmeras doenças que circulavam também dentro do espaço escolar. Baseados nesta conjuntura específica da época, os especialistas da saúde foram interiorizados na escola, para buscar ações e desenvolver projetos e programas de caráter assistencial e terapêutico, decisivos, que, no fim, contribuíram, conforme Collares e Moises (1985), para a tão conhecida medicalização⁶ da sociedade, sem resultar numa efetiva melhoria da qualidade de vida da comunidade escolar.

O movimento higienista do início do século XX delimitou também a articulação entre saúde e educação por meio de propostas e ações voltadas à higiene escolar. O modelo brasileiro de saúde na escola centrava-se nas condições de higiene dos escolares, com o intuito apenas de evitar que as doenças infecciosas e contagiosas *invadissem* o ambiente escolar, já que as medidas adotadas determinavam o enquadramento das camadas ditas populares – pobres marginalizados – que eram vistas como atrasadas socialmente.

Para Silva (2008), os programas de saúde escolar, desde sua origem, configuraram-se em torno da escola enquanto espaço de produção da saúde. Num primeiro momento, a educação em saúde caracterizou-se por uma educação sanitária e prescritiva, carregada de inspeção e que pretendia higienizar as pessoas. Palestras de instrução sobre saúde eram, então, ministradas, na tentativa de transmitir conhecimentos úteis sobre saúde e novos hábitos de higiene, envolvendo, além dos profissionais da educação, vários outros de diferentes áreas, como médicos, dentistas, enfermeiros, assistentes sociais.

⁶ A medicalização é um processo de abordagem médica para as questões que não têm origem médica (SILVA, 2008).

Foi na década de 1950 que a OMS estabeleceu a importância e a necessidade de realizarem-se, também no interior do espaço escolar, ações que despertassem nos estudantes uma maior preocupação com a saúde, proporcionando-lhes diversas condições para que tivessem um maior conhecimento e controle sobre as condições de saúde.

Nos anos posteriores, inúmeros encontros internacionais continuaram debatendo sobre a importância de articular a saúde e educação no espaço escolar. A Conferência de Alma-Ata⁷, em 1978, trouxe a proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000 e a estratégia de Atenção Primária de Saúde, que alcançou destaque especial na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, com a promulgação da Carta de Ottawa⁸, e que veio se enriquecendo com inúmeras declarações internacionais periodicamente formuladas nas conferências realizadas sobre o tema.

No Brasil, o marco para as discussões sobre promoção da saúde, bem como o processo de valorização da saúde no âmbito escolar, deu-se a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde⁹, em 1986, que resultou em inúmeras conquistas para a saúde brasileira, entre as quais o direito universal à saúde, foco na equidade e a centralidade de participação dos cidadãos.

Anteriormente à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) 9394, o tema saúde era abordado dentro do referencial curricular escolar, utilizando como designação a referência Programas de Saúde, sem ser incorporado como disciplina curricular, e sim como um trabalho a ser desenvolvido de modo pragmático e contínuo (BRASIL, 1996a). Com a LDBEN 9394 e a construção dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN's), a saúde na

⁷ A conferência de Alma-Ata reafirma que a saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. Reafirma, também, que a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial, sendo direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2002).

⁸ A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, apresenta, neste documento, sua Carta de Intenções, que seguramente contribuirá para se atingir Saúde para Todos no Ano 2000 e anos subsequentes. Foi uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. As discussões focalizaram principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo. As discussões foram baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o documento da OMS sobre Saúde Para Todos e o debate ocorrido na Assembleia Mundial da Saúde sobre as ações intersetoriais necessárias para o setor (Ministério da Saúde, 2002).

⁹ A VIII Conferência de Saúde foi um dos principais momentos da luta pela universalização da saúde no Brasil e tinha como propósito a transformação dos serviços de saúde. O conjunto dessas forças impulsionou a reforma sanitária, que obteve sua maior legitimação com a promulgação da Constituição Federal de 1988, garantindo o acesso à saúde como direito universal.

educação passa a ser vista como um tema transversal, expondo a necessidade da articulação entre os campos da saúde e educação, uma vez que ambos pautam-se, fundamentalmente, nos princípios de formação da consciência crítica e no protagonismo social (BRASIL, 1997).

Os PCN's, dentro do capítulo relacionado ao tema transversal saúde, sugerem que a escola deve incorporar os princípios de promoção da saúde indicados pela OMS, com os objetivos de fomentar a saúde e o aprendizado em todos os momentos; integrar profissionais de saúde, educação, pais, alunos e membros da comunidade, no esforço de transformar a escola em um ambiente saudável; implementar práticas que respeitem o bem-estar e a dignidade individuais e implementar políticas que garantam o bem-estar individual e coletivo, oferecendo oportunidades de crescimento e desenvolvimento em um ambiente saudável, com a participação dos setores da saúde e educação, família e comunidade (BRASIL, 1997). Veiga-Neto (2002a, p.215) entende que os PCN's não pretendem apresentar-se como um “currículo mínimo comum ou um conjunto de conteúdos obrigatórios de ensino, mas como uma proposta aberta e flexível, em que os conteúdos [são] organizados a partir de blocos ou eixos temáticos, em função das especificidades de cada área”. Visto como recomendações, não representam grades obrigatórias, permitindo uma integração dos diferentes saberes e, desta forma, favorecem a interdisciplinaridade. Este autor ainda afirma com relação aos temas transversais:

Tudo parece se passar como se tais temas transversais fizessem uma costura entre vários e vários campos de saberes; nesse sentido, sugiro que eles são homólogos às relações econômicas, num mundo globalizado, tal como essas relações são pensadas por vários ideólogos da globalização. Isso, por enquanto, não passa de uma anotação para uma investigação futura mais detalhada. Mas se for mesmo assim, poderemos considerar que os temas transversais fazem bem mais do que se proclama; além de introduzirem, no currículo, assuntos da atualidade que não deixam de ser da maior importância – como as relações étnicas, os problemas ambientais etc. –, eles podem estar operando no sentido de criar ou facilitar novas percepções espaciais que, ao mesmo tempo em que reconhecem os lugares específicos – ou lugares epistemológicos e simbólicos traçados pelas disciplinas –, eles pressupõem, num outro plano, uma continuidade sem barreiras, capaz de servir de amplas vias para a fantasmagoria¹⁰ (Veiga-Neto 2002a, p.219).

A saúde na escola passa a constituir um importante trabalho em nível nacional, corroborando a ideia de que a escola é um espaço de ensino-aprendizagem, convivência e crescimento importante, representando o lugar ideal para o desenvolvimento de programas da Promoção e Educação em Saúde, já que exerce uma grande influência sobre seus alunos nas

¹⁰ Veiga-Neto utiliza o termo fantasmagoria para referir-se àqueles fenômenos em que o acontecimento remoto – desconectados do mundo imediato – penetram-nos e assumem uma importância que podem alterar o rumo do nosso dia a dia (Veiga-Neto, 2002b).

etapas formativas e mais importantes de suas vidas. Foi mediante a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que ressurgiu o debate político em torno das condições de saúde da população, através da proposta de um novo modelo de cuidado com a saúde que se caracteriza pela desculpabilização individual com o cuidado a própria saúde, uma vez que apresenta como objetivo

[...] promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais [...] (BRASIL, 2010).

As políticas públicas desenvolvidas na escola permitem o desenvolvimento de ações que propiciam aos estudantes adotarem hábitos e atitudes que irão resultar na melhoria do seu bem-estar e da comunidade ao seu entorno, representando um importante cenário para a promoção e adoção de atitudes saudáveis, uma vez que as políticas públicas que se concretizam nesse espaço implicam sobre o bem-estar individual e coletivo. Mitjáns-Martínez (1996) determina que são inúmeras as contribuições que a escola proporciona em relação à saúde, pois oferece ao estudante uma formação cultural que lhe permite compreender diferentes as informações, também sobre saúde, veiculadas nos diversos meios de comunicação, além de prepará-lo para o mercado de trabalho e ainda – e o mais importante – ofertar no currículo escolar disciplinas específicas voltadas à saúde.

As políticas públicas podem determinar uma provável realidade e um modo de pensar a saúde no contexto escolar e geram determinados modos de ser a partir de regimes de verdade sobre a saúde e a escola, engendrando diversas formas de pensar uma “escola saudável”. Assim, inclusive, as políticas de saúde passam a ser vislumbradas como projeto de governo implantado pelo Estado, por meio de programas e ações voltadas para a sociedade. São formas de interferência do Estado que visam à manutenção das relações sociais.

A problematização da saúde no ambiente escolar permite ampliar a compreensão da saúde e rompe com a perspectiva histórica que a focaliza como ausência de doenças. Assim, o acesso às políticas de saúde ocorre através tomada de conhecimento e de reflexão sobre as mesmas.

Corroboram a articulação entre educação e saúde, além dos programas ‘Saúde na Escola’ e ‘Saúde e Prevenção nas Escolas’, alguns outros projetos do Ministério da Educação e da Saúde, como o ‘Projeto Olhar Brasil’, que se constitui em uma parceria dos Ministérios

da Saúde e da Educação, que tem como objetivo identificar e corrigir problemas visuais relacionados à refração e garantir assistência integral em oftalmologia para os casos em que forem diagnosticadas outras patologias em saúde ocular que necessitem de intervenções, visando a contribuir para a redução das taxas de repetência e evasão escolares e facilitar o acesso da população à consulta oftalmológica e a óculos corretivos. As estratégias do 'Projeto Olhar Brasil' são definidas por meio da Portaria MS/MEC nº 2.299, de 03 de outubro de 2012. Outro programa vigente no país é o 'Programa BPC na Escola' – Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC). Tem como prioridade as pessoas com deficiência beneficiárias do BPC, até 18 anos de idade, sendo instituído pela Portaria Interministerial MDS/MEC/MS/SDH nº 18, de 24 de abril de 2007.

Estas políticas públicas de saúde voltadas ao escolar, aqui analisadas, na forma dos programas 'Saúde na Escola' e 'Saúde e Prevenção nas Escolas', pretendem fortalecer o modo de pensar e fazer a educação em saúde na escola, na busca pela reflexão sobre o significado de saúde e qualidade de vida e na promoção de discussões sobre a saúde no espaço escolar. Uma discussão mais consistente dos programas será realizada nos capítulos seguintes.

3. OS PROGRAMAS E O DISCURSO BIOPOLÍTICO DO RISCO

Os programas ‘Saúde na Escola e ‘Saúde e Prevenção nas Escolas’ disseminam informações e orientam ações no que diz respeito a comportamentos, modos de ser e agir com relação à saúde do escolar e os benefícios da adoção de um estilo de vida mais saudável, tornando-se centrais à promoção da saúde escolar. A proposta é analisar a constituição da saúde no espaço escolar e, através das políticas públicas de saúde, compreender como esta temática vem sendo abordada, tematizada e aplicada na escola, com quais critérios e determinações. Neste sentido, para a construção desta pesquisa, buscou-se, nos *sites* dos Ministérios da Saúde e Educação, documentos e/ou programas direcionados ao escolar e ao espaço escola. As pesquisas resultaram no encontro de dois programas vigentes e em atuação que articulam saúde e educação no espaço escolar, voltadas aos estudantes da educação infantil, ensinos fundamental e médio, das redes municipal, estadual e federal.

Os programas, a partir do momento que passam a ditar comportamentos e orientar ações sobre uma vida mais saudável, tornam-se uma forma de governo que não depende mais da força e da coerção para fazer valer um poder sobre a vida, mas sim utilizam um conjunto de técnicas, saberes e ações que acabam regulando os estilos de vida da população escolar. Nesta perspectiva, assinala-se que, conforme Deleuze (1999), foi na passagem de uma sociedade disciplinar para uma sociedade de controle que os mecanismos de controle sobre os sujeitos modificaram-se. Na sociedade disciplinar, os mecanismos estavam centrados nas instituições de confinamento, como escolas, fábricas, prisões, hospitais, e submetiam os corpos à vigilância constante através da disciplina. Na sociedade do controle, passam, agora, por redes de poder flexíveis que monitoram os corpos através do acesso à informação. Pode-se pensar, a partir de Foucault (1990b), que os programas constituem-se como um dispositivo privilegiado na produção de subjetividade, mediante opiniões, conselhos, recomendações, textos práticos para serem lidos, aprendidos, meditados, utilizados, pois determinam condutas e cuidados com a saúde.

Pode-se compreender que os programas analisados nada mais são do que cartilhas/manuais orientadores e comportamentais, servindo como um protocolo a ser seguido, na tentativa de estabelecer a manutenção da saúde do sujeito escolar. Como indicam Cecchim e Cunha (2007, p. 5), esses programas objetivam

(...) colocar à disposição dos leitores conselhos e regras que visariam transmitir cuidados que deveriam ser seguidos nos espaços públicos e privados, procurando internalizar, pela leitura, normas e preceitos de controle social tanto pela gestão dos

corpos e almas como por um conjunto de regras sobre como portar-se com dignidade, cortesia e elegância, próprias de uma existência civilizada.

Os discursos que apregoam um estilo de vida saudável transitam por toda a parte, pluralizando-se entre programas televisivos, filmes e novelas, artigos e textos científicos, currículos escolares, clínicas médicas e entre tantos outros espaços, caracterizando-se por uma tecnologia de poder que, além de promover uma regulação das formas de viver, acaba por exercer um controle sobre os corpos que opera mediante uma tecnologia de poder, regulando as formas de viver.

As orientações contidas nos documentos produzidos pelos programas são, antes de tudo, pedagógicas, pois, como salienta Gastaldo (1997, p. 48), “promovem comportamentos que devem ser adotados pela população como um todo e interfere nas escolhas individuais, informando sobre como atingir estilos de vida saudáveis”. Desta maneira, as duas próximas seções deste trabalho destinam-se à análise dos programas, no tocante aos seus objetivos e diretrizes, com o intuito de, através de suas orientações e determinações, compreender a forma como se constituem em estratégias de governo desses sujeitos escolares e quais os tipos de verdade sobre a saúde tais documentos produzem. Este capítulo também se destina a análise dos riscos à saúde dos jovens escolares.

3.1 O programa ‘Saúde na Escola’

O Programa Saúde na Escola foi instituído pelo decreto presidencial nº 6.286, de cinco de dezembro de 2007, como proposição de uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação na perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público (educação infantil, ensino fundamental e médio, educação profissional e tecnológica e na educação de jovens e adultos (EJA)), no âmbito das escolas e/ou das unidades básicas de saúde, realizadas pelas Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2008).

Esse programa tem como meta aprofundar os grandes objetivos da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das diretrizes estratégicas organizadas em um conjunto de ações que pretendem avançar na constituição de um sistema de saúde universal, equânime e integral, consolidando ações de promoção da saúde e da intersectorialidade. Neste sentido, o primeiro eixo de ações estratégicas aponta para a efetivação de ações intersectoriais que

possuam alta complementaridade e sinergia focadas, especialmente, nos municípios e, neles, nas escolas e nos ambientes de trabalho (BRASIL, 2009).

Conforme as orientações dos Ministérios da Educação e da Saúde, a implementação do programa será através da adesão dos municípios que tiverem implantado equipes de Saúde da Família, conforme as normas preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica, articulados com os Estados e Distrito Federal. O sucesso desse Programa funda-se justamente no compromisso e na pactuação entre os entes federados e na articulação, em todas as esferas, dos setores Saúde e Educação.

O PSE está articulado com o Programa Mais Educação, do Ministério da Educação, programa que integra o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE). O PDE atua de maneira a promover uma educação integral e integrada, tendo o sujeito aluno como foco e estimulando as potencialidades humanas. Estes dois programas estão, portanto, atuando em consonância ao articular saúde e educação, da mesma forma que potencializa a atenção integral aos escolares.

O PSE elenca sete principais objetivos, configurando-se num novo panorama da política de educação em saúde, pois evidencia a integração de diversas políticas setoriais, uma vez que considera que a saúde e educação como requisito mínimo para o desenvolvimento da cidadania, permitindo, desta maneira, uma ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação, sempre tendo como meta a educação em saúde, articulando os diversos saberes e incentivando sobremaneira a participação e o envolvimento dos escolares e da comunidade ao seu entorno, envolvendo e estimulando a participação familiar neste processo de desenvolvimento político-social. Assim, são objetivos do Programa ‘Saúde na Escola’:

- I – Promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde;
- II – Articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- III – Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- IV – Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;

V – Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VI – Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes (BRASIL, 2007a).

Para o sucesso do PSE, torna-se necessário, e constitui-se em uma das orientações voltadas à implantação do programa, que haja a articulação das equipes de Saúde da Família com o sistema de educação básica, permitindo, desta forma, uma integração permanente entre as diversas políticas e ações de educação e de saúde, envolvendo também a comunidade escolar, considerando as atividades de promoção, prevenção e assistência em saúde (BRASIL, 2009).

Conforme o Decreto 6.286/07, as ações previstas pelo PSE constituem-se em: avaliação clínica, avaliação nutricional, oftalmológica, de higiene bucal, auditiva, psicossocial, promoção da alimentação saudável, controle do calendário vacinal, redução da morbimortalidade por acidentes e violências, prevenção e redução do consumo do álcool, controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer, educação permanente em saúde, atividade física e saúde, promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar, bem como a inclusão de temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas.

Ademais, o programa ‘Saúde na Escola’ desenvolve ações que envolvem a prevenção do uso de drogas e a promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva. Essas ações justificam-se, no referido programa, em virtude do crescente aumento do consumo dessas substâncias por parte da população em idade escolar, entendendo-se como fundamental e necessário à incorporação destes temas no contexto escolar, estimulando também a formação continuada de professores com vistas a esta e tantas outras temáticas “juvenis”. Torna-se importante o espaço escolar e a comunidade escolar estarem preparados para enfrentarem casos de escolares envolvidos com o uso de drogas, tendo consciência de quais procedimentos que poderão ser adotados na tentativa de auxiliar todos os envolvidos.

A justificativa para vincular a temática de promoção da saúde sexual justifica-se, conforme o programa, a partir da idade média de início da vida sexual, que está em torno dos 15 anos de idade, ou seja, são adolescentes ainda em idade escolar, reforçando a importância de realizar ações de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis a esta população de jovens e adolescentes escolares, estimulando, desta forma, a promoção da saúde e o

enfrentamento das vulnerabilidades existentes com relação a esta temática, ao mesmo tempo tão *batida* e ainda tão complexa. Através de ações de reflexão sobre saúde integral, sexualidade, gravidez na adolescência, prevenção das DST's/AIDS, gênero e diversidade e com o intuito de reduzir as vulnerabilidades e contribuir para a promoção da saúde de adolescentes e jovens, foi criado o Programa 'Saúde e Prevenção nas Escolas', que atua de forma concomitante ao PSE no ambiente escolar, disseminando informações e orientando ações sobre saúde sexual e reprodutiva.

3.2 O programa 'Saúde e Prevenção nas Escolas'

O Programa 'Saúde e Prevenção nas Escolas' (SPE) surgiu por iniciativa intersetorial dos Ministérios da Educação e da Saúde, com apoio das agências das Nações Unidas UNESCO, UNICEF e UNFPA. Com objetivo de reduzir a vulnerabilidade dos jovens e promover a saúde sexual e reprodutiva de forma ampla, o SPE desenvolve atividades de formação integrada de profissionais de saúde e educação, estimula a participação juvenil e a formação de jovens multiplicadores para as ações de educação para a sexualidade. Esta participação dos jovens consiste no eixo estruturante do SPE, pois promove a educação dos pares e o compartilhamento de experiências.

O SPE adota uma visão mais abrangente da sexualidade, na busca pela promoção da saúde, prevenção de doenças, redução das iniquidades de gênero, sexismo, homofobia, lesbofobia, transfobia, pretendendo ainda promover uma redução de todos os tipos de estigma e a discriminação.

Os adolescentes e jovens de escolas públicas, com idades entre 10 a 24 anos, consistem no grupo prioritário de trabalho, contudo as escolas possuem autonomia e liberdade para montar grupos com faixas etárias divergentes destas apresentadas.

Os profissionais da saúde e da educação que participam do SPE recebem formação conjunta e continuada, considerando a intersetorialidade, na tentativa de aproximar estes dois tipos de profissionais, permitindo o compartilhamento de saberes e experiências e o reconhecimento da importância de ambos os profissionais durante o período de formação. Torna-se necessário também que os profissionais que irão trabalhar com os adolescentes escolares reconheçam as vulnerabilidades, tanto suas como dos adolescentes que irão atender, tentando encontrar medidas que promovam sua redução (BRASIL, 2007b).

A participação juvenil torna-se fundamental no SPE, uma vez que leva em consideração um trabalho “com” os jovens e não “para” os jovens. Este público precisa ser capaz de tomar decisões de forma responsável e autônoma: desta forma, busca-se estimular o protagonismo juvenil no ambiente escolar. Atividades como formação de jovens por educação de pares, formação de grêmios estudantis, troca de informações por jornais, rádios, revistas e outros meios de comunicação elaborados pelos próprios jovens são fortalecidos no projeto. As formações dos jovens para participar dos programas envolvem as diversas temáticas do SPE e espera-se que os mesmos tornem-se multiplicadores e formadores de pares. A linguagem adequada, bem como aspectos socioculturais que envolvem os jovens são considerados. Atividades como a Mobilização Nacional de Adolescentes e Jovens do Ensino Médio para a Prevenção da Infecção pelo HIV e AIDS e o Prêmio Escola de Incentivo a Prevenção às DST, AIDS e ao uso de Drogas são exemplos de atividades que estimulam a participação deste público (BRASIL, 2006).

Os adolescentes e jovens podem também ser mobilizados para participar ativamente do planejamento curricular e dos processos de aprendizagem relacionados às temáticas do SPE, que são desenvolvidos na escola. A participação desses jovens nos grupos de trabalho/gestão, bem como no planejamento das ações no ambiente das escolas somente enriquece e dá sustentabilidade à proposta.

Uma das ações que o SPE estimula e desenvolve – porém geradora de inúmeras polêmicas – é a distribuição de preservativos na escola, contribuindo para o amplo acesso à prevenção, pois, muitas vezes, o jovem não vai ao serviço de saúde e também não compra o preservativo, mantendo-se vulnerável às DST, à AIDS e à gravidez não planejada, mesmo tendo informações e sabendo como se prevenir.

São inúmeras as finalidades do Programa, destacando-se o incentivo ao desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva, com a redução da incidência das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV na população jovem, além da contribuição para a redução da incidência de gravidez não planejada na população adolescente e jovem. O fomento da inserção das temáticas relacionadas à educação no campo da sexualidade ao cotidiano da prática pedagógica dos professores também é incentivado, bem como a constituição de uma rede integrada saúde-educação para colaborar na redução dos agravos à saúde da população jovem

e ainda a promoção do diálogo na família, na comunidade, integrando-as ao Projeto ‘Saúde e Prevenção nas Escolas’.

3.3 Os programas, a promoção da saúde e o risco biopolítico

Ambos os programas supracitados evidenciam uma preocupação em viver uma vida saudável, e não deixam de enfatizar certa responsabilidade indireta, aliada a comportamentos de prevenção e um culto à saúde, uma vez que suas orientações e diretrizes constituem-se em recomendações e prescrições de como viver uma vida saudável, direcionando, de certa forma, determinados tipos de atitudes que devem ser adotadas e seguidas, neste caso, por escolares – público alvo dos programas analisados.

Instala-se, desta forma, um discurso sanitário sobre a vida, que estimula uma série de mudanças naquilo que entendemos sobre saúde-doença/normal-patológico, que produz novas subjetividades, altera as concepções de saúde, produzindo estilos de vida padronizados e regulados, e que, conforme Foucault (2008c), produz modos de ser, disciplinando comportamentos através da regulação dos estilos de vida e prescrevendo modos de gerir a saúde. Desta forma, as diretrizes estabelecidas pelos programas permitem identificar determinadas verdades sobre a saúde no âmbito escolar, uma vez que regulamentam uma série de orientações e ações voltadas ao desenvolvimento de atitudes saudáveis no espaço escolar, como também pontuam de que maneira a saúde do escolar é constituída mediante tais políticas públicas de saúde.

Esses documentos também apontam uma responsabilização pessoal na busca pela saúde, culpabilizando o indivíduo por suas práticas, apontando suas condutas cotidianas que muitas vezes são consideradas insalubres ou perigosas, exonerando, assim, as diversas políticas públicas destinadas à promoção da saúde de ter uma contribuição maior nesse processo. Castiel e Diaz (2007) afirmam que a própria OMS ratifica o caráter individualista das condições de saúde, ao atualizar o conceito de estilo de vida, que se constitui em um modo de viver baseado em padrões identificáveis de comportamento determinados pela interação entre as características individuais das pessoas, trocas sociais e condições socioeconômicas e ambientais. Ainda, reafirma a importância do estilo de vida na saúde dos indivíduos e que não existe um ‘ótimo’ estilo de vida a ser prescrito para todos. Neste mesmo documento, enfatiza a dimensão individual das aptidões físicas, que devem ser ensinadas aos

indivíduos ainda na fase escolar e que permitam a esses indivíduos lidarem com as demandas e desafios da vida cotidiana (OMS, 1998). Percebe-se assim uma ênfase na responsabilidade pessoal¹¹, juntamente com a liberdade de escolha.

Surge, então, neste contexto, um conceito de risco culpabilizante, mesmo nos diversos programas de promoção e educação em saúde, cujas orientações visam à adoção de medidas e estratégias na tentativa de alcançar-se uma vida mais saudável, onde o risco aparece como uma categoria de pré-doença e, na maioria das vezes, assume um caráter normativo. Castiel (1999) discute a popularidade da noção de risco nos dias atuais, uma vez que as pessoas passaram a incorporar essa ideia de risco, seja acatando-a, administrando os diferentes modos de viver através das diferentes escolhas ou desafiando-a, através da adoção de estilos de vida considerados perigosos. O mesmo autor afirma ainda que há a necessidade de seguir aquilo que é recomendado em termos de prevenção da saúde, normas de segurança, cautela nas atividades cotidianas, caso contrário, surge uma ideia de ameaça, passível de ser efetivada.

A questão do risco está, em grande parte, associada à incidência de uma dada enfermidade, que remete tanto a hábitos individuais como ao contexto de determinados grupos, e esse conceito permite intervenções com foco no indivíduo e na população. Pontes (2011) argumenta que a significação do termo “risco” está cada vez mais restrita a eventos indesejáveis que possam acontecer. Com efeito, determinados grupos entendidos como “de risco” ou “em situação de risco” estão associados a situações de perigo para si ou para os demais.

Assim institui-se paradoxalmente uma inclusão/exclusão por via de uma mesma estratégia. Se, por um lado, a classificação de sujeitos em risco busca a sua inclusão pela via da normatização, por outro, exclui na medida em que impõe uma identidade incompatível com os desígnios de um bem-estar social (PONTES, 2011, p. 23).

O discurso do risco atrela-se ao biopoder e direciona uma gama de dispositivos que têm a população como alvo, e que, conforme Veiga-Neto e Lopes (2007), diz respeito a uma paulatina governamentalização do Estado. Por essa governamentalidade, Foucault (2008a) observa que se constitui por instituições, práticas, análises, conhecimentos, cálculos e táticas, que, por meio de mecanismos de segurança e da economia política, permite o exercício de um complexo tipo de poder sobre a população, e determina uma tendência do poder governamental sobressair-se em detrimento a outros tipos de poder, especificamente o poder

¹¹ Esta ideia de responsabilidade afeta qualquer pessoa ou grupo e compreende as consequências dos seus atos, ancorada na concepção do livre arbítrio (CASTIEL; DIAZ, 2007).

soberano. Ademais, direciona uma governamentalização do estado administrativo, em combinação com os efeitos dessa governamentalização sobre as interações entre os indivíduos, o estado e a sociedade. Desta forma, a população precisaria ser governada e ordenada, o que permitiu, então, a construção de um paradigma do risco, pois as taxas de natalidade e mortalidade, por exemplo, mostram que as regularidades nos fenômenos populacionais passam a configurar-se num evento-chave para o delineamento da conceituação do risco.

A biopolítica contemporânea, para Rabinow e Rose (2006), concerne aos modos de subjetivação contemporâneos que levam os indivíduos a agir sobre si mesmos em razão de algum valor abstrato, como a saúde e a segurança de si, da sua família ou até em nome da população em geral.

Para Castel (1986), o conceito de risco sofre uma modificação, que produziu um deslocamento das intervenções curativas terapêuticas para um gerenciamento preventivo das populações de risco. Complementam-se a esta transformação as estratégias de promoção da saúde que estimulam e orientam um trabalho de autocuidado, na obtenção de corpos saudáveis e adaptáveis. A prevenção passa a constituir-se num mapeamento de riscos. O mesmo autor afirma que prevenir, agora, é vigiar, “antecipar a emergência dos acontecimentos indesejáveis no seio de populações estatísticas detectadas como portadoras de risco” (1986, p. 154). Assim,

a prevenção é a vigilância não do indivíduo, mas de prováveis ocorrências de enfermidades, anomalias, comportamentos desviados a serem minimizados, e de comportamentos saudáveis a serem maximizados (Rabinow, 1999, p. 145).

A saúde, portanto, de acordo com Ortega (2004), exige autoconsciência de ser saudável e deve ser exibida, afirmada continuamente e de forma ostensiva, constituindo um princípio fundamental de identidade subjetiva. A saúde perfeita tornou-se a nova utopia apolítica de nossas sociedades. Ela é tanto meio quanto finalidade de nossas ações, representa saúde para a vida, mas também viver para estar em boa saúde. Viver para fazer viver as biotecnologias. Assim, a nova moral que estrutura a biopolítica da saúde é a

moral do bem-comer (sem colesterol), beber um pouco (vinho tinto para as artérias), ter práticas sexuais de parceiro único (perigo de AIDS), respeitar permanentemente sua própria segurança e a do vizinho (nada de fumo). Trata-se de restaurar a moralidade plugando-a de novo no corpo. O controle sobre o corpo não é um assunto técnico, mas político e moral (SFEZ, 1996, p. 68).

Existe, nos dias atuais, uma tendência favorável àquelas rotinas ditas saudáveis, o que acaba por produzir certa regularidade no estilo de vida dentro das práticas de promoção da saúde. Esta busca por uma rotina saudável determina que um estilo de vida irregular possa estar associado a riscos mais elevados de doenças. Desta forma, os estilos de vida considerados arriscados estariam vinculados a uma fraqueza de caráter, associando-se com um comportamento de autocontrole. Este discurso do risco envolve também uma responsabilização individual, priorizando-se muito mais um controle dos comportamentos individuais do que uma transformação nas condutas consideradas de risco. Para Santos (2002), as campanhas de saúde alertam sobre as precauções, os sintomas, os riscos, etc., fazendo com que o Estado por ter, em alguma medida, cumprido com a sua parte, transfira a sua responsabilidade para o indivíduo. Assim, a noção de risco pertence a cada indivíduo, e para prevenir as probabilidades, tem-se a instauração de comportamentos, uma verdadeira educação de comportamentos. Paralelamente, entende-se por estilo de vida o conjunto de práticas individuais voltadas para as necessidades utilitárias e associadas à identidade de cada ser, pois se referem sempre a alguém, relacionadas às diversas escolhas e opções que estão ao alcance de todos (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010).

O padrão de adoecimento das pessoas está associado, então, às escolhas e comportamentos individuais, relacionados, conforme Featherstone (1995, p. 119), à “individualidade, autoexpressão e uma consciência de si estilizada. O corpo, as roupas, os entretenimentos de lazer, as preferências de comida e bebida, a casa, o carro, a opção de férias, etc.” Sabe-se que o estilo de vida determina o desenvolvimento de padrões de saúde-doença individuais, uma vez que algumas escolhas constituem-se mais perigosas que outras, porém deve-se levar em consideração que sofremos influência de diversos fatores ambientais, sociais, fisiológicos, psicológicos, biológicos, os quais determinam também as condições de saúde e a predisposição às doenças, mesmo associadas às situações e/ou condições ditas de risco.

Os documentos analisados engendram-se na lógica da promoção da saúde, visto que estimulam a adoção de hábitos e estilos de vida considerados saudáveis, na tentativa de minimizar a produção de riscos para a saúde. Os programas partem do pressuposto de que jovens e adolescentes em idade escolar são mais suscetíveis à adoção de comportamentos de risco, como a predisposição ao uso de drogas e doenças sexualmente transmissíveis e refletem a manutenção do *status quo* pelo Estado, pois passam a intervir nos diferentes processos sofridos pela população juvenil, além de normalizar as condutas e comportamentos coletivos,

pelo exercício do biopoder. Os programas difundem práticas, discursos, regimes de verdades das mais diversas naturezas e movimentam-se por normas, regulamentos, leis e medidas administrativas de diversas origens. Machado (2002) contribui para esta discussão afirmando que estes documentos:

não atuam unicamente para formar ou transformar o indivíduo, pelo controle do tempo, do espaço, da atividade e pela utilização de instrumentos como a vigilância e o exame. Eles também se realizam pela regulação das populações, por um biopoder que age sobre a espécie humana, que considera o conjunto, com o objetivo de assegurar a sua existência. Questões como as do nascimento e da mortalidade, do nível de vida, da duração de vida estão ligadas não apenas a um poder disciplinar, mas a um tipo de poder determinado a gerir a vida do corpo social (MACHADO, 2002, p. XXII).

A estratégia adotada pelos documentos consiste em controlar e uniformizar o comportamento dos escolares, criando condutas ditas saudáveis, estimulando os professores a inserirem a temática saúde nos currículos de suas disciplinas e a escola, inseri-la no projeto político pedagógico. Suas medidas são pedagógicas e produzem um novo tipo de indivíduo – aquele que apresenta comportamentos saudáveis – ou seja, subjetiva-o. Suas diretrizes permitem que os programas, através de suas ações, orientações e atividades, constituam-se em estratégias de controle da população escolar, uma vez que determinam o esquadramento e a vigilância desta população, através da identificação de como vivem, quais são os seus hábitos e comportamentos.

O SPE molda comportamentos e atitudes ao estimular o desenvolvimento de oficinas direcionadas, com temáticas pré-determinadas, onde as oficinas propostas estão planejadas para uma formação profissional dos participantes, embora diversas estratégias possam ser utilizadas ou adaptadas para o trabalho com grupos de adolescentes e jovens, mediante a lógica da biopolítica, que educa e governa a população, a qual é concebida como um todo, disciplinada por um poder de Estado que, diferente do poder do soberano, não visa à morte do súdito, mas visa ao sujeitamento da vida, mediante políticas públicas. As oficinas são planejadas em torno de situações e temas relacionados à saúde e à prevenção, através da formação continuada para os profissionais da saúde e da educação. Conforme as orientações destinadas a ambas as classes de profissionais, o SPE determina que as unidades a serem trabalhadas constituam-se em temáticas relacionadas à busca de novos caminhos para prevenir as DST e a AIDS; relações de gênero; sexualidade na vida humana; saúde sexual e saúde reprodutiva; prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS e planejamento de uma ação local integrada.

Através da articulação dos conhecimentos sobre vulnerabilidade, corpo humano, afetividade e relações de gênero, esse programa constitui a base para a promoção da saúde e para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS pela inserção da promoção da saúde no currículo escolar, envolvendo o *trabalho participativo com a direção e o corpo de professores, além de estimular a inserção da promoção da saúde no projeto político pedagógico da escola* (grifos meus) (BRASIL, 2009). Isso exige uma relação próxima entre os profissionais de saúde e da educação, para reflexão conceitual da proposta e otimização de ações no cotidiano programado pela instituição.

O PSE atua pela intervenção em áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis, como saúde mental, saúde bucal, alimentação saudável, atividade física, ambiente e saúde, promoção da segurança e prevenção de acidentes, saúde sexual e reprodutiva, educação para o consumo, visto que *as ações de saúde previstas devem considerar atividades de promoção, prevenção e assistência em saúde* (grifos meus). No seu escopo, devem estar incluídas medidas de educação e promoção da saúde, como orientações em relação à nutrição, à prevenção do uso de drogas, aos cuidados com os dentes, à prevenção de violências (física, sexual e *bullying*), à alimentação saudável e à prática de atividade física, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, ao aconselhamento contraceptivo, à cultura da paz, entre outras (BRASIL, 2009).

Da mesma forma que o programa anterior, aconselha diversas atividades com temáticas pré-estabelecidas. Destaca-se, entre estas ações, *a realização de uma “gincana de talentos” pode ser uma ferramenta metodológica interessante para abordar a promoção da saúde escolar utilizando elementos artísticos, culturais e lúdicos, em consonância com o projeto político-pedagógico da escola e com o planejamento da equipe de Saúde da Família, sobretudo nos períodos do seu processo de trabalho destinados à realização de grupos ou atividades comunitárias* (grifos meus) (BRASIL, 2009).

O PSE, ao incorporar a dimensão social da equipe de Saúde da Família como escopo para a realização de suas ações, apresenta-se como uma política de saúde por meio de instruções e determinações que são válidas para a atenção básica à saúde e a sua dimensão biopolítica, bem como representa uma política de Estado e uma estratégia para o setor saúde, pois determina que *as equipes de Saúde da Família realizem visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem*

como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas (grifos meus) (BRASIL, 2007a).

Os programas aqui analisados constituem-se em estratégia para a gestão da vida da população escolar e suas práticas produzem novos modos de subjetivação através dos regimes de verdade considerados saudáveis e normais sobre a saúde escolar, alicerçado em padrões de comportamentos e orientações, com o objetivo principal de minimizar o risco que esta população, considerada vulnerável, está submetida. Considerados dispositivos biopolíticos, os documentos visam combater esses riscos, sejam, sociais, políticos e/ou econômicos.

4. OS PROGRAMAS E A ESTRATÉGIA DA GOVERNAMENTALIDADE

As políticas públicas de saúde desenvolveram-se, conforme visto anteriormente, a partir de movimentos históricos e políticos, constituindo-se como dispositivos biopolíticos e produzindo uma combinação de mecanismos de saber-poder atrelados aos controles normalizadores envolvidos na produção de determinadas condutas.

Os programas governamentais escolhidos para fazer parte desta dissertação têm como *locus* a escola e a população escolar seu alvo principal, uma vez que a escola torna-se, senão a única, mas uma importante instituição responsável pela consciência sanitária da população. De acordo com Stephanou (1996, p.65),

[...] a escola, além de proporcionar o aprendizado das interdições, das proibições, das punições, estabeleceu práticas em que as crianças e os jovens, entre si, e de si para consigo, além de se ocuparem do exercício de um autocontrole, estiveram envolvidos em procedimentos complexos, definidores de um novo cuidado de 'si para si'. Tais preocupações evidenciam um intrincado mecanismo de internalização de tecnologias de poder individualizantes. Que cuidado? Aquele intimamente associado à prática de saúde, à higiene do corpo e asseio das roupas, aos modos de proceder, à pureza da alma, à nobreza do caráter. Cuidado igualmente com a obtenção e preservação da saúde física e moral.

Gadelha (2009, p.179-180) exemplifica como a educação e a escola constituem-se em veículos e lugares de controle do corpo-espécie da população:

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

Esta pesquisa parte do pressuposto que os programas governamentais estruturados para a população escolar constituem-se em um conjunto de práticas de governamentalidade e estratégias biopolíticas, uma vez que estas políticas públicas exercem uma forma de controle e de investimento sobre a vida dessas populações, constituindo-se como estratégia de governo. Entende-se por governamentalidade uma forma de vida que tem a população como alvo principal e ainda pressupõe novas técnicas de governo – representadas pela condução das

condutas dos sujeitos. Foucault, ao analisar a constituição da população enquanto um novo sujeito político, observou também o Estado e suas transformações:

quanto mais Foucault se aprofundou na análise dos fenômenos da população e dos dispositivos de seguridade, tanto mais ele se viu afastado da noção tradicional do Estado e da soberania, os quais cederam lugar à nova noção de governamentalidade, isto é, ao governo como conjunto de técnicas capilares e discretas de exercício de poder pelo Estado moderno (DUARTE, 2010, p. 246).

Esta nova forma de governo atua de uma maneira diferente ao intervir nas vontades e desejos dos indivíduos, e não mais pela disciplina sobre os corpos, marcando, desta forma, a nova acepção do governo enquanto condutor de condutas - governo das crianças pelos adultos, governo dos alunos pelo mestre, governo das almas pelo sacerdote. A governamentalidade, então, representa uma forma específica do exercício do poder, com o objetivo principal de condução de condutas da população e o governo

designava a maneira de dirigir a conduta dos indivíduos ou dos grupos: governo das crianças, das almas, das comunidades, das famílias, dos doentes. Ele não recobria apenas formas de instituídas e legítimas de sujeição política ou econômica; mas modos de ação mais ou menos refletidos e calculados, porém todos destinados a agir sobre as possibilidades de ação dos outros indivíduos. Governar, nesse sentido, é estruturar o eventual campo de ação dos outros (DREYFUS; RABINOW, 1995, p. 244).

A população escolar passa a ser o foco das práticas de governo no momento que o Estado assume o escolar como sujeito de uma política pública. Foucault (2003) relaciona as práticas de governo à função do Estado em operar de forma que o máximo de riquezas seja produzido e permitindo que o corpo social envolvido seja passível de tornar-se objeto de governo. Com isto, as políticas públicas enquadram-se na lógica da governamentalidade, uma vez que estas práticas políticas tornam-se uma forma de controle e de investimento nas formas de vida das populações – investimento biopolítico. Produz-se, então, uma gestão da vida, que investe na sua regulação e esquadramento, e resulta numa tal configuração que, de acordo com Foucault (1999a, p.128), “tenderá a se deslocar ou, pelo menos, a se apoiar nas exigências de um poder que gere a vida e a se ordenar em função de seus reclamos”.

A introdução destes conceitos de governo e governamentalidade permitiu uma ampliação da noção de biopolítica, a qual passou a abranger a conduta dos indivíduos e das populações, pois, conforme Duarte (2010, p. 249), “a biopolítica somente se constituiu de maneira plena a partir do momento em que as técnicas de governo foram projetadas

para além do universo mental e institucional da soberania em seu sentido clássico e centralizador, o qual limitava a atuação governamental”.

E essa biopolítica leva em consideração a arte de governar os indivíduos no interior de suas relações, pois – segundo Foucault (2003, p. 290) – “são os homens em suas relações com essas outras coisas que são os costumes, os hábitos, as maneiras de fazer ou pensar”, que configuram as políticas públicas de saúde como uma estratégia de governamentalidade, considerando os indivíduos na totalidade dos acontecimentos, tornando-se uma maneira de governar-se as populações, além de exercer um controle e um investimento sobre o indivíduo e sobre suas relações, consistindo-se numa poderosa estratégia de regulação da vida das populações, neste caso, da população escolar. Bernardes; Pelliccioli; Guareschi (2010) consideram que esse investimento das biopolíticas, que reflete na arte de governar, configura um conjunto de práticas que, por meio das políticas públicas de saúde, constituem-se em estratégias de governamentalidade. Assim, as práticas em saúde sinalizam uma maneira de governo das populações e investimento e controle dos indivíduos, relacionados às suas formas de vida.

Cabe, aqui, destacar que a escola, a partir dos programas, torna-se o local de ação desta biopolítica, na medida em que *oferece a possibilidade de educar por meio da construção de conhecimentos resultantes do confronto dos diferentes saberes: aqueles contidos nos conhecimentos científicos veiculados pelas diferentes disciplinas; aqueles trazidos pelos alunos e seus familiares e que expressam crenças e valores culturais próprios; os divulgados pelos meios de comunicação, muitas vezes fragmentados e desconexos, mas que devem ser levados em conta por exercerem forte influência sociocultural; e aqueles trazidos pelos professores, constituídos ao longo de sua experiência resultante de vivências pessoais e profissionais, envolvendo crenças e expressando-se em atitudes e comportamentos* (grifos meus) (BRASIL, 2009), visto que, conforme (Foucault 2008b, p. 494),

para administrar essa população, é necessária, entre outras coisas, uma política de saúde capaz de diminuir a mortalidade infantil, de prevenir as epidemias e de fazer baixar a taxa de endemia, de intervir nas condições de vida, para modificá-la e impor-lhes normas (quer se trate de alimentação, habitat ou de urbanização das cidades) e proporcionar equipamentos médicos suficientes.

Percebe-se, assim, uma relação permanente entre as políticas públicas de saúde e a biopolítica, ao passo que a vida mantém-se regulada pelo controle dos hábitos e comportamentos, e a população é estimulada a aderir às campanhas sanitárias e aos

tratamentos médicos, sendo, então, sujeitada mediante as políticas públicas, uma vez que *o processo de trabalho prevê a realização de um conjunto de oficinas com objetivos diversos e complementares: construção de conceitos, reflexão sobre a prática e a postura profissional diante das questões abordadas, aplicação de conhecimentos ou, ainda, o debate de ideias e posições sobre assuntos polêmicos* (grifos meus) (BRASIL, 2007b).

Negri (2003, p. 103) observa que a biopolítica “ocupar-se-á da gestão da saúde, da higiene, da alimentação, da sexualidade, da natalidade na medida em que esses sujeitos se tornam, no desenvolvimento do Estado moderno, coisas importantes para o poder”.

Dizer que um Estado é governamentalizado é afirmar que há uma preocupação com a população, uma vez que a governamentalidade afirma-se como uma forma de vida que tem a população como alvo, na tentativa de conduzir as condutas e ações dos sujeitos. Por esta razão, pode-se afirmar que os referidos programas engendram-se na lógica da governamentalidade, pois tentam *combater os fatores externos, que representam uma poderosa influência sobre o modo como adolescentes e os jovens pensam e comportam-se – o meio em que eles vivem, os veículos de comunicação de massa, a indústria do entretenimento, as instituições comunitárias e religiosas, e o sistema legal e político* (grifos meus) (BRASIL, 2007b). Para Traversini e Bello (2009), a governamentalidade pode ser assumida como uma forma de pensar e administrar os problemas que afetam os indivíduos e a população, entendidos como obstáculos aos projetos de desenvolvimento de uma nação.

Percebe-se, então, que o surgimento das políticas públicas – voltadas ao governo da população – inclusive as da saúde, não foi intencional, pois diversos instrumentos e técnicas fornecem a possibilidade dessa governamentalidade ser colocada em prática, de forma sutil e dissipada, atuando sobre uma determinada coletividade. Lopes (2011, p.9) acredita que as políticas públicas “podem ser entendidas como manifestações/materialidades da governamentalidade ou da governamentalização do Estado moderno”. Os programas e políticas de saúde aqui estudados são movimentos que, de forma mais ou menos estratégica, foram criados para governar as práticas sociais e entram na esteira daquilo que Foucault (1995, p.244) refere-se como governo, ou seja, “não apenas às estruturas políticas e à gestão dos Estados, mas a maneira de dirigir a conduta dos indivíduos ou dos grupos: governo das crianças, das almas, das comunidades, das famílias, dos doentes”. Esses materiais apresentam um caráter pedagógico e produzem orientações que estimulam os escolares a

refletir sobre suas próprias ações e modos de ser, estimulando que os escolares desenvolvam autoconhecimento e criticidade quanto às suas ações e escolhas. Larrosa (1999) afirma que:

[...] uma gramática para a auto-interpretação e para a expressão do eu e uma gramática para a interrogação pessoal do outro. A criança produz textos. Mas, ao mesmo tempo, os textos produzem a criança. O dispositivo pedagógico produz e regula, ao mesmo tempo, os textos de identidade e a identidade de seus outros. E aprendem também uma certa imagem das pessoas e das relações entre as pessoas: que cada um tem determinadas qualidades pessoais, que é possível mudar coisas em si mesmo para ser melhor e conseguir o que a pessoa se propõe, que as outras pessoas têm qualidades diferentes, que é possível viver juntos, apesar das diferenças, dadas certas atitudes de compreensão, respeito e tolerância (LARROSA, 1999, p.46)

Considerando a saúde e a educação como estratégias das práticas de governo e o escolar como sujeito dessas práticas, torna-se possível afirmar que os programas aqui referendados estão engendrados em mecanismos de poder e representam uma estratégia de governo e controle dos sujeitos escolares. O poder, então, passa a ser exercido pelas ações dos governos, através da possibilidade de agir-se sobre as condutas de todos e de si, e a governamentalidade atua através da condução das condutas da população, extraindo dessa mesma população condutas já esperadas. Esta gestão da população leva em consideração gerila nos seus detalhes, da forma mais minuciosa. E, a partir disto, Foucault (1998) traz à tona duas questões que se imbricam e são, sobremaneira, importantes: a soberania não é eliminada pelo surgimento desta nova arte de governo, e sim torna-se mais perspicaz do que antes; e a disciplina, que também não foi eliminada, mas sim foi valorizada no momento em que se objetivou gerir a população. O que ocorreu não foi a substituição de uma sociedade de soberania por uma sociedade de controle e desta por uma sociedade de governo, mas sim a formação de uma tríade: “soberania – disciplina – gestão governamental, que tem na população seu alvo principal e nos dispositivos de segurança seus mecanismos essenciais” (FOUCAULT, 1998, p. 291).

Os sentidos produzidos pelos materiais que compõem os Programas ‘Saúde na Escola’ e ‘Saúde e Prevenção nas Escolas’ assumem o escolar como o sujeito que captura para si os discursos de prevenção de doenças e promoção da saúde, fazendo de si mesmo o instrumento para colocá-los em prática, tendo como *ponto de partida o que eles sabem e o que eles podem fazer desenvolvendo 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. Nesse processo, as bases são as forças de cada um, no desenvolvimento da autonomia e de competências para o exercício pleno da cidadania* (grifos meus) (BRASIL, 2009). Isso só é

possível na medida em que o governmentamento – mediante o biopoder – perpassa os sujeitos, produzindo-os, moldando-os e permitindo que se constituam através das orientações de uma vida saudável. Ao articular disciplina e normas de comportamento para a promoção de uma boa saúde, as orientações contidas nos programas e aplicadas na escola permitem o exercício do biopoder, que “não exclui a técnica disciplinar, mas a embute, que a integra, que a modifica parcialmente e que, sobretudo, vai utilizá-la implantando-se de certo modo nela, e incrustando-se efetivamente graças a essa técnica disciplinar prévia” (FOUCAULT, 1999b p. 288), constituindo-se em uma rede articulada de ações que envolvem diversas esferas sociais, tendo a população escolar como público alvo, *pois como forma de trabalho, sugere-se a organização de grupos compostos por professores e demais trabalhadores da educação (gestores, diretores, coordenadores pedagógicos, dentre outros), profissionais de saúde que desenvolvem atividades no nível local, profissionais com diferentes inserções em instituições e organizações da sociedade civil que atuam no mesmo território* (grifos meus) (BRASIL, 2007b).

Os programas de saúde delineados nesta pesquisa enquadram-se como dispositivos biopolíticos que se apresentam como uma política de governmentamento, visto que a operacionalização de suas ações e determinações ocorre através de iniciativas/atos governamentais, que têm por objetivo governar as pessoas e não coisas. Soma-se a isso o fato de que os programas permitem que diversos sujeitos apresentem a possibilidade de exercer esse governmentamento: pais, professores, gestores, agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família, etc., visto que *no contexto situacional do espaço escolar, encontram-se diferentes sujeitos, com histórias e papéis sociais distintos – professores, alunos, merendeiras, porteiros, pais, mães, avós, avôs, voluntários, entre outros –, que produzem modos de refletir e agir sobre si e sobre o mundo e que devem ser compreendidos pelas equipes de Saúde da Família em suas estratégias de cuidado* (grifos meus) (BRASIL, 2009), e ainda pelo Estado, na medida em que operacionaliza e regulamenta os programas. Foucault (1995) afirma que a ação do Estado visa ainda manter com segurança a capacidade de dirigir a conduta dos indivíduos ou da população, justificando a necessidade que o Estado apresenta em proteger sua população, que aqui se refere à população escolar.

Ademais, parece possível entender esta política de governmentamento – através dos programas de saúde – como uma ação de sobrevivência do Estado, bem como um processo que tem por objeto o próprio Estado. Esse Estado, por sua vez, aqui, materializa-se na figura das Equipes de Saúde da Família que permitem *o desenvolvimento de suas ações, onde se*

vincula à comunidade que aí vive e produz saúde e/ou doenças. É nas unidades escolares e com os sujeitos de sua comunidade onde as equipes de Saúde da Família podem construir e fortalecer a articulação com a comunidade escola (grifos meus) (BRASIL, 2009). Este processo é a governamentalização, que, segundo Veiga-Neto (2002c, p. 32), “consiste numa captura (pelo Estado) de determinadas técnicas de governo e sua ampliação de modo a permitir a sobrevivência do próprio Estado”.

A partir das análises dos documentos escolhidos para a construção desta pesquisa, observa-se que os mesmos produzem determinadas verdades sobre a saúde no âmbito escolar, uma vez que regulamentam uma série de orientações e ações voltadas ao desenvolvimento de atitudes saudáveis no espaço escolar, na medida em que se constituem *em uma sequência de oficinas planejadas em torno de situações e temas relacionados à saúde e à prevenção, na forma de um curso de formação continuada para profissionais de educação e de saúde* (grifos meus) (BRASIL, 2007) com vistas à formação integral do escolar no âmbito do cuidado com as condições de saúde, através do estímulo para a adoção de hábitos e atitudes saudáveis. Foucault (1998) afirma que a verdade está ligada às estratégias de poder e não existe fora de relações de poder ou sem as relações de poder. Ao mesmo tempo em que produzem marcas identitárias, as relações de poder/verdade produzem o sujeito, o qual está em constante mudança, sempre em vias de desfazer-se e tornar-se outro sujeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exercício da escrita é contínuo e está em constante movimentação, permitindo sempre a abertura de novas portas e o surgimento de novas indagações. Novas ideias, outros conceitos, questões emergentes suscitam dúvidas e questionamentos contínuos que possibilitam que a escrita reinvente-se a cada momento. Encontrar o momento certo de parar torna-se um tanto quanto desafiador, pois a inquietação sempre presente faz com que os direcionamentos estejam em contínuo deslocamento, permitindo que o trabalho seja escrito e reescrito, mas nunca finalizado por completo.

Não considero este momento como um encerramento de uma etapa, mas como a abertura de novas portas de escrita e de pensamento. Acredito que, muito mais que uma etapa finalizada, este momento conduz-me para o início desta jornada e permite que eu perceba a transformação que esta pesquisa provocou em mim mesma. Eu não sou mais a mesma, a escrita não é mais a mesma e os problemas, temas e inquietações também não são mais os mesmos, pois sempre se volta modificado ao retornar a um determinado lugar ou momento, assim “não me pergunte quem sou e não me digam para permanecer o mesmo” (FOUCAULT, 2008c, p.20).

A saúde na escola sempre foi um assunto que me provocou, e que provocava e povoava meus questionamentos, na tentativa de entender o processo de constituição da saúde no espaço escolar. Mas, ao analisar os programas governamentais escolhidos na perspectiva foucaultiana, obtive muito mais que respostas. Tive o prazer de ver surgir novas indagações e anseios, na tentativa de compreender um pouco as teorizações de Foucault sobre biopolítica, governamentalidade e produção de verdades, referencial teórico que eu pouco ou quase nada conhecia, mas que me permitiu a criação de novas possibilidades. Para Deleuze (1992, p. 38), a pesquisa permite impulsionar o pensamento, “forja modos de ver, modos de dizer, modos de produção, modos de relacionar-se consigo mesmo e com o outro”.

Nesta pesquisa, procurei, através de um olhar genealógico, compreender primeiro a constituição das políticas públicas – inclusive as da saúde – no contexto brasileiro, para depois experimentar a maneira como a saúde foi perscrutando a escola, constituindo os sujeitos escolares, através dos programas governamentais destinados à escola e ao escolar. Para tanto, tornou-se necessário entender o processo conhecido como Movimento Higienista, que delineou os contornos que a saúde adquiriu na sociedade brasileira, bem como no espaço escolar.

Os documentos voltados para a saúde do escolar, aqui, analisados produzem verdades sobre a saúde escolar, na medida em que regulamentam uma série de diretrizes direcionadas ao estabelecimento de atitudes saudáveis no espaço escolar. Além disso, os documentos pontuam que a escola assume uma importância extrema para promoção da saúde, uma vez que participa no desenvolvimento e formação do cidadão crítico, estimulando a autonomia, o exercício de direitos e deveres, o controle das condições de saúde e qualidade de vida, ofertando a opção por atitudes mais saudáveis (BRASIL, 2009). Os programas são frutos da parceria entre os Ministérios da Educação e Saúde e pretendem tornar a escola, além de um ambiente saudável, o *locus* do cuidado em saúde, propondo estratégias gerais de operacionalização das ações de promoção da saúde não apenas dos escolares, mas extensivos às famílias e às comunidades do entorno das escolas.

Os atuais discursos sobre a saúde permitem a fabricação um novo sentido de vida e de morte (SZAPIRO, 2009). Do ponto de vista de seu alcance biopolítico, compreende-se que os discursos produzidos pelos programas voltados para o escolar seriam uma forma de regulação sanitária que opera sobre a vida, refletindo em realidades políticas que, como tais, só adquirem um significado se pensadas a partir da sua dimensão biopolítica, que é caracterizada pela

[...] era do biopoder: A potência da morte que simbolizava o poder na época clássica através da figura do soberano passa a ser administrada pelo Estado, por meio das escolas, colégios, problemas de natalidade, longevidade, saúde pública, habitação e migração. Uma explosão de diversas técnicas para obterem a sujeição dos corpos e o controle das populações (FOUCAULT, 1999a, p. 131).

A população escolar é o alvo dos dois programas analisados neste trabalho, daí o entendimento que esta dissertação pretende produzir ao afirmar que os referidos programas constituem-se em dispositivos biopolíticos, porque se constituem em estratégias de dominação que tem a população como alvo; sujeitada por um disciplinamento através do poder do Estado, que sujeita a vida mediante políticas públicas. O biopoder opera por meio da série população, processos biológicos, mecanismos regulamentadores e o Estado, num nível coletivo, atravessando as populações, intervindo nos processos de natalidade, mortalidade e longevidade e passa a normalizar a conduta social, pela regulação tanto dos comportamentos individuais quanto coletivos e que, por meio de mecanismos sutis, procura atacar pela medicalização da população, sempre com o intuito de garantir a vida.

Os programas ‘Saúde na Escola’ e ‘Saúde e Prevenção nas Escolas’ difundem práticas, discursos e regimes de verdade, como também se movimentam por normas, regulamentos, leis e medidas diversas. Ambos os programas representam políticas públicas de saúde e constituem-se como dispositivos biopolíticos que acabam conduzindo as condutas dos escolares e tornam o Estado cada vez mais governamentalizado. Desta forma, os programas executam a gestão da população escolar e as suas práticas constituem os escolares sob determinados regimes de verdade e produzem discursos relacionados à cidadania, qualidade de vida, hábitos saudáveis e tantos outros relacionados à saúde do escolar. Instituem-se como políticas de governo que se tornam possíveis graças ao disciplinamento dos corpos – anátomo-política – e à regulamentação e normalização da população escolar – biopolítica das populações.

Na medida em que definem regras, orientações e ditam condutas para a população escolar, os programas refletem uma constante busca por um viver saudável e influenciam na escolha de atitudes que devem ser adotadas e seguidas pela população escolar. Além de estabelecerem um discurso sanitário sobre a vida, apontam uma responsabilização pessoal na busca pela saúde, que permite a contextualização – neste trabalho – da noção de risco. Esta noção está cada vez mais presente na Saúde Pública, desde a década de 1990, e não deixa de estar presente nas diretrizes dos programas governamentais direcionados ao escolar, ao tentar educar esta população sobre a importância da adoção de hábitos saudáveis para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida, tornando-se um investimento no autocontrole e mudança de comportamento dos próprios sujeitos do risco. As ações centradas na prevenção do risco partem do pressuposto de uma responsabilidade individual, onde sujeito é resultado das boas ou más escolhas, que refletem no seu estilo de vida.

A noção de risco surge da probabilidade de algo acontecer. É uma noção abstrata, ou invisível, que estima algo no futuro. Adquire visibilidade no campo do conhecimento, do discurso no qual pode ser transformado, dramatizado, sendo adequado ao fim desejado (MITJAVILA, 2002). As campanhas de saúde, inclusive os documentos aqui analisados, assumem – em alguns momentos – um discurso que potencializa a população enquanto única responsável pelos problemas decorrentes dos hábitos adotados no decorrer da vida, população que se torna omissa perante suas escolhas.

A saúde e a educação fazem parte das práticas de governo e engendram mecanismos de saber/poder que têm a população escolar como alvo e exercem um controle sobre os

sujeitos escolares. Essas ações governamentais atuam sobre a conduta de todos e de si, revelando o exercício do biopoder, o que permite que a governamentalidade atue sobre a condução das condutas da população, extraindo dessa mesma população condutas já esperadas.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M. et al. Saúde e Desenvolvimento: que conexões? In: CAMPOS, G.W. de S. et al. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- BERNARDES, A. G.; GUARESCHI, N. M. de F. *Direito à vida: cidadania e soberania*. Fractal Revista de Psicologia, v.20, n.1, p.149-164, jan./jun. 2008.
- BERNARDES, A. G.; QUINHONES, D. G. *Práticas de cuidado e produção de saúde: Formas de governamentalidade e alteridade*. Rev. PSICO, Porto Alegre, PUCRS, v.40, n.2, p.153-161, abr./jun. 2009.
- BERNARDES, A. G., PELLICCIOLI, E. C., GUARESCHI, N. M. F. *Trabalho e produção de saúde: práticas de liberdade e formas de governamentalidade*. Psicologia & Sociedade, v.22, n.1, p.5-13, 2010.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- _____. *Lei nº 8.080 de 19 de setembro 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.
- _____. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 5692*. Brasília, 1996a.
- _____. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria da Educação Fundamental. *Referenciais Curriculares Nacionais para a Educação Infantil*. Brasília, 1997.
- _____. 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, 56p., 2002.
- _____. 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, 24p., 2006 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- _____. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. *Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2007a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde e prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde* – Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.
- _____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Programa Saúde na Escola. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde na escola/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica* – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Instrutivo PSE / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde*. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. *Saúde e Previdência: estudos de Política Social*. São Paulo: Editora HUCITEC, 1986.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Editora Cortez, 2006.

CASTEL, Robert. *La gestión de los Riesgos*. Barcelona: Anagrama, 1986.

CASTIEL, Luis Davi. *A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 204p., 1999.

CASTIEL. L. D.; DIAZ, C. A. D. *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. Temas em saúde collection.

CECCHIM, C.; CUNHA, M. T. S. *Tenha modos! Educação e sociabilidade em manuais de civilidade e etiqueta (1900-1960)*. Anais X Simpósio Internacional Processo Civilizador, UNICAMP, Campinas, p. 1- 11, 2009.

COHN, Amélia. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

COLLARES, C. A. L. e Moises, M. A. A. Educação ou Saúde? Educação x Saúde. Educação e Saúde. *Fracasso Escolar: uma Questão Médica?* Caderno Cedes, n.15, São Paulo: Cedes/Cortez, 1985.

COSTA, Mônica Rodrigues. *A Trajetória das Lutas pela Reforma Sanitária*. Rev. Sociedade em Debate, Pelotas, v.13, n.2, p.85-107, jul.-dez./2007.

DANNER, Fernando. *Biopolítica e Liberalismo: a crítica da racionalidade política em Michel Foucault*. 2011. 168 f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Filosofia – Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre, 2011.

DELEUZE, Gilles. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

_____. *O ato de criação*. Folha de São Paulo, São Paulo, 27 jun. 1999, Caderno Mais, p.4.

DREYFUS, H.; RABINOW, P. *Michel Foucault. Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

DUARTE, André. *Vidas em risco. Crítica do presente em Heidegger, Arendt e Foucault*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

EIZIRIK, M. F. *Poder, saber e práticas sociais*. PSICO, Porto Alegre, PUCRS, v.37, n.1, p.23-29, jan./abr. 2006.

FEATHERSTONE, Mike. *Cultura de Consumo e Pós-Modernismo*. 2008.

FIMYAR, O. *Governamentalidade como ferramenta conceitual na pesquisa de políticas educacionais*. Rev. Educação & Realidade, Porto Alegre, v.1, n.1, p.187-201, maio/ago. 2009.

FLEURY, Sonia. *Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil*. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

FOUCAULT, Michel. *Tecnologias del yo*. In: _____. *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós, p. 45-94, 1990a.

_____. *História da sexualidade II. O uso dos prazeres*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1990b.

_____. *O Sujeito e o Poder*. In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. *Resumo de Cursos do Collège de France (1970-1982)*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

_____. *Microfísica do Poder*. 13ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998.

_____. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. 13ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999a.

_____. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999b.

_____. *A arqueologia do saber*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

_____. *Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

_____. *Segurança, território e população: Curso no Collège de France: 1977 – 1978*. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. *O nascimento da clínica*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008b.

_____. *A arqueologia do Saber*. 7. ed. Tradução Luiz Felipe Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008c.

_____. *Nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008c.

GADELHA, Sylvio. *Biopolítica, governamentalidade e educação. Introdução e conexões, a partir de Michel Foucault*. 1ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

GALLO, E.; NASCIMENTO, P. C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, Sônia (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, p.91-118, 1989.

GASTALDO, Denise. Is health education good for you? Rethinking health education through the concept of by bio-power. *Education and reality*, n.1, v. 22, p. 147-168, jan./jun. 1997.

GÓIS JÚNIOR, Edivaldo. *Os higienistas e a educação física: a história de seus ideais*. 2000. 183 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Educação Física – Mestrado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 2000.

_____. *Modernismo, raça e corpo: Fernando de Azevedo e a questão da saúde no Brasil (1920-1930)*. Revista Brasileira de Ciências do Esporte, v.30, n.2, p.39-56, jan. 2009.

GÓIS JÚNIOR, E.; LOVISOLO, H. R. Descontinuidades e continuidades do Movimento Higienista no Brasil do século XX. Revista Brasileira de Ciências do Esporte, v.25, n.1, p.41-54, set. 2003.

HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

LARBECK, Emilio Kemp, *Contribuição para a higiene escolar no Estado do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Globo, 1934. Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Porto Alegre em março de 1934.

LARROSA, Jorge. Tecnologias do eu e educação. In: SILVA, T. T. (org.). *O sujeito da educação: estudos foucaultianos*. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 35-86.

LIMA, N. T.; SANTANA, J. P. de. *Saúde Coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. *Reforma Sanitária e reorganização do sistema de serviços de saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços*. 2000. 264 f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Ciências – Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

LOPES, M. C. Políticas de inclusão e governamentalidade. In: THOMA, A. S., HILLESHEIM, B. (Org.). *Políticas de inclusão: gerenciando riscos e governando as diferenças*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, p.7-15, 2011.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. *Saúde Pública e participação cidadã: uma análise do controle social no SUS em Franca – SP*. 2004. 175 f. Dissertação (Programa de Pós-

Graduação em Serviço Social da Faculdade de História, Direito e Serviço Social – Mestrado) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2004.

MACHADO, Roberto et al., *Danação da Norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MACHADO, Roberto. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 17 ed. Rio de Janeiro: Graal, p.VII – XXIII, 2002.

MEDEIROS, P. F.; BERNARDES, A. G.; GUARESCHI, N. M. F. *O Conceito de Saúde e suas Implicações nas Práticas Psicológicas*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 21, n.3, p.263-269, set./dez. 2005.

MENICUCCI, Telma. A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MERCADANTE, Otávio Azevedo et al. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). *Caminhos da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MEYER, Dagmar Estermann. Educação em saúde na escola: transversalidade ou silenciamento? In: _____. (org.). *Saúde e sexualidade na escola*. Porto Alegre: Mediação, p.05-17, 1998.

MITJÁNS-MARTÍNEZ, Albertina. *La escuela: um espacio de promoción de salud*. Psicologia Escolar e Educacional, v.1, p.19-24, 1996.

MITJAVILA, Myriam. *O risco como recurso para a arbitragem social*. Tempo Social; Rev. Sociol. USP, São Paulo, v.14, n.2, p.129-145, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ts/v14n2/v14n2a07.pdf> . Acesso em: 10 de julho de 2014.

NARDI, Henrique. *Trabalho e ética: os processos de subjetivação de duas gerações de trabalhadores metalúrgicos e do setor informal (1970-1999)*. 2002. 360 f. Tese (Programa De Pós-Graduação em Sociologia – Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

NEGRI, Antonio. *Cinco lições sobre império*. Tradução de Alba Olmi. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

NUNES, Everardo Duarte. Tendências e perspectivas das pesquisas em ciências sociais em saúde na América Latina: uma visão geral. In: GARCÍA, Juan César (Org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: Opas, 1985.

ORTEGA, Francisco. *Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt*, Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.14, p.9-20, set. 2003-fev. 2004.

PAIM, Jairnilson Silva. Direito à Saúde, cidadania e Estado. In: *CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE*, 8º, Brasília. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, p. 45-59, 1987.

_____. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008a.

_____. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França (Orgs.). *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008b.

PAIM, J.S.; FILHO, N. de A. *Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?* Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.32, n.4, p. 298-316, 1998.

PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. *Políticas Públicas de Saúde No Brasil*. Rev. Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, 2006.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Assistência social nas perspectivas dos direitos: crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil apud DEGENNSZAJH, Raquel Raichelis. Desafios da gestão democrática das políticas sociais. In: _____. *Capacitação em serviço social e política social*. Brasília: UnB/CEAD, 2000.

PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Reforma gerencialista e mudança na gestão do sistema nacional de vigilância sanitária. In: COSTA, Ediná Alves (Org.). *Vigilância Sanitária: temas para debate*. Salvador: EDUFBA, 2009.

PONTES, Alexandre Kerr. *Juventude e risco: problematizando o sentido construído por jovens sobre esta relação*. 2011. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós- Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, 2011.

RABINOW, Paul. *Antropologia da Razão*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.

RABINOW, P.; ROSE, N. *O conceito de biopoder hoje*. Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais, João Pessoa, n. 24, abr. 2006. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/56285092/O-Conceito-de-Biopoder-Hoje-Rabinow-Paul-Rose-Nikolas>>. Acesso em: 29 de agosto de 2014.

REZOLA, Juan Gondra et al. *School health services and community nutrition: a historical perspective*. Public Health Nutrition, n.4, v.6, p.1337-8, 2001.

SANTIN, Gisele. *Educação Permanente em Saúde e os estágios de vivência no SUS: traçando linhas de subjetivação*. 2013. 103 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2013.

SANTOS, Luis Henrique Sacchi dos. *Biopolíticas de HIV/AIDS no Brasil: uma análise dos anúncios das Campanhas oficiais de prevenção (1986-2000)*. 2002. 285f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Educação – Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SFEZ, Lucien. *A saúde perfeita: crítica de uma nova utopia*. Loyola: São Paulo, 1996.

SARRETA, Fernanda de Oliveira. As Políticas Públicas de Saúde. In: _____. (Org.). *Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS*. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

SILVA, Carlos dos Santos. *O que a escola pode fazer para promover a saúde de crianças, adolescentes e jovens?* In: Salto para o Futuro. Boletim Saúde e Educação. Ano XVIII boletim 12 - Agosto de 2008. Secretaria de Educação a Distância. Ministério da Educação, 2008.

SILVA, Carla Adriana Batista da. *Biopolítica e Governamentalidade: conexões entre 'Raça', Saúde, Educação e a emergência da população no Brasil*. 2014. 86 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2014.

SOARES, C. L. *Educação física, raízes europeias e Brasil*. 2ª ed. Campinas: Autores Associados, 143 p., 2001.

SZAPIRO, Ana Maria. O imperativo da utilidade, a hegemonia da técnica e seus efeitos sobre o humano. In: SZAPIRO, Ana Maria (Org.). *Clínica da pós-modernidade: formas de subjetivação, de violência e de dessimbolização*. Rio de Janeiro: Bapera, 2009.

STEPHANOU, Maria. *Formar o Cidadão Física e Moralmente: médicos, mestres e crianças na escola elementar*. Educação, Subjetividade e Poder, Porto Alegre, v.3, n.3, p.59-66, jan./jun. 1996.

_____. Currículo escolar e educação da saúde: um pouco de história do presente. In: MEYER, Dagmar Estermann Meyer (Org.). *Saúde e sexualidade na escola*. Porto Alegre: Mediação, p.19-36, 1998 (Cadernos de Educação Básica; 4).

_____. *Saúde pela educação: escolarização e didatização de saberes médicos na primeira metade do século XX*. In: Anais do I Congresso Brasileiro de História da Educação. Rio de Janeiro: UFRJ, p. 07, 2000. Disponível em: <http://sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe1/anais/114_maria_ste.pdf>. Acesso em: 11 de maio de 2014.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. *Cidadania, direitos sociais e Estado*. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8º, Brasília. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, p.91-112, 1987.

TRAVERSINI, C. S.; BELLO, S. E. L. *O Numerável, o Mensurável e o Auditável: estatística tecnologia para governar*. Educação & Realidade, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p.135-152, maio/ago. 2009.

VEIGA-NETO, Alfredo. Espaço e Currículo. In: LOPES, A. C.; MACEDO, E. F. (orgs.). *Disciplinas e integração curricular: histórias e políticas*. Rio de Janeiro: DP&A, p.201-220, 2002a.

_____. *De geometrias, currículo e diferenças*. Educação e Sociedade: Revista de Ciência da Educação/Centro de estudos Educação e Sociedade, Campinas, v.23, n.79, p.163-186, 2002b.

_____. “Coisas do governo...”. In: RAGO, M.; ORLANDI, L. B.; VEIGA NETO, A. (Org.). *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. Rio de Janeiro: DP&A, p.13-34, 2002c.

_____. *Foucault e a educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

_____. *Governo ou Governamento*. Currículo sem Fronteiras, v.5, n.2, p.79-85, jul/dez. 2005. Disponível em: <http://www.curriculosemfronteiras.org/vol5iss2articles/veiga-neto.pdf>. Acesso em: 10 de agosto de 2014.

VEIGA-NETO, A; LOPES, M. C. *Inclusão e governamentalidade*. Educação e Sociedade, Campinas, v. 28, n. 100, p. 947-963, out. 2007.

VERDI, Marta. *Da haussmannização às cidades saudáveis: rupturas e continuidades nas políticas de saúde e urbanização na sociedade brasileira do início e do final do Século XX*. 2002. 233 f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

VIANA, A. L. A.; MACHADO, C. V. *Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS*. Physis – Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.645-684, 2008.

WHO. World Health Organization. *Health Promotion Glossary*. Genebra: WHO/HPR/ 98.1, 1998.