



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
REDE AMAZÔNICA DE EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS E MATEMÁTICA- REAMEC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS E MATEMÁTICA

DANIELLE DIAS DA COSTA

**REGULAR O CORPO, GOVERNAR A VIDA:
A POLÍTICA DE SAÚDE NA ESCOLA**

Belém-Pará

2019

DANIELLE DIAS DA COSTA

**REGULAR O CORPO, GOVERNAR A VIDA:
A POLÍTICA DE SAÚDE NA ESCOLA**

Tese de Doutorado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências e Matemática, da Rede Amazônica de Educação em Ciências e Matemática, Polo Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do título de Doutora em Educação em Ciências e Matemática.

Linha de pesquisa: Formação de Professores para a Educação em Ciências e Matemática.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sílvia Nogueira Chaves

Belém-Pará

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.

C837r COSTA, DANIELLE DIAS DA.
Regular o corpo, governar a vida : a política de saúde na escola / DANIELLE
DIAS DA COSTA. -- 2019
118 f. : il. color. ; 30 cm.

Orientadora: Sílvia Nogueira Chaves.
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Mato Grosso, Rede Amazônica de
Educação em Ciências e Matemática, Programa de Pós-Graduação em Educação em
Ciências e Matemática, Cuiabá, 2019.
Inclui bibliografia.

1. Educação em Ciências. 2. Saúde Escolar. 3. Biopolítica. 4. Governo da vida. I.
Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS E MATEMÁTICA - REAMEC
Avenida Fernando Corrêa da Costa, 2367 - Boa Esperança - Cep: 78060900 - CUIABÁ/MT
Tel : 3615-8910 - Email : ppgecem_reamec@ufmt.br

Folha de Aprovação

TÍTULO: “Regular o corpo, governar a vida: a política de saúde na escola”

Autor: Danielle Dias da Costa

Tese de Doutorado defendida e aprovada em 26/03/2019

Composição da Banca

Presidente da Banca/Orientadora: Doutora Silvia Nogueira Chaves

Instituição: UFPA Silvia Nogueira Chaves

Examinador Externo: Doutor Eduardo Paiva de Pontes Vieira

Instituição: UFPA Eduardo Paiva de Pontes Vieira

Examinador Externo: Doutor Luís Henrique Sacchi dos Santos

Instituição: UFRGS Luís Henrique Sacchi dos Santos

Examinadora Externa: Doutora Sandra Nazaré Dias Bastos

Instituição: UFPA Sandra Nazaré Dias Bastos

Examinador Interno: Doutor José Jerônimo de Alencar Alves

Instituição: UFPA José Jerônimo de Alencar Alves

Examinador Suplente Externo: Doutor Carlos Aldemir Farias da Silva

Instituição: UFPA _____

Examinador Suplente Interno: José Moysés Alves

Instituição: UFPA _____

Meu papel – e este é um termo por demais pomposo – consiste em mostrar às pessoas que elas são muito mais livres do que pensam; que elas tomam por verdade, por evidência alguns temas que foram fabricados em um momento particular da história; e que essa pretensa evidência pode ser criticada e destruída. Mudar algo no espírito das pessoas: esse é o papel de um intelectual.

Michel Foucault

A minha mãe, Carlinda do Socorro Maciel Dias, meu pai José Abdon Cordeiro da Costa, e meus irmãos, Carlos Adriano e Carlos Abdon, pelo apoio irrestrito e inspiração para perseverar nesse grande desafio.

A quem eu divido todos os meus dias e que sempre está comigo em todos os momentos, Tásia Holanda.

Às minhas lindas sobrinhas Fernanda, Ana Sophia e Nicole.

A todos os amigos e colegas que torceram e me apoiaram a realizar esse sonho chamado doutorado.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, José Abdon Cordeiro da Costa e Carlinda do Socorro Maciel Dias, vocês são minhas referências nessa vida, com quem encontro bons conselhos e o apoio necessário para superar os momentos de dificuldade. Sei que vocês não medem esforços para me apoiar e incentivar nos meus intermináveis projetos. Hoje estou onde estou, porque aprendi com vocês algo muito singular e necessário, o ensinamento de que “tudo é possível”.

Aos meus irmãos, Carlos Abdon e Adriano Costa, além de irmãos amigos que me ensinaram que bom humor, positividade e leveza são elementos importantes para viver mais e melhor. Pela união e sempre presença em minha vida, obrigada.

À Tásia Holanda, por todo o apoio e preocupação que teve comigo, principalmente nos momentos em que eu não sabia para onde ir e nem o que fazer, e você, sempre muito atenta a tudo, buscou modos de eu me reconectar comigo mesma, nesse (des)caminho que foi o doutorado.

À Sílvia Nogueira Chaves que, além de orientadora, é uma pessoa que tornou o doutorado inteiro uma experiência incomparável e transformadora. Resgato aqui, um sentimento que trago de uma das leituras de suas disciplinas, a de que: “a experiência algo que se dá solitariamente, mas que outros vêm cruzá-la, atravessá-la, compor com ela. Na experiência saímos sempre transformados; e o mundo também se transforma”. (PARAÍSO, 2010, p. 286). Você me promoveu essa experiência. Por isso, e muito mais, registro aqui, o quanto você é admirável, pessoal e academicamente. Fiquei feliz por você me incentivar a ler poesia, ver filmes, estudar as obras de Foucault. Confesso que ao aceitar adentrar uma nova linha de pesquisa, distinta do Mestrado, isso fez com que no início não dormisse direito, pelo medo de ter embarcado numa aventura que exigia de mim mais do que coragem, mas ter amizade com a liberdade, com a (re)criação. No entanto, não houve jeito, ancoradouros foram abandonados e fui desafiada a “expandir” meu olhar para o mundo e reinventar a minha relação com a leitura, a escrita, os saberes. Por isso: Muito obrigada!

*Aos meus amigos de perto e de causas em comum da **Universidade do Estado do Amapá**, que compartilhamos o desafio de construir uma Universidade pública respeitada e*

de qualidade. Aos **amigos da Universidade Federal do Amapá**, onde iniciei minha caminhada na graduação e Mestrado, em especial a **Norma Iracema de Barros Ferreira**, que me ajudou num momento difícil que foi a qualificação para o projeto de tese no doutorado, és uma parceira acadêmica a qual tenho muito carinho e respeito.

À **Sandra Nazaré Dias Bastos, Luís Henrique Sacchi, Eduardo Paiva de Pontes Vieira e José Jerônimo de Alencar Alves** pelas valiosas contribuições, obtidas na sessão pública de defesa de tese, as quais contribuíram consideravelmente para o aperfeiçoamento e a versão final deste estudo. Destaco também minha gratidão, em especial à **Sandra Bastos**, que gentilmente aceitou fazer a revisão final da tese.

À **Joana D'arc Campos**, uma grande mulher, tanto que nela lhe cabem várias Joanas, Joana-artista, Joana-estudante, Joana-professora, Joana-mãe do Davi, Joana-poeta, Joana-poliamorista, ou simplesmente Joana. Como se esquecer das risadas e de você ter me diagnosticado com a síndrome “folgadribilissimatopia”, aproveito para perguntar, qual o remédio mesmo?! Brincadeiras a parte, saiba que nossas conversas e trocas de confidências foram transformadoras integralmente, não restou pedra sobre pedra. Muito grata por ser minha amiga em todos os momentos, tanto nos bons quanto nos momentos mais tensos do doutorado. Saiba que te admiro muito, por sua força, coragem e disposição em vencer, qualidades que te fazem ainda mais singular nesse mundo.

À **Lêda Alves** pelo desmedido carinho e amizade. Sou muito grata por você expandir meu repertório literário, apresentando-me autores como **Valter Hugo Mãe, Peter Pelbart, Agamben e Antoine de Saint-Exupéry**. Agradeço ainda pelo abrigo que me ofereceu no seu lar ao longo do doutorado. Estendo esse agradecimento ao amigo **Tiago Amaral**, dono da casa [junto com a Lêda], músico que manda ver no clarinete nas rodas de choro em Belém do Pará e no mundo, também um bom debatedor de Foucault [apesar de não ser um estudioso, mas é perspicaz em “aplicar” os conceitos do filósofo].

Ao **Márcio Monteiro**, você é o culpado! Agradeço muito pelo incentivo e por persistir em me convidar a fazer a seleção do Doutorado da REAMEC, e ambos fomos, felizmente, aprovados! Feliz pela oportunidade que tivemos de estreitar nossa amizade e pelo companheirismo acadêmico estabelecido nessa que foi uma nova e transformadora

experiência. Nunca mais seremos os mesmos [que bom!]. Feliz por compartilhar com você esse desafio e momento de intensa (trans)formação.

*À **Georgia Tavares**. Juntas, compartilhamos a saudade de casa e tivemos bons momentos na capital paraense. Contigo, foi mais alegre as idas de ônibus para UFPA, mais estimulantes às dúvidas com as leituras, e também por ser essa inspiração de pessoa que exala calma e que me convenceu como é bom transcender. Com você, aprendi também a me propor a ser um pouco mais cidadã do mundo, vivenciando a vida em comunidade no Hostel BB, na Av. Tiradentes, próximo a Praça da República, nos dois primeiros anos do Doutorado.*

*À **Marília Frade** pelas boas conversas, por ser essa pessoa de raciocínio rápido e preciso e por ter sido sempre prestativa em ajudar. Ah! E como se esquecer das caronas-amigas para UFPA, sempre agitadas e com muitas conversas, carro cheio de anormais [Gê, Lêda e Joan que o digam] soltas nas ruas de Belém do Pará. Agora recordo, que trilhamos o mesmo caminho na pós-graduação, tendo a alegria de cursar as mesmas disciplinas e nelas conviver e aprender.*

*À **Luciane Assunção**, que conheci na primeira disciplina que cursei no doutorado. Nossa ligação se fortaleceu por sermos conterrâneas e com sua aproximação ela foi responsável em me apresentar um universo novo. Saiba que você foi a “ponte” que me apresentou à Professora Sílvia Chaves. Eis que você plantou uma semente em mim, que me fez pensar e acreditar que eu podia começar uma nova história, como pesquisadora no doutorado, com uma linha de pesquisa diferenciada a qual me permitiu mergulhar e usar Foucault na tese e também ampliar meu olhar para o mundo, para a educação.*

A todos os amigos e colegas da turma 2015 da REAMEC, polo UFPA, que juntos reunimos o que há de mais importante na convivência e formação doutoral: a humildade, a perseverança e a amizade. Muita sinergia envolvida. Digo ainda, escolheria por mais mil vezes estar com vocês, encontro de pessoas e de uma turma que se distinguiu, felizmente, por fugir à categoria de doutorado dos tipos sisudos, tensos e formalistas. O que foi fecundado nesses termos pelas relações e encontros que tivemos no Instituto de Educação Científica e Matemática (IEMCI) da UFPA. Feliz por ter cruzado a minha história com a história pessoal de cada um de vocês.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Educação em Ciências e Matemática da REAMEC e IEMCI, doutores-inspiração que tornaram a formação doutoral um período de intenso e profundo aprendizado. Agradeço por propiciarem o meu fortalecimento e minha inserção no grupo daqueles profissionais que buscam fazer pesquisa, ensino e extensão na Amazônia.

À Kátia Liége, pelo carinho e por me receber em sua casa. Eu, sem parentes em Belém, pela primeira vez fora do meu Estado para estudar, e você me ofereceu um abrigo em seu lar. Saiba que você contribuiu enormemente para que eu poupasse gastos com hostel, e assim pude participar, com mais tranquilidade, das atividades e eventos do doutorado, o que me fez me familiarizar de vez com Belém do Pará. Ah! Saiba que fico feliz e agradecida por todas as risadas e experiências compartilhadas.

Aos Anormais, colegas e amigos do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Cultura e Subjetividade na Educação em Ciências-GEPECS/UFPA, por ser um grupo peculiar com o qual aprendi a compartilhar o gosto e a inquietude de pesquisar com a diferença; agradeço por compartilhar com vocês a experiência de exercitar a coragem e o prazer que é ampliar as lentes para problematizar e buscar ver diferentemente o mundo e a ciência.

À Universidade do Estado do Amapá, por possibilitar a minha dedicação integral ao Doutorado.

Às instituições que criaram e coordenam a Rede Amazônica de Educação em Ciências e Matemática-REAMEC, as quais são perseverantes no propósito de ampliar o número de novos doutores na Amazônia. Iniciativa necessária, principalmente em face da desigualdade regional, ao compararmos o número desses profissionais na região Norte e nas demais regiões brasileiras.

RESUMO

Como se aprende a ser um sujeito saudável hoje? Como as práticas escolares estão implicadas nesse processo? Que processos e técnicas de subjetivação são postos em operação? O que se prescreve a esse indivíduo e a uma parcela da população dita saudável na escola? Estas perguntas orientaram os caminhos desta pesquisa no sentido de defender a tese de que diferentes práticas discursivas e não discursivas operam processos de governmentação da vida e do corpo e tem a escola como lugar de propagação e incitação para a construção dos ditos sujeitos saudáveis. O caminho da investigação iniciou com a seleção do *corpus*, a princípio foram pesquisados artefatos/práticas produzidos em nome da saúde na escola, sendo eles materiais didáticos, materiais e instrumentos utilizados na formação de professores, atividades, espaços arquitetônicos e funções profissionais presentes na escola, assim como relatórios, materiais publicitários de políticas estatais. Após esse momento, o *corpus* selecionado foi composto das práticas produzidas no período de 2000 a 2017, endereçadas à saúde de uma das parcelas da população escolar, o público infantil. No processo de análise do material empírico discutido acionamos conceitos do ferramental teórico disposto por Michel Foucault, tais como: Sujeito, Discurso, Biopolítica, Biopoder e Governamentalidade. As análises da empiria, no manejo com as ferramentas teóricas, destacam que os indivíduos e grupos populacionais ditos saudáveis se fabricam por biopolíticas específicas. As práticas e técnicas de instituição do sujeito criança saudável opera de forma múltipla e simultânea na escola e elas mantêm o foco na regulação do corpo e da subjetividade, por técnicas pelas quais se governa esse sujeito a partir da disciplina, do controle e dispositivos contemporâneos que funcionam (des) continuamente nas perspectivas da saúde higiênica, alimentar-motora e (neuro)psíquica. Nesses processos, ocupar a posição de uma criança saudável se fabrica por mecanismos e procedimentos que funcionam a partir do estabelecimento de normas acionadas por relações de poder que se instituem tanto em nível individual quanto coletivo. São estas normas que definem e classificam os sujeitos crianças como saudáveis ou doentes, normais ou anormais, ao mesmo tempo em que orientam as condutas destinadas aos indivíduos desviantes. Vale destacar que o saber científico desfruta de posição central nesses processos de subjetivação e normalização. É especialmente por meio dos saberes médicos, psicológicos e pedagógicos que circulam na escola e em diferentes práticas/artefatos que se estabelecem os limites entre o normal e o patológico, bem como as tecnologias empregadas atuam no controle, na administração e (re)condução dos que se situam fora da norma de “ser saudável”.

Palavras-Chave: Educação em Ciências; Saúde Escolar; Biopolítica; Governo da vida

ABSTRACT

How to learn to be a healthy subject today? How are school practices involved in this process? What processes and techniques of subjectivation are put into operation? What is prescribed for this individual and a portion of the so-called healthy population in school? These questions guided the paths of this research in order to defend the thesis that different discursive and non-discursive practices operate life and body governing processes and have the school as a place of propagation and incitement for the construction of these healthy subjects. The path of the investigation began with the selection of the corpus, at first, artifacts / practices produced in the name of health in the school were researched, they were didactic materials, materials and instruments used in the formation of teachers, activities, architectural spaces and professional functions present in the school, as well as reports, publicity materials for state policies. After this moment, the selected corpus was composed of the practices produced from 2000 to 2017, addressed to the health of one of the portions of the school population, the children. In the process of analysis of the empirical material discussed we trigger concepts of the theoretical tools provided by Michel Foucault, such as: Subject, Speech, Biopolitics, Biopower and Governmentality. The empirical analyzes, in the management with the theoretical tools, highlight that the so-called healthy individuals and population groups are manufactured by specific biopolitics. The practices and techniques of institution of the healthy child subject operate in multiple and simultaneous ways in the school and they keep the focus on the regulation of the body and the subjectivity, by techniques by which this subject is governed from the discipline, the control and the contemporary devices that they function (dis) continuously from the perspective of hygienic, food-motor and (neuro) psychic health. In these processes, occupying the position of a healthy child is manufactured by mechanisms and procedures that work from the establishment of norms triggered by power relations that are instituted at both individual and collective levels. It is these norms that define and classify child subjects as healthy or sick, normal or abnormal, while at the same time guiding the conduct of deviant individuals. It is worth noting that scientific knowledge enjoys a central position in these processes of subjectivation and normalization. It is especially through the medical, psychological and pedagogical knowledge that circulates in the school and in different practices / artifacts that the boundaries between normal and pathological are established, as well as the technologies used to control, administer and (re) conduct the that fall outside the norm of “being healthy”

Keywords: Science Education; School health; Biopolitics; Government of life

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Cartilha “Saúde na Escola” de Ziraldo – MEC/MS (BRASIL, 2012).....	41
Figura 2: Livro didático – Caminhos da Ciência: uma abordagem socioconstrutivista - 4ª série.....	43
Figura 3: destaque da notícia divulgada no Jornal Online Diário da Região. São José do Rio Preto. 23/08/2017. Professor é afastado por falar de sexo para crianças de 6 anos.....	44
Figura 4: Alsino Braga e Araripe Sucupira examinam meninas na escola Prudente de Moraes, SP. Revista “A Cigarra”, 1914.....	46
Figura 5: Livreto “Vamos falar de saúde”. Capítulo: A entrevista: dicas para ter saúde.....	52
Figura 6: Livro Didático de Ciências, 2º ano do Ensino Fundamental. Assunto: Se há mais higiene, há mais saúde.....	53
Figura 7: Atividades do Livro Didático de Ciências, 2º ano do Ensino Fundamental. Assunto: Se há mais higiene, há mais.....	57
Figura 8: Livro Didático de Ciências, 2º ano do Ensino Fundamental. Assunto: Se há mais higiene, há mais saúde.....	58
Figura 9: Cena da Animação Carlos contra o Beto Bacon. TV Escola.....	62
Figura 10: Prato virtual do Jogo “Colorindo e aprendendo”.....	69
Figura 11: “Calcule seu IMC”. Site Telessaúde – UERJ.....	71
Figura 12: Capítulo 9 – Nosso estilo de vida, nossa saúde. Atividade de Ciências – 5º ano. Projeto Apis.....	73
Figura 13: Informe Modelo n.1 – Alimentação saudável em 10 lições – Parceria entre Ministério da Saúde e Plano Nacional do Livro Didático (PNLD).....	77
Figura 14: Ações para incentivo às práticas corporais, atividade física e lazer com o público escolar (PSE). Orientações Gerais sobre as ações de Promoção de Práticas Corporais, da atividade física e do lazer no Programa Saúde na Escola.....	80
Figura 15: Movimento é vida! Atividades Físicas e Esportivas para todas as pessoas. Como e quantas escolas são as Escolas Ativas no Brasil? (Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano do Brasil. 2017).....	82
Figura 16: Capítulo 7: Desenvolvimento normal no período escolar. In: Livro Saúde mental na escola: o que os educadores precisam saber.....	86
Figura 17: Fluxograma com as queixas escolares mais comuns no ambiente escolar e os sinais associados.....	90
Figura 18: Manual de Manejo comportamental de crianças com Transtornos do Espectro do Autismo em condição de inclusão escolar: guia de orientação a professores.....	92

Figura 19: Questionário do teste SNAP-IV , divulgado pela Associação Brasileira do Déficit de atenção.....	94
Figura 20: Processo de diagnóstico - Livro Saúde mental na escola: o que educadores.....	98
Figura 21: Capítulo: Educação em saúde mental: uma nova perspectiva. Ao discutir sobre saúde mental, é importante observar que.....	101
Figura 22: Instruções sobre como Manejo comportamental de crianças com Transtornos do Espectro do Autismo em condição de inclusão escolar: guia de orientação a professores.....	103
Figura 23: Capa da Revista Nova Escola. Edição 305. Setembro/2017.....	104
Figura 24: Conversando com os Pais sobre como lidar como lidar com a dislexia e outros transtornos específicos de aprendizagem.....	107

SUMÁRIO

1 EXPERIÊNCIAS E PONTILHADOS DE UM CAMINHOS DE PESQUISA.....	16
2 PESQUISAR O SUJEITO SAUDÁVEL DA ESCOLA.....	21
2.1 SOBRE SER SAUDÁVEL, OCUPAR LUGARES E GOVERNAR-SE.....	24
2.2 SER UM SUJEITO SAUDÁVEL SE APRENDE NAS ENGRENAGENS DE PRÁTICAS/DISPOSITIVOS.....	29
2.3 SOBRE SAÚDE, DISCIPLINA E REGULAÇÃO.....	33
2.4 O CORPUS DA PESQUISA.....	38
3 UMA SAÚDE, VÁRIOS SUJEITOS.....	40
3.1 (BIO)POLÍTICA DA SAÚDE DO INFANTIL ESCOLAR: HIGIENIZAR, COMER, BRINCAR, APRENDER.....	45
3.1.1 Higiene: a autogestão da saúde na infância.....	46
3.1.2 Infância na balança: a saúde alimentar-motora na escola.....	61
3.1.3 Observar, encaminhar e incluir: a infância psicologicamente saudável.....	85
REGULAÇÃO, GOVERNO E (BIO)POLÍTICA DE SAÚDE NA ESCOLA.....	109
REFERÊNCIAS.....	114

1 EXPERIÊNCIAS E PONTILHADOS DE UM CAMINHOS DE PESQUISA

“Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir” (Michel Foucault).

No final da Graduação desenvolvi meu trabalho de conclusão de curso¹ voltado a investigar a prática docente no contexto do ensino do Ensino Fundamental e no Mestrado parti para estudos que convergiram para tratar de Políticas Públicas em Educação². Tais áreas de estudo eram familiares por ter dirigido investimentos de tempo, leitura, pesquisa além de terem me proporcionado prêmios e parcerias dentro e fora da Universidade onde trabalho. Entretanto, diante da oportunidade de concorrer a uma vaga no Programa de Doutorado em Educação em Ciências e Matemática acenou-me a possibilidade de construir novo caminho, no qual vi um meio de expandir leituras, referenciais e tratar de algo que passou a ter relevo no meu cotidiano acadêmico: a formação de professores³.

Diante da aprovação e ingresso no doutorado, vi consolidado o desafio e as mudanças que estavam por acontecer, e elas foram acompanhadas por uma angústia temporária, a de seguir outro rumo em relação aos meus estudos no mestrado. Com isso, um momento de incertezas foi instalado. As incertezas que podiam ser uma experiência negativa, mas se configuraram numa etapa positiva, em que me dediquei a pensar sobre “o que pesquisar e o que efetivamente escolher como tese”. Tal momento permitiu que eu pudesse explorar as múltiplas possibilidades do que podia vir a ser o meu novo caminho: o tema da pesquisa.

¹ O Trabalho foi premiado, em 2010, em 1º Lugar geral na 5ª Mostra de TCC realizada no 1º Congresso Amapaense da Iniciação Científica. O trabalho foi proposto na área de Educação, Linguística e Artes. O evento foi realizado pela Universidade Federal do Amapá, Universidade do Estado do Amapá, IEPA e EMBRAPA-AP.

² A dissertação, em 2013, foi premiada com menção honrosa de 1º lugar no I Encontro da Pós-graduação da Universidade Federal do Amapá. Menção oferecida pela Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação e também foi contemplada para publicação em forma de livro, pelo Edital n. 01/2013, da Editora da Universidade Federal do Amapá.

³ Além de professora de Didática nos cursos de Licenciatura em Química, Ciências Naturais, Letras e Pedagogia, da Universidade do Estado do Amapá, as experiências como Coordenadora de Curso de Pedagogia, Coordenadora de área e de gestão do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação a docência (PIBID), Presidente dos três primeiros Fóruns das Licenciaturas da instituição, todas essas vivências demandaram atenção para currículos, perfis de egresso, projetos pedagógicos de curso. Em especial, no curso de Ciências, vi-me diante de assuntos que demandavam leitura de parâmetros curriculares, blocos didáticos e saber sobre o que “eles tinham de ensinar,” para assim poder planejar minhas atividades docentes.

Assim, busquei considerar todas as experiências e referenciais com que me envolvi no início do Doutorado, nos quais idealizava “encontrar” um possível indicativo de tema para desenvolver a Tese. Todavia, um parâmetro contribuiu, definitivamente, ao processo de delimitação do tema da pesquisa e ele aconteceu com a definição de minha Orientadora, que não me impôs um tema a pesquisar, mas lançou-me o grande desafio de deliberar sobre a escolha de um objeto de estudo ligado ao Ensino de Ciências, utilizando como referencial teórico estudos de Michel Foucault.

E agora, por onde começar? Incursionar em uma nova linha de pesquisa foi uma ruptura. Saí de uma zona de conforto, foram-me exigidos deslocamentos geográficos (Macapá-Belém-Macapá) e mudanças no olhar... Tudo isso com uma nova caixa de ferramentas. Nesse novo caminho deixei para trás, como disse Fischer (2007), o lago sereno das certezas, até então, muito cômodo e recorrente, quase “imexível,” para mergulhar e ousar utilizar outras ferramentas que me permitissem o exercício de pensar de forma diferente daquela que pensava. Essa ruptura veio com Michel Foucault.

Trabalhar com Foucault foi arrebatador e demandou além de muita disposição o contato com novas leituras que não traziam meramente conceitos explicativos de “palavras e coisas”, mas se constituíam como um conjunto poderoso de ferramentas para pensar e desconstruir “ditos e escritos,” alguns deles que ainda me soavam como inquestionavelmente “verdadeiros” e nem sempre permeados por “relações de saber-poder”. A princípio, confesso que incorporar essa nova linha de pesquisa mostrou-se uma tarefa demasiadamente complexa. Contudo, persistindo e insistindo nos estudos dos cursos desse filósofo e de estudiosos que o utilizam como referencial, criei coragem para desenvolver uma pesquisa provocativa e crítica.⁴

Portanto, com base nas leituras e pensamentos, inspirada também nas “ideias implantadas” na disciplina Bases Epistemológicas da Educação em Ciências e Matemática, oferecida no início do Doutorado, busquei então definir e delimitar uma temática *stricto sensu*. Isso ocorreu depois do encontro com leituras na área de Educação em Ciências e estudos de Michel Foucault. Nisso, decidi que o objeto de estudo deveria emergir de possíveis situações, fatos e coisas inquietantes de nosso tempo, assim como teria que

⁴ Sobre a crítica, propôs-se pensá-la como “movimento para o qual o sujeito dá a si mesmo o direito de questionar a verdade concernente aos efeitos de poder e questionar o poder referente aos discursos de poder”. Crítica, como “a arte da insubmissão voluntária, da reflexão indócil,” (FOUCAULT, 1996, p. 386) assim mobilizando a presente pesquisa.

escolher um discurso naturalizado e recorrente, sem deixar de atender ao meu interesse acadêmico de permanecer realizando estudos em políticas educacionais.

Mergulhei mais detidamente, em leituras acadêmicas associadas à perspectiva de estudos foucaultianos que tratam do *discurso*, do *corpo* e do *biopoder* –, dentre elas um texto destacou-se: “A relação entre o corpo e o poder em Michel Foucault⁵” que fez-me pensar no quanto somos “convencidos” a “melhorar o nosso corpo mesmo não entendendo bem até que ponto esta melhora é boa a própria pessoa”. Neste ponto, “o discurso é interrompido e somos levados a crer que não é necessário discutir esta questão” (RODRIGUES, 2003, p.123). Um possível tema ecoou a partir daí: o “não discutir essa questão”, mostrou-se bem pertinente para propor uma pesquisa que pudesse problematizar um tema, considerando as relações entre corpo e poder.

Além dessa leitura, outras questões fundamentaram a escolha do tema da pesquisa. Recorri a algumas experiências pessoais e profissionais. Por exemplo, de um lado a ida a laboratórios de análises clínicas para fazer exames e diante disso, perguntar-me sobre toda a relação comercial desse tipo de prática e pensar em como isso nos consome ao longo da vida e encanta-nos como promessas de felicidade e de saúde. Por outro lado, havia a dúvida e a pouca disposição para frequentar uma academia de ginástica e equilibrar o tal Índice de Massa Corporal (IMC), com o intuito de atender aos parâmetros que dizem ser de um corpo saudável.

Outras experiências foram também levadas em consideração tais como: minha resistência em mudar hábitos alimentares por recomendação médica para iniciar um tratamento dermatológico. Além disso, a minha atuação docente e o contato com o currículo de Ciências do Ensino Fundamental, realçou o quanto é forte apelo social de um trabalho de formação junto ao aluno voltado hábitos de higiene, disciplina para cuidar do corpo e da mente. Aquilo que no currículo escolar é propagado pelo nome de saúde física e mental. Todas essas experiências fizeram-me pensar a respeito da saúde e na forma como então ela encampa a nossa vida em diferentes lugares, formas e relações.

Noções como qualidade de vida, o que se diz ser uma vida saudável e um corpo saudável também foram questões que me inquietaram e levaram-me a enxergar a recorrência destas em diversos segmentos sociais, entre eles a escola, sendo a saúde tratada

⁵ RODRIGUES, Sergio Murilo. A relação entre o corpo e o poder em Michel Foucault. *In: Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 9, n. 13, p. 109-124, jun. 2003.

como qualidade de vida e um bem particular do indivíduo. Além disso, notou-se que em documentos, programas e pelas iniciativas de entidades internacionais é frequente o apelo social de a escola ser tratado como um lugar de saúde, como também uma instituição pronta a colaborar com a promoção do desenvolvimento e do crescimento saudável da criança.

Assim, a discussão sobre uma possível política que se propaga mais especificamente em nome da saúde escolar, não só se apresentou como um tema produtivo e possível de, por meio dele, fazer uma crítica ao presente, mas também de dar atenção aos seus efeitos na produção de sujeitos, às práticas de governo envolvidas pelo/no discurso, além de problematizá-la nos efeitos de sua produção. Tais perspectivas foram possíveis ao recorrer aos estudos de Michel Foucault e com o contato que estabeleci com diferentes materiais didáticos, materiais de formação de professores, atividades realizadas na escola e ao pesquisar sobre as políticas estatais contemporâneas que tratam da saúde na escola.

Por todas as experiências apresentadas, elas se compuseram como pontilhados que delimitaram o caminho dessa pesquisa, pelos quais vi a possibilidade de indagar a respeito das relações, processos e práticas que se processam na produção do sujeito saudável na escola, partindo do que defino como (bio) políticas de saúde. Em específico, dou atenção para as práticas e artefatos que circulam junto à população infantil escolar, na contemporaneidade.

Nesse sentido, o presente estudo teve como propósito responder a seguinte problemática: como se aprende a ser um sujeito saudável hoje? E, principalmente, como as práticas escolares estão inseridas nesse processo?

Delineado então o problema da pesquisa, este estudo se desenvolveu em favor da tese de que a saúde escolar opera processos de governo da vida e do corpo e tem a Escola como lugar de propagação e incitação para a construção dos ditos sujeitos saudáveis. Nesse sentido, afirma-se que há uma pedagogia da saúde posta em operação na instituição escolar, por biopolíticas que acionam uma espécie de cuidado de si no corpo e que sutilmente também se expressa na administração e gestão de condutas e liberdades, tanto no campo individual quanto coletivo, da população infantil.

Em termos de organização da tese, resolvi dividi-la em três seções principais. Nesta seção abordo os caminhos que levaram-me a construir o presente objeto de pesquisa,

ênfatizando o problema e a tese a ser defendida ao longo do estudo. Na segunda seção, intitulada “Pesquisar o sujeito saudável da Escola”, abordo o arcabouço teórico foucaultiano que deve se articular às análises da empiria, recorrendo à apresentação dos conceitos de sujeito, práticas, dispositivo, poder, biopolítica e governamentalidade. Na terceira seção, denominada “Uma saúde, vários sujeitos” dou a conhecer os meus primeiros contatos com a empiria da pesquisa e as razões que me levaram a escolher o público infantil, como foco da pesquisa, assim como decisões sobre como foi organizado o corpus que contemplam as práticas discursivas e não discursivas que operam na produção da posição do sujeito saudável na escola. Nessa mesma seção, desdobrei as três subseções de análise, as quais tecem considerações sobre os processos envolvidos na produção dos sujeitos saudáveis na escola, tendo como recorte para tal, a saúde infantil nas perspectivas da higiene, saúde alimentar, físico-motora e neuropsíquica, por tais perspectivas aparecerem nos artefatos/práticas problematizados. Por fim, na seção “Regulação, governo e (bio)política de saúde na escola” apresento as principais conclusões obtidas com a presente pesquisa e outros aspectos que podem ser aprofundados em estudos futuros.

2 PESQUISAR O SUJEITO SAUDÁVEL DA ESCOLA

O que estamos fazendo de nós mesmos? A constituição da subjetividade, de uma identidade do sujeito passa a ter aí uma implicação política imediata. Perguntar pelo que se está fazendo consigo mesmo é perguntar-se pela forma como se está governando a própria vida, como está se fazendo o uso dos prazeres, como se está cuidando de si. (ALBUQUERQUE JR., 2007, p. 93)

[...] nossa forma-de-vida guarda o segredo da política. (AGAMBEN, 2017, p. 17)

Como se aprende a ser um sujeito saudável hoje? Como as práticas escolares estão implicadas nesse processo? Que processos e técnicas de subjetivação são postos em operação? O que se prescreve a esse indivíduo ou a uma parcela população, dita saudável na escola? Essas questões nortearam o presente estudo, todavia antes defini-las algumas afirmações se fizeram presentes.

*“Ser saudável é uma escolha”⁶, “Ser saudável não é modinha”⁷, “Ser saudável não é sobre perder peso é sobre ganhar vida”⁸, “Seja saudável: pense positivo, sinta-se bem, pratique exercícios e coma bem”⁹, “Ser saudável foi a melhor decisão que já tomei”¹⁰... Ao digitar e buscar no *google*, imagens¹¹ referentes ao termo “ser saudável”, estas frases apareceram e socialmente expressam certos atributos para o que se convencionou chamar de “saúde” na atualidade.*

Sobre os ditos em destaque, eles localizam, individualizam com frequência o ser saudável no meio social, nisso algumas indagações surgiram: ser saudável é mesmo uma questão de livre escolha? Temos a nossa disposição uma receita, um passo a passo quase que unânime que serve para todos obterem o que se denomina “vida saudável”? Ser saudável é e será sempre a mesma coisa? Mas, e se não for nada disso! e se ser saudável não for uma questão de escolha, receita ou resultado de uma livre decisão?

Atravessada, a princípio, pelo que circula sobre saúde em diferentes artefatos midiáticos (revistas, propagandas, redes sociais) e em instituições valorizadas socialmente

⁶ Disponível em: <https://br.pinterest.com/pin/24206916731035177/>

⁷ Disponível em: <http://sersaudavelnaoemodinha.blogspot.com/>

⁸ Disponível em: <https://www.alinelamarco.com.br/ser-saudavel/>

⁹ Disponível em: <https://br.pinterest.com/pin/708261478876115968/>

¹⁰ Disponível em: <https://www.mundoboforma.com.br/ser-saudavel-foi-a-melhor-decisao-que-ja-tomei/>

¹¹ Disponível em: <https://images.google.com.br/>

como hospitais, clínicas, unidades básicas de saúde e escola, comecei a cultivar desconfianças em relação à naturalidade com que aceitamos como evidente que “nós” herdamos (ou ao menos deveríamos herdar) como destino sermos saudáveis. Isso me fez questionar, nas linhas do que especificou Albuquerque Jr (2007, p. 93) “o que estamos fazendo de nós mesmos”, como se produz aquilo que pensamos quando o propósito é ser saudável? Existe em nós uma “essência natural” que nos impulsiona a ser saudável?

Ao traçar as linhas interrogativas encaminhei este estudo para questionar sobre o que é “ser saudável” e como isso nos atravessa e atua em nós, especialmente num momento histórico em que a saúde é tratada como um argumento de autoridade que toma forma na fala de especialistas, na literatura e em variadas relações sociais, notada entre os indivíduos que usam a linguagem da saúde como uma das formas de identificação, quando dizem para si ou para os outros: “*meu colesterol está alto*”, “*you é responsável por sua saúde*”, “*é preciso que você faça exercícios para ter uma vida saudável*”, “*lactose faz mal a minha saúde*”.

Em especial, ao estabelecer como foco a saúde na escola, algumas inquietações surgiram ao reunir certos elementos, tais como: campanhas contra a obesidade infantil e no combate ao uso de drogas, programas governamentais que acompanham se o crescimento de crianças e adolescentes têm sido saudável, são práticas que têm acontecido no espaço escolar em nome do que se diz e se vê como saúde nos últimos anos. Essas práticas se articulam a discursos que têm associado a saúde como função da escola, no sentido de se assegurar a formação, a capacitação de pessoas para o uso do seu potencial de saúde (OMS, 2005).

Ao olhar para a inserção de saúde na escola, notei que isso não se promove isoladamente. Informes institucionais do então Ministério da Saúde (BRASIL/MS, 2002, p.533), dão a conhecer o importante papel da escola na promoção da saúde:

O setor educacional, dada sua capilaridade e abrangência, é um aliado importante para a concretização de ações de promoção da saúde voltadas para o fortalecimento das capacidades dos indivíduos, para a tomada de decisões favoráveis à sua saúde e à comunidade, para a criação de ambientes saudáveis e para a consolidação de uma política intersetorial voltada para a qualidade de vida, pautada no respeito ao indivíduo e tendo como foco a construção de uma nova cultura da saúde. (BRASIL/Ministério da Saúde, 2002, p. 533).

A noção de uma escola a serviço da promoção da saúde repete-se em publicações de entidades internacionais, como a da Organização Pan-Americana da Saúde, ligada a

Organização Mundial da Saúde (2016), que em sua página oficial¹² e especifica “a necessidade de se promover hábitos saudáveis na instituição escolar”. Em outros lugares, a escola é descrita, por especialistas, como “um local primordial de promoção da saúde e de prevenção” (OPAS/OMS, 2016), dita privilegiada por receber uma parcela significativa da população. Tal discurso não se isola nisso e se articula também em livros dirigidos aos profissionais da educação, nos quais se repete o suposto papel da escola de desenvolver atividades que a assegurem como um espaço de promoção da saúde, descrevendo-a como um local para a observação das primeiras manifestações de doenças, transtornos e problemas, sejam eles de ordem física e/ou mental de crianças e dos adolescentes (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014).

Falar e ver a escola como um espaço de promoção à saúde, também é disposto no mercado, onde têm sido recorrente a valorização de iniciativas como a de “estimular comportamentos saudáveis em alunos”. O prêmio “Crianças mais Saudáveis”, promovido pela Fundação Nestlé Brasil¹³ segundo seus idealizadores defende-se que “a ideia é mudar o modo de pensar! Mudar a escola!”, criando um “cenário favorável à inovação, que estimule o surgimento de projetos pedagógicos com foco em propor opções mais nutritivas de alimentação e também em incentivar o gosto e o hábito de fazer exercícios físicos”¹⁴. Diante dessas práticas, concebeu-se como a escola tem se formatado como espaço que participa e é acionado como lócus de ações/práticas em nome da saúde.

Em outras condições de difusão do discurso de saúde, a escola inscreve-se com a função não somente de prestar assistência à saúde, mas também como espaço de informação e de cultivo de ações formativas voltadas para a saúde, de modo que se alega, em termos econômicos, que a “falta de saúde está associada com a falta de escolaridade mais avançada de uma população”¹⁵ (ANS, 2009). Tal tipo de discurso reforça, que esse

¹² Notícia destaque, intitulada “Ações para promover hábitos saudáveis nas escolas, segurança no trânsito e saúde da população negra são apresentadas pela OPAS/OMS em Curitiba”. Disponível em: https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=5115:acoes-para-promover-habitos-saudaveis-nas-escolas-seguranca-no-transito-e-saude-da-populacao-negra-sao-apresentadas-pela-opas-oms-em-curitiba&Itemid=839. Acesso em 20 maio 2017.

¹³ Através desse prêmio, a instituição escolar selecionada é gratificada com troféu e certificado, e “cada vencedor recebe benfeitorias no valor de até R\$ 35.000,00 para implementação do projeto na escola, além de formações presenciais e monitorias online.

¹⁴ Descrição disponível em: <https://criancasmaissaudaveis.com.br/sobre-o-programa/>. Acesso em: 17/09/2018.

¹⁵ Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Manual_Tecnico_de_Promocao_da_saude_no_setor_de_SS.pdf. Acesso em: 20 maio 2017.

espaço é indispensável para o acesso às informações que possibilitarão o desenvolvimento de condutas de proatividade em relação à saúde de um indivíduo e consequentemente de um grupo social.

Diante de tudo que foi exposto, pareceu-me inquietante a inscrição da saúde em discursos que circulam e falam da escola, por esse motivo achei pertinente investigar como o(s) sujeito(s) criança(s) nesses processos é (são) acionada(s), atravessada(s), que comandos são dirigidos a ela(s) – no plural e singular, visto o interesse em analisar as práticas envolvidas na produção do sujeito infantil saudável, em termos individuais e coletivos.

Adiante apresento os conceitos foucaultianos utilizados na pesquisa para situar o leitor sobre o que se entende como sujeito e as práticas que o constituem. Discorro ainda sobre relações de poder envolvidas no processo de constituição de uma subjetividade dita saudável na contemporaneidade para então problematizar como a escola participa da produção do(s) sujeito(s) saudável(is) infantil(is).

2.1 SOBRE SER SAUDÁVEL, OCUPAR LUGARES E GOVERNAR-SE

[...] a própria experiência de si não é senão o resultado de um complexo processo histórico de fabricação no qual se entrecruzam os discursos que definem a verdade do sujeito, as práticas que regulam seu comportamento e as formas de subjetividade nas quais se constitui sua própria interioridade. É a própria experiência de si que se constitui historicamente como aquilo que pode e deve ser pensado (LARROSA, 1994, p. 43).

Como se produz o que chamamos sujeito saudável no presente? Nascemos saudáveis ou nos constituímos como saudáveis socialmente? Algumas dessas indagações foram possíveis, em face dos estudos de Michel Foucault, em especial do terceiro domínio de suas obras, denominado por Veiga-Neto (2016) como “ser-consigo”¹⁶, composto de

¹⁶ “Compreende o terceiro eixo de sua ontologia a partir dos últimos anos da década de 1970, em entrevistas e várias conferências. Essa produção culmina com a publicação do segundo e do terceiro volumes da História da Sexualidade. [...] Neste momento para ele não interessa estudar os comportamentos, as condutas e as práticas sexuais em si, nem como foram e são representados pela Sociologia, Teologia, Filosofia, Biologia etc. Aqui, a sexualidade interessa não tanto em si mesma [...] ela interessa por ser um modo, um caminho, muito importante de experimentar a subjetivação, pelo qual nos subjetivamos como seres do desejo” (VEIGA-NETO, 2016, p. 80). O autor lança mão de questões, de fazer uma “história cujo maior objetivo é definir as condições nas quais o ser humano problematiza o que ele é, e o mundo no qual ele vive”. (VEIGA-NETO, 2016, p. 81).

escritos em que Foucault tratou de “criar uma história dos diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos tornaram-se sujeitos de um certo tipo” (FOUCAULT, 1995, p. 231).

Nessa perspectiva tratou-se do sujeito saudável, compreendendo que uma análise do sujeito – seja qual for o adjetivo, pedagógico, epistêmico, econômico, escolar – não parte do pressuposto de que ele já tivesse desde sempre e naturalmente aí. Conforme a analítica do sujeito que se adota, não se parte do próprio sujeito, mas compreende-se que é preciso:

[...] tentar cercá-lo e examinar as camadas que o envolvem e que o constituem. Tais camadas são as muitas práticas discursivas e não discursivas, os variados saberes que, uma vez descritos e problematizados, poderão revelar quem é esse sujeito, como ele chegou a ser o que dizemos que ele é e como se engendrou historicamente tudo isso que dizemos dele. (VEIGA-NETO, 2016, p. 112).

Nessa perspectiva, ser saudável é menos uma escolha, uma decisão e mais uma criação de um lugar. Portanto, entende-se que “o sujeito se constitui, não [...] sobre o fundo de uma identidade psicológica, mas por meio de práticas que sempre envolvem relações de poder¹⁷, de conhecimento ainda por técnicas de si” (REVEL, 2005, p.85). Assim sendo, entende-se que ser saudável não é uma questão de escolha ou de ter a sorte de “nascer saudável”, mas, um lugar criado por práticas instituídas por meio de processos e mecanismos que oferecem essa posição de sujeito na história.

Foucault (1995, p. 231) descreve “três modos de subjetivação” que fazem um indivíduo sujeito do discurso, modos que Veiga-Neto (2016) sintetiza da seguinte forma:

[...] a objetivação de um sujeito no campo dos saberes – que ele [Foucault] trabalhou no registro da *arqueologia* -, a objetivação de um sujeito nas práticas do poder que divide e classifica – que ele trabalhou no registro da *genealogia* – e a subjetivação de um indivíduo que trabalha e pensa sobre si mesmo – que ele trabalhou no registro da *ética*. Em outras palavras, **nos tornamos sujeitos pelos modos de investigação, pelas práticas divisórias e pelos modos de transformação que os outros aplicam e que nós aplicamos sobre nós mesmos.** (p. 111. Grifo meu)

Essas três fases classificadas como arqueologia, genealogia e ética na constituição do sujeito, compreendem os estudos de Foucault num momento em que suas análises se concentraram na problematização da inserção do sujeito nas práticas do saber-poder, na

¹⁷ Compreende-se o poder como relação, pois: “o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. [...]. Rigorosamente, o poder não existe; existem práticas ou relações de poder. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona. (MACHADO, 2015, p. 17-18).

atuação do sujeito, do modo como cada um age sobre si mesmo, sobre as verdades e as formas de poder que o atravessam (KRAEMER, 2016). Ainda que Foucault tenha se detido a tratar da ética e da ontologia nos seus estudos finais, ele não superou ou abandonou a arqueologia e a genealogia ao tratar da ética, visto que foi com o que foi trazido à luz sobre as práticas de saber-poder que se pôde aprofundar o estudo e o debate sobre a constituição de si. O entrecruzamento dessas perspectivas se soma a medida de que:

[...] a dimensão crítica da arqueologia e da genealogia assegura que a discussão sobre a constituição de si nada tem de ingênuo, utópico, idealista ou teleológico. Não promete um futuro, livre e feliz. Nem idealiza um mundo no qual, atingidas determinadas condições (econômicas, políticas, ou de consciência), reinará o verdadeiro homem. Ao contrário, **é na imanência histórica, no universo das relações efetivas, das práticas historicamente constituídas, que a ética e a ontologia são pensadas e estudadas.** (KRAEMER, 2016, p. 69. Grifo meu).

No que tange à perspectiva genealógica, das relações de poder envolvidas na constituição do sujeito saudável, foi pensado que:

[...] o modelo habitual para entender esse processo é este: o poder se impõe sobre nós; enfraquecidos pela sua força, nós interiorizamos ou aceitamos seus termos. O que essa descrição não diz, no entanto, é que “nós” que aceitamos tais termos somos fundamentalmente dependentes deles para “nossa” existência. [...] A sujeição consiste precisamente nessa dependência fundamental de um discurso que nunca escolhemos, mas que, paradoxalmente, inicia e sustenta nossa ação. Sujeição significa tanto o processo de se tornar subordinado pelo poder quanto o processo de se tornar um sujeito (BUTLER, 2017, p.10).

Entende-se, assim, o poder como algo que forma o sujeito, que sustenta sua condição de existência e a trajetória do seu desejo. O poder não é apenas aquilo a que nos opomos, mas também aquilo de que dependemos para existir e que abrigamos e preservamos nos seres que somos¹⁸ (BUTLER, 2017). Como contempla Foucault (2005, p. 35):

[...] o poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer a sua ação; nunca são o alvo inerte e consentido do poder, são sempre centros de transmissão. Em outros termos, o poder não se aplica aos indivíduos; passa por eles.

Reconhecer que somos indivíduos atravessados por relações de poder, que ocupamos não uma, mas diversas posições de sujeito – pai, mãe, mulher, homem, criança,

¹⁸ “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” (FOUCAULT, 1985, p.8).

professora – nos permite considerar que o poder¹⁹ não é uma substância nem um misterioso atributo, mas um operador que funciona dividindo, envolvido numa prática divisória que fraciona cada um de nós, tanto internamente em si mesmo quanto em relação aos demais (FOUCAULT, 1995). E, para Foucault, essas forças, que ele designa como poder²⁰ “atuam no que de mais concreto e material temos – nossos corpos” (VEIGA-NETO, 2016, p. 116).

O poder, portanto, compreende “práticas em que ele se manifesta, atua, funciona e se espalha universal e capilarmente” (VEIGA-NETO, 2016, p. 120), como “ação sobre ações, agindo de modo que aquele que se submete à sua ação o receba, aceite e tome como natural, necessário” e para que isso seja possível:

“[...] o saber entra como elemento condutor do poder, como correia transmissora e naturalizadora do poder, de modo que haja consentimento de todos aqueles que estão nas malhas do poder. No interior das relações de poder, todos participam, todos são ativos” (VEIGA-NETO, 2016, p. 117).

Nessa perspectiva, parte-se do pressuposto que o sujeito não é o mesmo que indivíduo e que o indivíduo pode ocupar a posição de sujeito de um determinado discurso, e este lugar consiste numa posição criada por regras que determinam certas maneiras de como o indivíduo deve se relacionar consigo e com o outro, visto que:

O poder só se exerce sobre "sujeitos livres", enquanto "livres" - entendendo-se por isso sujeitos individuais ou coletivos que têm diante de si um campo de possibilidade onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer (FOUCAULT, 2009, p. 242).

Considerando o referencial teórico adotado, em relação à posição de sujeito saudável, é possível questionar: é o próprio indivíduo que cria e se coloca numa determinada posição de sujeito? A deliberação voluntária de ocupar a posição de sujeito de um determinado discurso é um campo livre para impensadas decisões e transgressões²¹?

¹⁹ Como se adverte: “É necessário considerar os mecanismos positivos, produtores de saber, multiplicadores de discursos, indutores de prazer e geradores de poder. É necessário segui-los nas suas condições de surgimento e de funcionamento e procurar de que maneira se formam, em relação a eles, os fatos de interdição ou ocultação que lhe são vinculados”. (FOUCAULT, 2005, p. 71)

²⁰ Foucault “pulveriza e descentra o poder: não o compreende como algo que emane de um centro – instituições ou Estado – como algo que se possui e que tenha uma natureza ou substância própria, unitária e localizável” (VEIGA-NETO, 2016, p. 118). Ele propõe elaborar uma concepção de poder livre de uma concepção jurídica, negativa – compreende o poder por um tipo de pensamento relacional e não substancialista, uma concepção positiva do poder, como tecnologia do poder, positiva por ser uma propriedade de um fenômeno ou de uma ação de produzir alguma coisa (VEIGA-NETO, 2016, p. 119).

²¹ O termo transgredir é utilizando considerando o processo de testar os limites, colocar-se para além deles. No aspecto normativo a transgressão é vista de modo negativo, uma vez que implica colocar-se contra a norma”. Mas, se entende que “os limites e as normas como parte de um jogo de imposição, então ela pode ganhar uma conotação positiva, de resistência a um poder; a um conjunto de poderes”; “transgredir uma

Não, a liberdade do sujeito não é plena, uma vez que “as condições em que o sujeito é constituído” acontecem por “mecanismos de sujeição de que nunca se está livre”²² (KRAEMER, 2016, p. 71). Pensar desse modo, portanto, é reconhecer que os indivíduos como sujeitos saudáveis estabelecem para si mesmo uma relação regrada, um certo modo de “ser-consigo” (VEIGA-NETO, 2016), com condutas éticas consigo mesmo e na sua relação com os outros (FOUCAULT, 2004). Na perspectiva da ética entende-se que:

[...] o indivíduo faz de si mesmo a matéria principal de sua conduta moral; da mesma maneira, ela implica necessariamente um modo de sujeição, isto é, a maneira pela qual um indivíduo se relaciona com uma regra ou com um sistema de regras e experimenta a obrigação de colocá-las em ação (REVEL, 2005, p. 45).

Nesta perspectiva, Foucault nos ensina que no jogo de sujeições e subjetivações o conhecimento, especialmente o científico, desfruta de um poder diferenciado, aqui particularmente na produção do sujeito saudável, que aplica sobre si próprio uma série de técnicas de si e de poder (controle da alimentação, exercícios físicos, cuidados estéticos) sancionadas na contemporaneidade por especialistas somáticos (ROSE, 2007), que falam e prescrevem condutas em nome da ciência.

Neste estudo, as chamadas tecnologias de si foram tratadas em relação ao sujeito saudável no seu “exercício de si sobre si mesmo através do qual se procura se elaborar, se transformar e atingir um certo modo de ser [como o constituído modo de ser saudável]” (FOUCAULT, 2004, p. 265). Nesse sentido, foram consideradas as *técnicas de si*, juntamente com as *técnicas de poder*²³ (governo/objetivação do sujeito), em conjunto, visto o que Foucault (1982) destacou em seus estudos de que é raro que elas funcionem separadamente, pois cada uma está associada a uma determinada forma de dominação, cada um desses tipos implica certos modos de educação e de transformação dos indivíduos, na medida em que se trata não somente, de adquirir certas aptidões, mas também de

ordem conformadora, repressora, que impõe limites ao desejo [...] Seguindo Foucault, podemos dizer que a própria transgressão tem um efeito educativo na constituição das subjetividades daqueles que transgridem. Transgredir o dispositivo [...], quebrar algumas de suas linhas, torcer alguns de seus princípios significa mobilizar agenciamentos coletivos de desejo numa luta de poderes. Tal luta é também constitutiva de subjetividades desejantes”. (GALLO, 2017, p.40-41).

²² Segundo os estudos de Foucault, os indivíduos tornam-se sujeitos, pois os mecanismos de sujeição produzem-se não livremente, em vista dos processos que se produzem no discurso: “episteme, dispositivo, disciplina, objetivação-subjetivação, produção e efeitos de verdades” (KRAEMER, 2016, p. 71).

²³ Consistem naquelas pelas quais se determinam a conduta dos indivíduos, submetendo a certos fins ou a dominação, objetivação do sujeito. (FOUCAULT, 1982).

adquirir certas atitudes (FOUCAULT, 1982, p. 2). Chama-se de governamentalidade quando se encontram as “técnicas de poder” exercidas sobre os outros e as “técnicas de si”.

Sobre as técnicas de si elas aparecem nas análises como aquilo que permite com que os indivíduos efetuem, sozinhos ou com a ajuda dos outros, um certo número de operações sobre seus corpos e suas almas, seus pensamentos, suas condutas, seus modos de ser. Em outras palavras, aquilo que permite que o sujeito se transforme a fim de atender a um particular estado de felicidade, de pureza, de sabedoria, de perfeição ou imortalidade (FOUCAULT, 2014, p.266), considerando que a:

[...] maneira com a qual o sujeito se constitui de uma maneira ativa, [é] através de práticas de si, essas práticas não são, entretanto, alguma coisa que o próprio indivíduo invente. São esquemas que ele encontra em sua cultura e que lhe são propostos, sugeridos, impostos por sua cultura, sua sociedade e seu grupo social (FOUCAULT, 2004, p. 276).

Também se utilizou a perspectiva de Rose (2001) em relação a sua forma de abordar as técnicas de si, tratando-as como o que chamou “tecnologias do eu” em que elas:

[...] **tomam a forma da elaboração de certas técnicas para a conduta da relação da pessoa consigo mesma**, por exemplo, ao **exigir que a pessoa se relacione consigo mesma** epistemologicamente (**conheça a si mesmo**), despoticamente (**controle a si mesmo**) ou de outras formas (**cuide de si mesmo**). Elas são **corporificadas em práticas técnicas particulares** (confissão, escrever diários, discussões de grupo, o programa [...]). E elas **são sempre praticadas sob a autoridade real ou imaginada de algum sistema de verdade** e de algum **indivíduo considerado autorizado**, seja esse teológico e clerical, psicológico e terapêutico, ou disciplinar e tutelar. (ROSE, 2001, p. 41. Grifo meu.)

Nesse sentido, com o referencial teórico delimitado, entende-se que a produção do sujeito saudável na escola não consiste num processo livre e de própria autoria do indivíduo, mas que se produz em discursos e sistemas de verdade que articulados entre si, operam ativamente na história, na constituição de posições de sujeito a serem ocupadas. Entende-se como posição de sujeito, o sujeito saudável, o lugar (re) inventado a todo tempo por tecnologias de poder, pelas quais se modelam comportamentos, pensamentos e ações que dirigem os indivíduos a determinadas formas de existência, formas de vida.

2.2 SER UM SUJEITO SAUDÁVEL SE APRENDE NAS ENGRENAGENS DE PRÁTICAS/DISPOSITIVOS

O que eu procuro não são as relações que seriam secretas escondidas, mais silenciosas ou mais profundas do que a consciência dos homens. Tento, ao contrário, definir relações que estão na própria superfície dos discursos: tento tornar visível que só é invisível por estar muito na superfície das coisas (FOUCAULT, 2008, p. 146).

Na perspectiva do Foucault arqueólogo tudo é prática e as coisas ditas são dispostas em diferentes dinâmicas de poder e saber de seu tempo (FOUCAULT, 2015). Para Foucault, falar de uma prática significa falar segundo determinadas regras e expor determinadas relações que se dão dentro de um discurso.

Sobre a relação entre o sujeito e as práticas, Lecourt (*apud* VEIGA-NETO, 2016, p. 45) adverte que o conceito de prática de Foucault assume um caráter particular para uso, considerando que:

[...] pela palavra prática [Foucault] não pretende significar a atividade de um sujeito [mas] designa a existência objetiva e material de certas regras a que o sujeito está submetido desde o momento em que pratica o “discurso”. Os efeitos dessa submissão do sujeito são analisados sob o título posições de sujeito.

Assim, o sujeito é um lugar/ uma posição criada no discurso, por práticas (discursivas e não discursivas), por determinados saberes na história. Nesse sentido, indivíduos podem vir a ocupar diferentes lugares de sujeito, não de forma deliberada ou por uma consciência interior, mas por uma estruturação que o próprio discurso cria por “possui[r] condições de funcionamento pelas quais se impõe aos indivíduos que os pronunciam ou agem em nome dele, seguir certo número de regras” (FOUCAULT, 2013).

Nessa perspectiva, o sujeito saudável foi pensado em termos de saber-poder, como aquele que “não está na origem dos saberes, ele não é produtor de saberes, mas ao contrário, ele é um produto dos saberes [...] o sujeito não é um produtor, mas produzido” (VEIGA-NETO, 2016, p. 44). A psiquiatria, a medicina, a mídia, a pedagogia produzem práticas que criam “sujeitos” que até o século XVII não existiam, como o sujeito louco, o sujeito medicalizado, o sujeito consumidor, o sujeito escolar. Tais sujeitos não são sempre os mesmos e mudam na história, considerando-se que nas “práticas sociais podem chegar a [se] engendrar domínios de saber que não somente fazem aparecer novos objetivos, novos conceitos, novas técnicas, como fazer nascer formas totalmente novas de sujeitos”(FOUCAULT, 2002, p. 8).

As regras impostas pelo discurso ao indivíduo se instituem na forma de certos modos de existência, atitudes, comportamentos, modos de ser e tipos de aprendizagem particulares, específicos a certo tipo de sujeito, como também por práticas não discursivas que “[...] tomam corpo no conjunto das técnicas, das instituições, dos esquemas de comportamento, dos tipos de transmissão e de difusão, nas formas pedagógicas que, por

sua vez, as impõem e mantêm” (FOUCAULT, 2000, p. 241). Dentre as práticas não discursivas podemos incluir, quando a questão envolve a saúde da criança na escola, a disposição arquitetônica dos espaços escolares, como a presença de quadras poliesportivas, parques, sala de dança que são criados em nome da saúde física; a existência de uma sala para o Atendimento Educacional Especializado (AEE), para a saúde (neuro)psíquica, bem como de refeitório e cozinha (para preparo e distribuição da merenda), além das hortas criadas em nome da saúde alimentar-nutricional e o escovódromo, espaço destinado à saúde bucal.

Assim sendo, as práticas (discursivas e não discursivas) são “modos de constituição de subjetividade”, “estratégias de produção de diferentes sujeitos”, considerando que através das práticas “se estabelecem, se regulam e se modificam as relações do sujeito consigo mesmo e nas quais se constitui a experiência de si”, do eu como afirma Larrosa (1994, p. 44). Isso porque, ocupar a posição de sujeito de determinada prática, como o sujeito saudável na escola, demanda que o indivíduo, como sujeito de tal lugar, aprenda a agir adequadamente uma vez que toda cultura transmite:

um certo repertório de modos de experiência de si, e todo novo membro de uma cultura deve aprender a ser pessoa em alguma das modalidades incluídas nesse repertório. Uma cultura inclui os dispositivos para formação de seus membros como sujeitos ou, no sentido que vimos dando até aqui à palavra "sujeito", como seres **dotados de certas modalidades de experiência de si**. (LARROSA, 1994, p. 44-45).

Assim se concebe as práticas como formas de subjetivação, considerando que atravessados por elas os indivíduos são convocados a agir de determinado modo, ver-se através de determinadas lentes, amarrando o indivíduo a certas verdades (KRAEMER, 2016), como a de que ser saudável na perspectiva da higiene, da alimentação, da capacidade motora e da aprendizagem é o caminho certo a seguir. Afinal, parte-se do pressuposto que ser um sujeito saudável não é simplesmente uma escolha, mas uma imposição discursiva que atravessa certos sujeitos, indivíduos que são convidados a participar de variadas práticas sociais que essa posição de sujeito demanda. Certas maneiras de ser, de se cuidar, de se pensar, de se narrar, considerando que cada lugar de sujeito produz-se por “dispositivos discursivos que sustentam tais práticas ou as engendram” (REVEL, 2005, p. 38) e por meio de tais dispositivos possibilita-se analisar a constituição de determinado tipo de sujeito.

Utiliza-se, então, o conceito de dispositivo na produção do sujeito saudável escolar, considerando que ele se produz a partir de elementos heterogêneos (práticas discursivas e não discursivas) que emergem como um tipo de formação, em determinado momento histórico, que tem como função principal responder a uma urgência. O conceito de dispositivo é útil, pois a partir dele é possível analisar “a rede que se pode estabelecer” na criação de determinado sujeito, que é envolvido por um “conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma: o dito e o não-dito” (FOUCAULT, 2015, p. 364).

Tratar do sujeito saudável e sua constituição nas engrenagens das práticas discursivas e não discursivas – do dispositivo – é oportuno, considerando o propósito de se problematizar que dispositivos se fazem presentes na escola, em nome da saúde da criança, considerando que dispositivos funcionam como [...] qualquer lugar no qual se aprendem ou se modificam as relações que o sujeito estabelece consigo mesmo [...] sempre que esteja orientada a constituição ou a transformação da maneira pela qual as pessoas se descrevem, se narram, se julgam ou se controlam a si mesmas (LARROSA, 1994, p. 58). Partindo da perspectiva de Larrosa (1994) a análise dos dispositivos contempla quatro dimensões: a) ótica: se determina e se constitui o que é visível dentro do sujeito para si mesmo; b) discursiva: estabelece-se e se institui aquilo que o sujeito pode e deve dizer acerca de si mesmo; c) jurídica: moral, formas nas quais o sujeito deve julgar a si mesmo segundo uma trama de normas e valores; d) dimensão prática: que estabelece o que o sujeito pode e deve fazer consigo mesmo.

Em síntese, algumas perguntas foram traçadas partindo do que se entende como práticas discursivas e não discursivas, que levam à composição de dispositivos: qual a proveniência do discurso sobre o sujeito saudável na escola hoje? Como esse sujeito surge no meio social e no interior da escola, para responder a que urgência histórica? Que tipo de indivíduo saudável, em particular infantil na escola, se deseja na atualidade? Que processos e técnicas de subjetivação são postos em ação para a constituição do sujeito saudável escolar? O que se prescreve a esse indivíduo ou a uma parcela população, nesse caso, às crianças o que devem ser?

2.3 SOBRE SAÚDE, DISCIPLINA E REGULAÇÃO

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se efetua mais apenas pela consciência ou pela ideologia, mas também dentro e com o corpo. Importa o biológico, o somático, o corporal. O corpo era uma realidade biopolítica. (FOUCAULT, 1994, p. 210).

Para tratar da produção do sujeito saudável na escola, acionamos ainda as ferramentas de Foucault que descrevem as relações de poder envolvidas nesse processo. Assim se dá ênfase aos processos pelos quais os indivíduos se tornam sujeitos como resultado de um intrincado processo de objetivação que se dá no interior de redes de poderes que os capturam, dividem, classificam e hierarquizam. Nessa perspectiva, concebe-se o poder enquanto um “operador capaz de explicar como nos subjetivamos imersos nas suas redes”. (VEIGA-NETO, 2016, p. 62).

Sobre as *técnicas de poder* acionadas na modernidade dá-se importância para elas como ferramentas analíticas, considerando a existência de:

[...] [...] diferentes mecanismos de poder [que] funcionam em nossa sociedade, entre nós, no interior e fora de nós. [...] [assim sendo, questiona-se] de que maneira nossos corpos, nossas condutas do dia a dia, nossos comportamentos sexuais, nosso desejo, nossos discursos científicos e teóricos se ligam a muitos sistemas de poder que são, eles próprios, ligados entre si (FOUCAULT, 2012, p. 252).

Para tratar das técnicas de poder na constituição do sujeito saudável na escola, utilizamos os pressupostos do *poder disciplinar* e *biopoder* que estão envolvidos nos processos do “governo do outro”.

No que se refere às técnicas disciplinares, entende-se como aquelas que estão centradas no corpo dos indivíduos – disciplina – e que tomam o corpo de cada um na sua existência espacial e temporal, em vista de que essas técnicas instituem uma detalhada estruturação do espaço, do tempo e das relações entre os indivíduos, compõe-se de “procedimentos de observação hierárquica e julgamento normalizador; de tentativas para incorporar esses julgamentos aos procedimentos e julgamentos que os indivíduos utilizam a fim de conduzir sua própria conduta” (ROSE, 2001, p.38).

É por meio de tecnologias disciplinares que se fabricam corpos dóceis. A docilidade dos corpos não está relacionada à fabricação de corpos obedientes mas, corpos

maleáveis e moldáveis. A disciplina atua, portanto, ao nível do corpo e dos saberes que resultam em formas particulares tanto de estar no mundo – no eixo corporal – quanto de cada um conhecer o mundo e nele se situar – no eixo saberes. Veiga-Neto (2016) complementa a esse respeito que a disciplina promove consequências para o sujeito, uma no eixo corporal e outra no eixo dos saberes:

1^a) pensando [...] disciplinarmente, cada um vê a disciplinaridade do e sobre o próprio corpo não apenas como algo necessário, mas como uma necessidade natural; 2^a) a disciplina funciona como uma matriz de fundo que permite a inteligibilidade, a comunicação em sociedade, mesmo que não sejamos todos igualmente disciplinados, todos compreendemos o que é ser disciplinado e como se deve ser disciplinado quando sujeito de determinado discurso (VEIGA-NETO, 2016, p. 71).

Nesse sentido, as tecnologias disciplinares instituem-se na produção do sujeito saudável, considerando o processo de que os sujeitos são primeiramente objetificados numa rede disciplinar, composta por microscópicas divisões espaciais e temporais; quase ao mesmo tempo vão se enxergando como sujeitos nessa rede – uma rede que parece invisível para nós, motivo pelo qual pensamos que o disciplinamento é natural. Nesse ponto, é por intermédio do corpo que se fabrica a alma, visto que a alma é considerada como produto do investimento político do corpo e um instrumento do seu domínio (VEIGA-NETO, 2016, p. 70), o que se desdobra nas técnicas de disciplinamento corporal, autovigilância, técnicas intelectuais pelas quais o sujeito se auto-pericia, auto-vigia e se auto-controla em nome de determinado discurso.

Completa o conjunto das técnicas de poder, o biopoder entendido por Foucault como uma nova arte de governo exercida ao nível do detalhe individual e, ao mesmo tempo, sobre todo o corpo social. Nas palavras do autor,

uma das grandes novidades nas técnicas de poder, no século XVIII, foi o surgimento da “população”, como problema econômico e político [...]. Os governos percebem que não têm que lidar simplesmente com sujeitos, nem mesmo com um “povo”, porém com uma “população”, com seus fenômenos específicos e suas variáveis próprias: natalidade, morbidade, esperança de vida, fecundidade, estado de saúde, incidência das doenças, forma de alimentação e de habitat. Todas essas variáveis situam-se no ponto de intersecção entre os movimentos próprios à vida e os efeitos particulares das instituições (FOUCAULT, 2005, p. 27).

Assim sendo, as análises pelo biopoder não substituem as técnicas disciplinares²⁴, elas interpenetram-se, pois se considera a amplitude de mecanismos globais que se instituem nas relações de poder na produção do sujeito contemporâneo. Assim, o biopoder é aplicado

à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ele 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, 1997, p. 216).

Compreende-se que o biopoder não substitui o poder disciplinar, uma vez que o biopoder precisa das técnicas disciplinares, todavia ele se institui em outra escala, tem outra superfície de suporte e é auxiliado por instrumentos totalmente diferentes. O biopoder, aplica-se 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 (VEIGA-NETO, 2016). Parte-se da premissa então de que “o biológico reflete-se no político; o fato de viver [...] cai, em parte, no campo de controle do saber e de intervenção do poder”. (FOUCAULT, 2005, p.133).

Se o poder disciplinar faz uma anátomo-política do corpo, o biopoder faz uma biopolítica da espécie humana, uma vez que novos objetos de saber que se criam a serviço do novo poder destinam-se ao controle da própria espécie (VEIGA-NETO, 2016), através da gestão de corpos e de almas. Nesse sentido, considera-se a produção de sujeitos saudáveis na perspectiva do biopoder à medida que em termos de população, é um tipo de poder que se “exerce, positivamente, sobre a vida, que empreende sua gestão, sua majoração, sua multiplicação, o exercício, sobre ela, de controles precisos e regulações de conjunto” (FOUCAULT, 2005, p.128). Os mecanismos do biopoder “se dirigem ao corpo, à vida, ao que a faz proliferar, ao que reforça a espécie, seu vigor, sua capacidade de dominar, ou sua aptidão para ser utilizada” (FOUCAULT, 2005, p. 137).

²⁴ Conforme Foucault: “Nunca **a disciplina foi tão importante, tão valorizada quanto a partir do momento em que se procurou gerir a população**. E gerir a população não queria dizer simplesmente gerir a massa coletiva dos fenômenos ou geri-los somente no nível de seus resultados globais. **Gerir a população significa, geri-la em profundidade, minuciosamente, no detalhe**. A ideia de um novo governo da população torna ainda mais agudo o problema do fundamento da soberania e ainda mais aguda a necessidade de desenvolver a disciplina. **Devemos compreender as coisas não em termos de substituição** de uma sociedade de soberania por uma sociedade disciplinar e desta por uma sociedade de governo. **Trata-se de um triângulo: soberania-disciplina-gestão governamental, que tem a população como seu alvo principal e os dispositivos de segurança como seus mecanismos essenciais**” (FOUCAULT, 1995, p. 291, grifo meu).

Isso se institui na medida em que a população, como “novo corpo”, o corpo-espécie, corpo múltiplo com inúmeras cabeças, como um sujeito coletivo insere-se nos cálculos do poder e da constituição de um corpo político e econômico. No tocante a relação entre a produção de conhecimento e o governo da população, isso acontece por meio de variadas formas do sujeito ser gerido externamente – por estratégias de “governo do outro”, do governo da população. A produção de múltiplos saberes – como a demografia, estatística, epidemiologia, medicina, psicologia – exerce o duplo objetivo: o de controlar as populações e o de prever “riscos”. E, como se vê, isso é possível diante de investimentos políticos sobre o corpo múltiplo (população), que não partem para o nível do detalhe do corpo individual, mas para o nível da vida coletiva mediante regulamentação (VEIGA-NETO, 2016).

Considerando Foucault, a regulamentação através do biopoder se dá sobre os fenômenos do corpo-espécie por tecnologias que abordam a população como objeto e alvo de

mecanismos reguladores que, nessa população global com seu campo aleatório, vão poder fixar um equilíbrio, manter uma média, estabelecer uma espécie de homeostase, assegurar compensações; em suma, de instalar mecanismos de previdência em torno desse aleatório que é inerente a uma população de seres vivos, de otimizar, se vocês preferirem, um estado de vida: [...]. Não se trata absolutamente de ficar ligado a um corpo individual, como faz a disciplina. Não se trata, por conseguinte, em absoluto, de considerar o indivíduo no nível do detalhe, mas, pelo contrário, mediante mecanismos globais, de agir de tal maneira que se obtenham estados globais de equilíbrio, de regularidade; em resumo, de levar em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e de assegurar sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação (FOUCAULT, 2005, p. 294-295).

Tratar uma análise na perspectiva do biopoder é considerar que a produção de práticas de governo em operação sobre determinado sujeito coletivo, também compreende relações de poder que estão agindo ao mesmo tempo sobre um sujeito individual. Partindo da noção de sexo, Foucault explica que a inserção e regulação do corpo nas relações de produção capitalista, se dá por eixos pelos quais se desenvolveu toda a tecnologia da vida: micropoderes, macropoderes, disciplina e biopolítica. A composição do biopoder se dá nas seguintes condições:

[...] De um lado, faz parte das **disciplinas do corpo**: adestramento, intensificação e distribuição das forças, ajustamento e economia das energias. Do outro, o sexo pertence à **regulação das populações**, por todos os efeitos globais que induz. Insere-se, simultaneamente, nos dois registros; **dá lugar a vigilâncias infinitesimais, a controles constantes**, a ordenações espaciais de extrema meticulosidade, a exames médicos ou psicológicos infinitos, a todos um

micropoder sobre o corpo; mas, também, **dá margem a medidas maciças, a estimativas estatísticas, a intervenções que visam todo o corpo social ou grupos tomados globalmente.** O sexo é acesso, ao mesmo tempo, à vida do corpo e à vida da espécie. **Servimo-nos dele como matriz das disciplinas e como princípio das regulações** (FOUCAULT, 2005, p.136-137, grifos nossos).

Nesses termos, considera-se que “a sexualidade, [...] encontra-se do lado da norma, do saber, da vida, do sentido, das disciplinas e das regulamentações” (FOUCAULT, 2005, p. 138), isso é relevante considerar, visto que é a sexualidade a dobradiça que articula o corpo com a população, e é a norma que articula os mecanismos disciplinares (que atuam sobre o corpo) com os mecanismos regulamentares (que atuam sobre a população) (VEIGA-NETO, 2016), afinal:

Uma outra consequência deste desenvolvimento do biopoder é a importância crescente assumida pela atuação da norma, às expensas do sistema jurídico da lei. [...] **um poder que tem a tarefa de se encarregar da vida terá necessidade de mecanismos contínuos, reguladores e corretivos.** [...] se trata de [...] **distribuir os vivos em um domínio de valor e utilidade.** Um poder dessa natureza tem de qualificar, medir, avaliar, hierarquizar [...] não tem que traçar a linha que separa os [...], opera distribuições em torno da norma. (FOUCAULT, 2005, p. 134).

Nesse sentido, ao se referir à norma considera-se como ela ao mesmo tempo em que individualiza se remete também a um conjunto de indivíduos. O processo de individualizar e, ao mesmo tempo, remeter ao conjunto, dá-se por comparações horizontais – entre elementos individuais – e verticais – entre cada elemento e o conjunto. Ao se fazer isso, “chama-se de anormal àqueles cuja diferença em relação à maioria passa a ser considerado desvio” (VEIGA-NETO, 2016, p.75). Esse tipo de pensamento contribui para se problematizar os processos que instituem hierarquias, diferenciações em relação à produção de subjetividades que fogem ao que se considera o sujeito saudável, por processos que identificam a partir desse lugar de sujeito aqueles estranhos à “norma” de ser saudável, tanto partindo de uma população para sua comparação em relação a um indivíduo, como vice-versa.

2.4 O CORPUS DA PESQUISA

*“a educação embora seja de direito, o instrumento graças ao qual todo indivíduo, em uma sociedade como a nossa, pode ter acesso a qualquer tipo de discurso, é bem sabido que segue, em sua distribuição, no que permite e no que impede, as linhas que estão marcadas pela distância, pelas oposições e lutas sociais. Todo sistema de educação é **uma maneira política de manter ou modificar a apropriação dos discursos, com os saberes e os poderes que eles trazem consigo**”.* (FOUCAULT, 2013, p. 41. Grifo meu).

Como se produz um sujeito saudável hoje? Como se define? Quais são os conceitos em jogo? E como a escola participa? Essas questões direcionaram a presente pesquisa, no sentido de se problematizar as práticas/dispositivos que participam da produção do sujeito saudável, descrevendo àquelas nas quais a escola tem importante papel por reforçar e acrescentar enunciados discursivos.

Delimitou-se o *corpus* da pesquisa, partindo de práticas que circula(ra)m na escola e que atuam na constituição do sujeito saudável escolar, recorrendo às práticas discursivas e não discursivas que se instituem, individualizam e narram esse sujeito, em termos de sua constituição enquanto indivíduo e população. A análise dos enunciados foi realizada em vasto material que incluiu livros didáticos, paradidáticos, manuais, questionários, cartilhas publicações voltadas à formação de professores, jogos virtuais, animações, pesquisas censitárias, histórias em quadrinhos, informativos de programas institucionais, além de práticas que atuam em nível de população por meio de campanhas, programas estatais, leis, instituições, acordos internacionais que de algum modo, atravessam ou se fazem presentes no universo escolar para tratar da saúde infantil na escola.

Destaca-se que tais práticas não foram reunidas em uma lista pré-estabelecida, nem organizadas tentando obedecer alguma ordem cronológica ou gênero textual. Elas foram reunidas considerando a sua existência como objetos produzidos pelo discurso e que produzem discursos sobre o sujeito saudável na escola, em especial o sujeito infantil na contemporaneidade, considerando que “as práticas discursivas tomam corpo no conjunto das técnicas, das instituições, dos esquemas de comportamento, dos tipos de transmissão e de difusão, nas formas pedagógicas que, por sua vez, as impõem e mantêm” (FOUCAULT, 2013, p. 241), as quais se processam no e por meio do discurso que é ao mesmo tempo controlado, selecionado, organizado e redistribuído por certo número de procedimentos

(FOUCAULT, 2006), sendo a sua repetição, interdição ou excessiva massificação práticas que obedecem a regras.

Dessa forma, situando-se no nível do discurso e da problematização de práticas/dispositivos, não houve a preocupação de buscar artefatos que circula(ra)m numa escola em atividade localizada em determinada região do país, nem se recorreu a pessoas que atuam em programas de saúde-educação de alguma instituição escolar para entrevista, pois partimos do pressuposto de que “as regras de formação de conceitos, não residem na mentalidade nem na consciência dos indivíduos, pelo contrário, elas estão no próprio discurso e se impõem a todos aqueles que falam ou tentam falar dentro de um determinado campo discursivo” (FOUCAULT, 1986, p. 70).

3 UMA SAÚDE, VÁRIOS SUJEITOS

Na escola moderna [...] articulou nos modos de vida dos sujeitos um conjunto de regras que regulamentam os corpos que eles habitam e os saberes que os visibilizam e dão forma aos seus pensamentos, sentimentos, desejos e conjuntas. As formas que os corpos e os saberes tomaram nessa maquinaria definiram boa parte da forma como nos constituímos em sujeitos e sociedades modernas e, talvez por isso mesmo, a escola é hoje um objeto privilegiado de análises, crítica e questionamento (MARÍN-DÍAZ; PARRA; 2015, p. 416).

No decorrer das primeiras investidas sobre o *corpus* escolhido para análise foi possível mapear que os discursos falam de pelo menos três populações de sujeitos saudáveis na escola. Esses sujeitos emergem conforme práticas que incidem sobre determinados grupos, que se diversificam em função:

- a) *da fase de desenvolvimento humano em que se encontram*: infância ou adolescência;
- b) *gênero*: divisão enfatizada na adolescência, classificando as práticas da saúde considerando o sexo biológico do indivíduo, podendo ser adolescente/mulher e adolescente/homem;
- c) *foco de atenção em relação à saúde humana*: que varia conforme idade e gênero do indivíduo, sendo notório que há um foco de saúde particular para cada tipo de sujeito dito saudável, se criança e adolescente, por exemplo.

Essas populações podem ser observadas em um artefato publicitário na forma de Cartilha que faz alusão ao Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2012).

A cartilha “Saúde na Escola” localiza e particulariza quais são os problemas de saúde relativos à criança e ao adolescente. Vale destacar que não se trata de uma simples descrição, mas de instituir e delimitar aquilo que supostamente pertence ou não aos diferentes universos de interesse dos indivíduos. Considerando-se que o poder aplica-se à vida cotidiana imediata e “[...] categoriza o indivíduo, marca-o com sua própria individualidade, liga-o à sua própria identidade, impõe-lhe uma lei de verdade, que devemos reconhecer e que os outros têm que reconhecer nele” (FOUCAULT, 1994, p.235), nesse sentido é possível pensar que a produção da criança e do adolescente saudável não se explica tão somente pelas transformações no corpo, na mente e nos anseios

sociais descritos para eles, mas regra-se pelo discurso, envolvido por variadas relações de poder.

Figura 1: Cartilha “Saúde na Escola” de Ziraldo



Fonte: MEC/MS (BRASIL, 2012, p. 1, 20 e 22).

Assim sendo, nas imagens podemos observar como a criança, o “pequenino” trata-se de um sujeito que precisa de cuidados, acompanhamento, principalmente num momento muito temido, o dia da vacina. A criança aparece na posição de um sujeito que demanda de corresponsáveis em cuidar da sua saúde, sendo esta função, por que não “dever”, atribuído a sua família. Enquanto isso, o sujeito adolescente é apresentado num momento de atendimento individualizado, onde são dirigidas orientações diretas – por meio de conversação – por parte de um profissional da saúde, numa posição de sujeito em que a tomada de decisão, a responsabilidade de sua saúde recai sobre si mesmo. O exposto se contrasta também quando se refere ao tipo de saúde que se divide de forma distinta a cada público, diferenciando-se o tipo de saúde entre crianças e adolescentes, sendo a saúde sexual/reprodutiva um elemento tratado com os adolescentes, instituindo determinadas formas de agir, em favor da “prevenção” contra doenças sexualmente transmissíveis como a AIDS, enquanto que as crianças a saúde se refere a sua saúde imunológica.

Dessa forma, não podemos tomar como natural que a sexualidade seja uma temática de saúde voltada especificamente para a adolescência enquanto é silenciada e interdita para o público infantil. Essas (in)visibilidades são dadas a partir de regras de distribuição do discurso. Do mesmo modo, entende-se que o forte apelo à vacinação, hábitos alimentares e atividades físicas nada têm de intrínsecos ao rol de preocupações com a saúde da criança. Afinal, compreende-se que o sujeito saudável produz-se a partir de

práticas divisoras e por processos de objetivação de um sujeito dividindo-o no seu interior em relação aos outros (FOUCAULT, 1995). Nessa perspectiva, as práticas instituem e identificam um sujeito saudável não apenas para si, mas também para o outro, elas individualizam e diferenciam a criança do adolescente saudável e isso se reitera e reforça na escola, todo tempo, por diferentes estratégias.

Partindo do entendimento de que por meio do discurso articulam-se as práticas divisoras dos sujeitos, temos que um mesmo discurso – da saúde na escola – produz diferentemente cada sujeito, de forma particular, instituindo comportamentos, formas de existência, tipos de responsabilidades específicas, como é o caso do sujeito saudável criança, em contraste ao sujeito adolescente saudável.

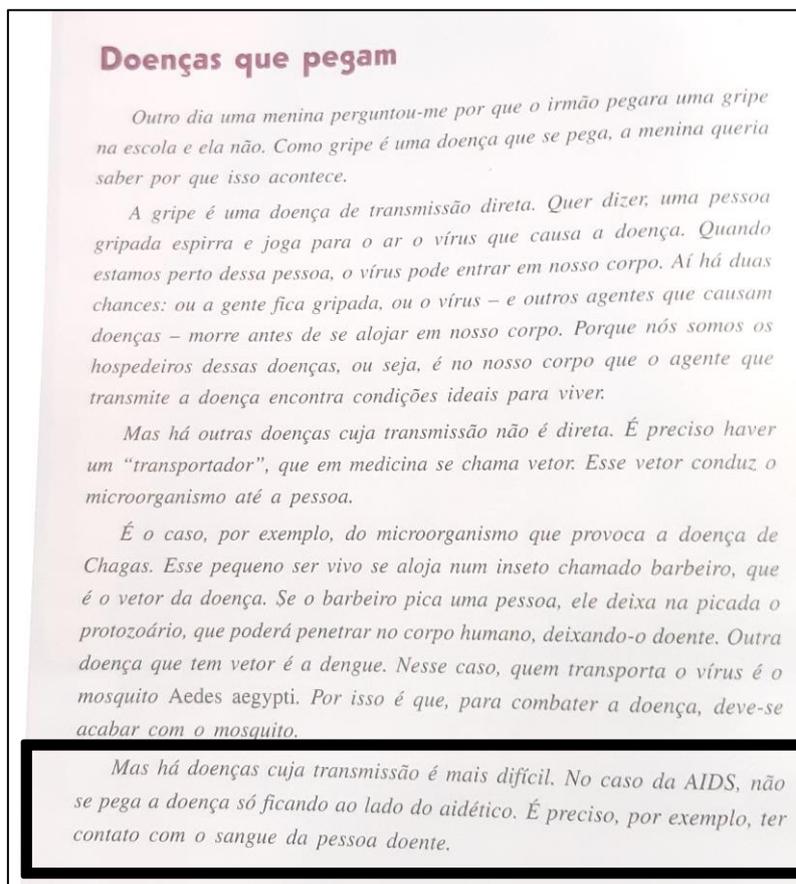
As diferenças entre a criança e o adolescente saudável destacaram-se nas análises iniciais, no que se refere às que são instituídas aos sujeitos que são ditos e vistos de modo particular. Assim sendo, as condições de funcionamento impõem aos indivíduos um certo número de regras, que irão selecionar o acesso a eles. (FOUCAULT, 2013, p.35). Isso se reforça quando se especifica na cartilha, por exemplo, o papel da criança como alvo de cuidados de um adulto, quando se trata da vacinação e quando o adolescente o que é acionado para ter responsabilidade para consigo mesmo, em relação ao “início” de sua vida sexual.

Ainda, partindo do pressuposto de que um mesmo discurso atua de formas diferentes para cada tipo de sujeito, no discurso da saúde escolar o adolescente é produzido como ser de sexualidade, e o infantil não. Nos materiais sobre saúde endereçados ao público infantil não são abordadas temáticas relativas à reprodução, ao sexo, à sexualidade, como se difunde e se socializa com o público adolescente.

No livro didático de Ciências, endereçado às crianças da 4ª série do Ensino Fundamental, publicado em 2001, a “AIDS se pega por tendo contato com o sangue de um aidético” e não sentando perto de uma pessoa com a doença. É notória a forma de apresentação da AIDS restrita a criança, não contemplando as demais formas de transmissão da doença, como o principal modo de sua transmissão que é por meio das relações sexuais sem o uso da camisinha e o uso de injetáveis compartilhado, no caso do uso de drogas (figura 2). Nessa perspectiva, nota-se como que para a criança que se encontra na 4ª série, atualmente equivalente ao 5º ano do Ensino Fundamental, na faixa

etária entre 9 e 10 anos de idade, há formas de distribuição do discurso da sexualidade distintas em relação o que é autorizado ao adolescente.

Figura 2: Livro Caminhos da Ciência: uma abordagem socioconstrutivista – 4ª série do Ensino Fundamental



Fonte: (SAMPAIO; CARVALHO, 2001, p. 268).

Enquanto se institui o silenciamento da sexualidade a criança, para o sujeito dito adolescente essa lógica se inverte e a sexualidade ocupa centralidade nas discussões sobre saúde na escola. O foco da atenção passa a ser a prevenção das atitudes consideradas de risco, e a sexualidade passa a ser vista, e dita, pelo ângulo de problema de saúde pública, circulando nesse sentido o discurso que institui que adolescentes são “pessoas sexuadas, livres e autônomas, que têm direito a receber uma educação sexual e reprodutiva que as auxilie a lidar com a sexualidade de forma positiva e responsável e os incentive a adotar comportamentos de prevenção e de cuidado pessoal” (Ciência Hoje, 2007, p.20).

Falar de sexo com criança, não pode acontecer a qualquer momento. É necessário levar em consideração “o grau de maturidade” em cada fase da infância, a capacidade de abstração para o entendimento dos “novos” conceitos (Figura 3).

Figura 3: destaque da notícia divulgada no Jornal Online Diário da Região. São José do Rio Preto. 23/08/2017. Professor é afastado por falar de sexo para crianças de 6 anos.

EXPLICAÇÕES RECOMENDADAS PARA CADA FAIXA ETÁRIA		
<p>Até 6 anos</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ensinar as diferenças anatômicas entre os órgãos sexuais do homem e da mulher com uso de material didático como bonecos 	<p>7 a 11 anos</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Explicar como acontece a concepção dos bebês ■ Não estabelecer brincadeiras separadas para meninos e meninas para não estimular o preconceito sexual 	<p>12 anos</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Início da puberdade, começar a falar sobre métodos anticoncepcionais, gravidez na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis

Fonte: Disponível em:

http://www.diariodaregiao.com.br/index.php?id=/cidades/materia.php&cd_matia=1067498

A obediência a tais regras é uma questão de “bom senso”. Não se pode pular etapas e antecipar as informações. Quem escapa dessa regra pode sofrer sanções. O professor de uma escola da rede pública municipal de ensino foi afastado de suas atividades, para responder um processo de sindicância aberto pela Prefeitura²⁵. Sete mães procuraram a direção da escola, para denunciar o caso. Segundo as mães, o professor explicou para crianças de uma turma do 1º ano do Ensino Fundamental, como acontece o sexo entre homem e mulher e que é possível também o ato sexual entre pessoas do mesmo gênero. Segundo a matéria divulgada no Jornal Online Diário, uma das mães reclamou: “ele falou para meu menino, de apenas seis anos, como o homem e a mulher fazem sexo para ter um filho. Absurdo. E ainda explicou o que são os homossexuais. Não tenho preconceito, mas acho que a direção da escola deveria ter avisado os pais dos alunos”.

Diante de uma possível atitude de “fuga” do professor, do admitido/inadmitido em tratar de um tema como sexualidade com crianças, a fuga registra-se mediante regras as quais os discursos distribuem-se e dos modos com que os sujeitos se apropriam/se posicionam no discurso. Existe uma espécie de controle discursivo e que aponta quem dele desvia isso por conta de procedimentos de restrição que definem gestos, comportamentos, circunstâncias, e todo o conjunto de signos que deve acompanhar o discurso. Isso a medida de que as condições de funcionamento do discurso impõem aos “indivíduos que os pronunciam certo número de regras e assim de não permitir que todo mundo tenha acesso a eles”. (FOUCAULT, 2013, p.35). A regularização da conduta do professor ocorre,

²⁵ Prefeitura de Monte Aprazível, em São Paulo.

portanto, a medida de que se aconselha, orienta-se por meio de recomendações (Figura 3) e pela autoridade da voz do especialista que reitera o que é adequado/inadequado tratar quando o assunto envolve “sexo” com a criança, visto o argumento de que “nessa idade as crianças ainda não têm capacidade de compreender tudo” e ainda mais, recomenda-se que “esse diálogo precisa acontecer também dentro de casa, entre pais e filhos, respeitando as diferenças religiosas, mas sem estimular preconceitos de gênero”.

Após essas premissas, no tocante as diferenças no funcionamento do discurso em mais de uma posição de sujeito saudável na escola, com práticas divisórias entre crianças e adolescentes, com práticas endereçadas e distintas na instituição do que se diz/do que faz um indivíduo saudável/ uma população saudável na escola, nas próximas subseções se problematiza, mais detidamente, um grupo de sujeitos que derivam dentro de um mesmo grupo populacional, nesse caso as crianças tidas como saudáveis. O recorte de um grupo, neste caso o infantil, traduz-se com Foucault que especifica a possibilidade de se interrogar “relações que estão na própria superfície dos discursos”, com o propósito de “tornar visível que só é invisível por estar muito na superfície das coisas” (FOUCAULT, 2008, p. 146). Então, que relações, que tecnologias, que sujeitos infantis estão sendo produzidos/reprocessados na escola, em nome da saúde e que estão (in)visíveis a nossos olhos?

3.1 (BIO)POLÍTICA DA SAÚDE DO INFANTIL ESCOLAR: HIGIENIZAR, COMER, BRINCAR, APRENDER

A criança saudável é uma das posições de sujeito produzidas pelo discurso escolar contemporâneo sobre saúde. No campo teórico aqui trabalhado, a criança não é tomada como um indivíduo que escolhe por livre e espontânea vontade ser saudável, mas sim um sujeito produzido na cultura a partir de práticas discursivas e não discursivas que instituem modos de ser e ver. Assim sendo, nas próximas linhas, analisa-se como se produz a criança saudável nas perspectivas da saúde para a higiene pessoal, saúde alimentar/nutricional, motora e neuropsíquica, considerando determinadas práticas desenvolvidas na escola brasileira.

3.1.1 Higiene: autogestão da saúde na infância

A respeito do que seja uma criança higienicamente saudável na história, as práticas contemporâneas de higiene na escola brasileira, cujo endereçamento é o sujeito infantil, diferenciam-se daquelas desenvolvidas no início do século XX. Neste período, a higiene²⁶ era tratada como questão de saúde pública, o que justificou que em 1911 fosse criado um órgão de inspeção médica escolar, ligado ao Serviço Sanitário que em 1916 passou para a pasta de instrução pública²⁷.

A higiene instaura-se por um aparato de vigilância e de fiscalização e ganha força com a medicina científica que por meio de relatórios e o policiamento na população validavam que havia uma “falta”: a falta de educação sanitária, demandando então práticas generalizadas de prevenção de doenças, inclusive na escola. Nela a higiene escolar instituía-se como necessária, sendo operada pela realização de exames médicos preventivos da totalidade dos alunos (doentes ou sadios). Tal prática impunha-se com a justificativa de que seria necessário identificar e tratar os males ainda em fase suscetível de cura (STEPHANOU, 2006), seja pela instrução ou pela introdução de testes cognitivos e de controle do desenvolvimento antropométrico. Jalecos, médicos, balanças, régua, registros individualizados das alunas de uma Escola, no início do século XX, marcam um período de exame sobre os corpos infantis, diretamente vigiados no interior das escolas (Figura 4).

Figura 4: Alsino Braga e Araripe Sucupira examinam meninas na escola Prudente de Moraes, SP. Revista “A Cigarra”, 1914.



Fonte: Arquivo Público do Estado de São Paulo. Disponível em:

<http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/inspecao-medica-escolar-do-normal-ao-anormal/>

²⁶ No Estado de São Paulo.

²⁷ Ver estudos de Rocha (2003; 2015).

A escola era um espaço de “inspeção rigorosa” por parte de médicos, como também a sala de aula foi um espaço em que as crianças eram revistadas²⁸ por seus professores. A esse profissional cabia a tarefa de esquadrihar o corpo de cada aluno, examinando-lhe as mãos, unhas, cabelos, orelhas e, ainda, as roupas e os sapatos. O professor também era convocado a destacar a importância do asseio, explicar minuciosamente como fazer a higiene corporal, repetir as noções de higiene, examinar de maneira detalhada, chamando a atenção para as falhas e louvando os acertos dos alunos. Tal movimento fora desenvolvido, conformando corpos e gestos infantis, conduzindo as crianças ao que se difundia como comportamento civilizado (ROCHA, 2003, p.49).

No final do século XX no Brasil, a criança em relação a sua saúde, de observada, inspecionada por médicos e professores na escola, passou a ser objeto de atenção e cuidado pelo seu núcleo familiar. Num momento em que a higiene instituiu-se como uma área do conhecimento a estudar “a saúde e os diversos meios de a conservar”²⁹. A higiene infantil é atribuída como *dever moral* e cabe à família assegurá-lo. Tal função é reiterada pelo discurso biológico.

Em um livro de Biologia, publicado em 1973, a higiene infantil é definida como Puericultura, “um conjunto de regras e cuidados médico-sociais, para o melhor desenvolvimento físico e moral da criança, desde o período da gestação até a puberdade” (BOLSANELLO e BROOCKE FILHO, 1973, p. 594). Nessa perspectiva, desacomoda-se o papel de somente o poder público (na esfera da escola) atuar na prevenção de doenças. Todavia a saúde da criança repercute com novas tarefas no espaço doméstico, com estratégias a serem instauradas e mobilizadas na relação família-filhos.

O discurso de responsabilidade dos pais para com a saúde das crianças instala-se nas práticas sociais, ao se instituir como papel da família o de saber como cuidar da criança e lhes garantir uma vida livre de doenças, penetrando no núcleo familiar como uma lei moral a normatizar o comportamento dos pais. Entendendo a moral como “um conjunto de valores e de regras de ação que são propostas aos indivíduos e aos grupos por meio de diferentes aparelhos prescritivos” (REVEL, 2005, p.45), os aparelhos prescritivos da

²⁸ Essa prática fora descrita como um poderoso instrumento para incutir hábitos de asseio pessoal, constituindo nessa época, uma prática diária, nos dois primeiros meses de aula, que poderia rarear a partir do terceiro mês, assumindo um intervalo de dois em dois dias e, finalmente, de uma ou duas vezes por semana, cuidando o professor para realizá-la sempre em dias indeterminados, o que ampliaria a sua eficácia, pela possibilidade de surpreender os renitentes. Ver estudos de Rocha (2003, p.49).

²⁹ (Ver BOLSANELLO e BROOCKE FILHO, 1973, p. 17)

higiene, nessa época, a controlar práticas “dentro de casa” instituíram-se a distância por instituições médico-sanitárias e também mais diretamente pela própria escola, (re)acomodando a posição de médicos e dos professores em educarem o corpo infantil, para práticas que passam a convocar a liderança dos pais nos cuidados higiênicos para com a criança.

Conforme a Lei n. 5.692/71, na qual se previu a obrigatoriedade da inclusão de programas de saúde nos currículos do 1º e 2º graus, regulamentada pelo Parecer do Conselho Federal de Educação de n. 2.264/1974, propaga-se o papel de extensão da escola em relação à difusão de uma educação para a saúde da criança a ser desenvolvida junto à família, e isso marca a mudança de lugar da escola em intervir sobre o corpo infantil, modificando então as suas atribuições, ao se instituir o discurso de que:

Os programas de saúde devem ser organizados de modo a repercutir através **do educando em seu meio familiar e no padrão de saúde da família**. Daí resulta que a **colaboração dos pais deve ser incentivada e promovida** não só porque evita os choques entre a escola e a família, como também porque, reciprocamente, **existe a obrigatoriedade de entidades que congregam professores e pais com o objetivo de colaborar para o eficiente funcionamento do estabelecimento de ensino, a par de serviço de assistência ao estudante [...]**. (BRASIL/CFE, 1974, p. 67).

Em relação à escola, a atuação do professor é colaborativa com a família em vista do discurso de promoção da saúde instituir a necessidade de aquisição de comportamentos. Os pais, com apoio da escola,³⁰ deveriam atuar na *observação* e na *instrução* das crianças. Nessas condições, entende-se que saúde da criança depende do acompanhamento e da condução dos pais e/ou professores, no que tange o desenvolvimento de hábitos de higiene. Isso se instituiu tratando a saúde da criança não como algo a ser alcançado pela própria da criança, mas como algo a ser alcançado com o auxílio de terceiros – pais e professores, ao se propor, por exemplo, que elas criassem **“oportunidades para higiene** das mãos, na prevenção da contaminação oral das doenças, pelo banho diário, pelo cuidado com os dentes” (BRASIL/CFE, 1974, p.72).

Especificamente ao professor se determinava a vigilância e orientação sobre os hábitos do educando. Essa vigilância deveria **“ser atenta e discreta** em relação ao asseio pessoal”, ao mesmo tempo em que os pais foram posicionados como os mantenedores da saúde da criança, admitindo-se a responsabilidade dos pais de atuar junto à criança para

³⁰ Ver a Lei de diretrizes e Bases da Educação Nacional n. 5.692/71 instituída pela primeira vez a obrigatoriedade de Programas de Saúde na escola (art. 7º) e Parecer n. 2.264/74 do Conselho Federal de Educação que regulamentou os programas de saúde na escola.

assegurar a conservação de sua saúde, sendo esta uma ação “geralmente de exclusiva responsabilidade de seus pais”, os quais pelo Parecer n. 2.264/74 do Conselho Federal de Educação que regulamentou os programas de saúde na escola, na perspectiva normativa, são tratados como sujeitos “pouco capazes de desincumbir-se dessa tarefa”. (BRASIL/CFE, 1974, p.72).

Nesses termos, aos pais determina-se a função de ensinar aos filhos os ditos hábitos de higiene, e isso, se constitui como um de seus deveres sociais, num momento em que higiene se institui como um critério de determinação de saúde, ao se repercutir que prescindir de hábitos de higiene individualmente, ou mesmo dentro da família poderia afetar o corpo social. Afinal, ter higiene significava “favorecer a conservação e a promoção de saúde **individual e coletiva**” (BRASIL, 1974, p. 70), principalmente por se propagar a higiene como um modo de atuar de forma preventiva contra as doenças, ainda que por práticas individuais, todavia importantes, por serem descritas como meios de se conter epidemias, males maiores de contágio/propagação de doenças na população.

Muda-se o discurso da higiene, mudam-se as formas de sua promoção na escola. No início dos anos de 1990, as ditas ações de promoção da saúde instituem-se na escola e para a escola, com a criação de uma função profissional: o agente de saúde escolar. Esse agente deveria ser “treinado para desempenhar funções específicas dentro do que se chamou de atenção primária à saúde” (BRASIL/FAE, 1992), por meio do Programa Saúde do Escolar. Esse indivíduo não tinha formação em nível superior na área da saúde, mas recebia treinamento com informações básicas a respeito de métodos preventivos da área médica, odontológica, saneamento, educação em saúde, doenças transmissíveis, entre outras, que o habilitavam para atuar “diretamente com o aluno”. Além disso, outros atributos lhe eram requeridos: “ser comunicativo e procurar ter um bom relacionamento, não só com os professores e alunos, mas também com toda a equipe da escola e do programa”. (BRASIL/FAE, 1992, p. 8)

A presença do agente de saúde escolar, como o sujeito que observa, cuida do aluno, que busca a família da criança e indica quando o caso requer de “encaminhamento para o Posto de Saúde mais próximo”, faz parte das práticas de controle sobre o corpo infantil, sendo esta iniciativa patrocinada pelo Estado, por ser mais econômica e emergencial para o propósito de promoção à saúde.

O agente de saúde e o professor deveriam portanto, estar **a serviço do acompanhamento da criança**, devendo observar e ajudar na descoberta de sintomas que indicassem “problemas de saúde, não percebidos pela família e não conscientizados pelos próprios alunos” (BRASIL/FAE, 1992, p.9), em especial era recomendado aos docentes: “observe se o aluno coça a cabeça com frequência, se tem febre ou é inquieto”, em vista de se afirmar que “há uma série de sintomas físicos que predizem problema de saúde”.

Acerca do papel de controle do agente de saúde escolar, isso se reflete nas atribuições de sua função, designado como o responsável pelos “cuidados primários de saúde”. Por uma medicina estatal (assistencial e administrativa)³¹, este sujeito processa-se pela normalização de uma função profissional na escola e a subordinação dela a um tipo específico de encaminhamento, neste caso, ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, sendo elas estratégias dirigidas a “prevenir as doenças, através da conscientização do educando da necessidade da cultivação de bons hábitos de higiene”, e o incentivo a prática da saúde nas escolas ou no meio onde vivia o educando. (BRASIL/FAE, 1992, p. 25).

Indo além então de práticas de vigilância e de controle da saúde do infantil, em nome da higiene, é curioso visualizar que há (des)continuidades na história. As formas de intervenção modificam-se na história e são múltiplas incidindo e produzindo a posição do que é visto e falado como uma criança saudável. Na atualidade, por meio de mecanismos mais sutis e racionais, com procedimentos que permitem fazer circular certas práticas, de forma contínua, ininterrupta, adaptada e “individualizada”, segundo Foucault (2008, p.8), muito mais eficazes e muito menos dispendiosas (menos caras economicamente, menos aleatórias em seu resultado, menos suscetíveis de escapatórias ou resistências), a criança higienicamente saudável se (re)processa hoje na escola por outras tecnologias.

Nas três últimas décadas, trata-se da saúde infantil como um conjunto de práticas que instituem comportamentos e hábitos de higiene direcionadas à práticas de si e não mais “terceirizadas” aos adultos. Por essas determinações o sujeito aparece como aquele que deve estar familiarizado com determinadas formas de se ver, se perceber, observar-se e cuidar do próprio corpo, ou seja, não mais um tipo de higiene que se institui nas linhas da vigilância do outro, mas da autorregulação do corpo e da alma da criança.

³¹ Ver Foucault (1977)

As condições de produção do discurso de responsabilização da criança por sua saúde tomam forma ao se posicionar a criança no lugar de protagonismo, de se promover ações ditas como meios de capacitar esse sujeito a cuidar-se, aprender a se proteger. Essa noção adentra a escola no final do século XX, materializada na forma dos Parâmetros Curriculares Nacionais. Pelo currículo escolar oficial reitera-se e trata-se da saúde como tema transversal na escola, entendendo a necessidade de sua circulação e aprendizado em “diferentes atividades escolares, em todos os espaços da escola e do entorno escolar”, com o propósito de:

[...] promover a conscientização dos alunos para o direito à saúde, **sensibilizá-los para a busca permanente** da compreensão de seus condicionantes e **capacitá-los** para a utilização de medidas práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde ao seu alcance. [...] Espera-se que os alunos sejam capazes de: [...] **conhecer e utilizar formas de intervenção** sobre os fatores desfavoráveis à saúde presentes na realidade em que vive, **agindo com responsabilidade** em relação à sua saúde e à saúde coletiva; [...] **responsabilizar-se pessoalmente pela própria saúde**, adotando hábitos de autocuidado, respeitando as possibilidades e limites do próprio corpo. (BRASIL, PCN, 1998, p. 269. Grifos nossos).

A responsabilidade individual do sujeito para com a sua própria saúde compreende um conjunto de práticas que se transformam e não desaparecem, que passam por modificações em vista de os discursos (re)articularem-se de outra maneira (FOUCAULT, 1999) a partir de outros pontos de vista e por outros indivíduos. Entende-se assim, que a produção do então sujeito saudável – pela qual esse sujeito não é mais vigiado por outra pessoa/instituição exclusivamente, nem mesmo objeto cercado por um sistema de disciplinamento e de correção pública – se propaga de outra maneira; dessa vez por estratégias de controle, outros mecanismos de regulação sobre o corpo infantil.

A criança aparece como um sujeito que precisa estar atento a conhecer formas, regras de atuar visando (ob)ter saúde. Esse discurso circula em Cartilhas (CARRARO, 2011, p. 22), um dos artefatos distribuídos na escola e que prescrevem formas de ver e de falar o que seja uma criança saudável hoje. Em um dos capítulos da cartilha “Vamos falar de saúde” registra-se um diálogo entre um médico e uma turma de crianças. O profissional, de forma amigável e didática, responde a uma questão levantada por uma aluna que se vê responsável por executar ações que “façam bem à sua saúde”. Ela pede “dicas” “bem práticas” que possam ser colocadas em operação mesmo por quem é criança sem o auxílio de um adulto (Figura 5).

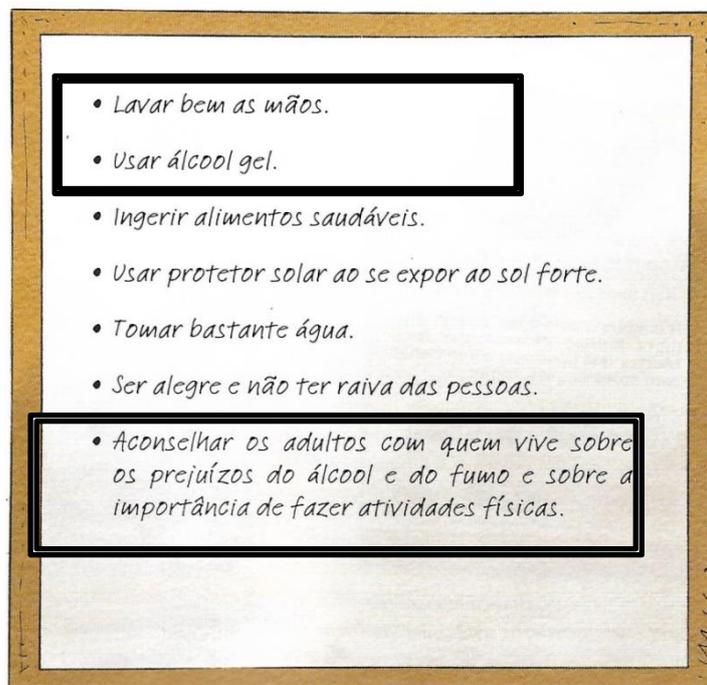
Figura 5: Livroto “Vamos falar de saúde”. Capítulo: A entrevista: dicas para ter saúde.

Dicas para ter saúde

A aula estava para acabar e me pediram para fazer a última pergunta:

– Dr. Gilberto, que dicas o senhor nos dá, bem práticas, com bons resultados e que a gente possa fazer mesmo sendo crianças? Coisas que façam bem à saúde.

– Acho que tenho bons conselhos para vocês, Giovana. É tudo simples, fácil de fazer e com muitas vantagens. Vou escrever aqui na lousa.



Fonte: (CARRARO, 2011, p.22)

Nos estudos de Foucault, o processo de subjetivação instituem-se por modos de investigação, práticas divisórias e modos de transformação que os outros aplicam e que nós aplicamos sobre nós mesmos, pelas quais certos tipos de sujeitos são produzidos, – como o sujeito escolar, sujeito consumidor, sujeito saudável. Assim sendo, ocupar a posição de cada um desses tipos implica certos modos de educação e de transformação dos indivíduos, na medida em que não se trata somente de adquirir certas aptidões, mas também de adquirir certas atitudes (FOUCAULT, 1982, p. 2), as quais não são inventadas pelo próprio sujeito, mas previamente dispostas na cultura, como as práticas de *lavar as mãos*, *usar álcool em gel*, *usar protetor solar ao se expor ao sol*, como modos de manutenção da saúde, de se manter saudável.

Assim na escola o sujeito criança saudável aparece (re)criado em livros didáticos de ciências que integram o currículo escolar, como um sujeito ativo que lhe é requerida a responsabilidade sobre si ao se orientar que “é preciso **manter hábitos de higiene**

saudáveis”, para tanto devendo reconhecer um **bom hábito** de higiene em nome disso **evitar doenças para si mesma**, sendo isso reforçado por práticas desenvolvidas na escola, como fazer o dever de casa (Figura 6).

Figura 6: Atividades do Livro Didático de Ciências, 2º ano do Ensino Fundamental. Assunto: Se há mais higiene, há mais saúde

Atividades

1. Observe as imagens a seguir e circule aquela que não corresponde a um bom hábito de higiene.



Tomar banho.



Escovar os dentes.



Cortar as unhas.



Dormir com o animal de estimação.

Fonte: (BIGAISKI, 2014, p. 46)

Portanto, a criança é interpelada por práticas escolares mediadas por imagens que moldam a forma como deve lidar com o próprio corpo não só em casa como também no

seu convívio social – *como é o caso de escovar os dentes, tomar banho e cortar as unhas. Tais comportamentos ditos saudáveis, que a escola reforça, expressa o que especifica Foucault (1994) que considera que o sujeito constitui-se como um ponto de intersecção dos atos que necessitam ser submetidos às regras que definem a maneira que se pode agir em determinadas situações, por “leis” instituídas em termos morais, científicos, políticos, sociais, como também pedagógicos.*

Entendendo os livros didáticos como linhas de produção do currículo, e o currículo como elemento que atua como formatador de maneiras como as crianças são vistas e como elas se veem como pessoas (DANELON, 2015, p. 235), assim como pensando o currículo como um espaço de instituição de práticas, formas de pensar e de ser, com base em verdades tecnocientíficas de cada tempo (SANTOS, 2017), os livros didáticos consistem em artefatos que reiteram um tipo de criança, e certos modos de como ela deve lidar com a sua saúde. Pelos livros, instituem-se “verdades” que determinam práticas ditas corretas ou não em relação à higiene. Assim são marcadas como “boas” práticas de higiene, tomar banho, escovar os dentes, cortar as unhas, e como hábito que não deve se cultivado – *dormir com o animal de estimação.*

A convocatória de que a higiene pessoal é de responsabilidade da criança, com registros que a convidam a **cuidar bem** do seu corpo, não é tão recente, como ora é especificado no livro publicado em 2014, (BIGAISKI, 2014, p. 46), mas tem existência na escola há algum tempo. Num livro, da então 4ª série do Ensino Fundamental, publicado em 2001, intitulado “Caminhos da ciência: uma abordagem socioconstrutivista”, desdobram-se alguns códigos comportamentais pelos quais a criança é centrada como o sujeito de responsabilidade sobre si mesma, como o sujeito que aprende a se cuidar, seguindo comandos que incorpora nas suas práticas diárias, principalmente fora da escola:

"Tome banho todos os dias. Use sabonete e não se esqueça de lavar o corpo inteiro" // Lave os cabelos pelo menos três vezes por semana. Use as pontas dos dedos para massagear o couro cabeludo. (SAMPAIO; CARVALHO, 2001, p. 231)

“Tomar banho, usar sabonete e lavar o corpo todo, lavar os cabelos”. Saber executar essas ações formatam os modos ditos favoráveis de ser saudável, e a higiene ganha materialidade nas escolhas de um sujeito e não a partir da intervenção de uma pessoa sobre a outra. Em face de comandos dirigidos ao sujeito infantil, com saberes que

instituem “o que fazer” e “como fazer”, assim se dá o processamento da criança higienizada.

Conforme o exposto entende-se que saberes regulam condutas em relação aos sujeitos e sua saúde, e que os indivíduos são convocados a responder ao que se chama de práticas modernas de *autoperitagem* (ORTEGA, 2004). Por elas, o sujeito “se pericia e tem no corpo e no ato de se autopericiar a fonte básica de sua identidade”, na base desse processo, “está à compreensão do *self* como um projeto reflexivo”, e isso se dá por:

[...] um autogoverno e a formação de **bio-identidades** [que] se dão através de toda uma série de recursos reflexivos e de práticas de bio-ascese (manuais, terapia, *fitness*). A reflexividade é o processo de **taxação contínua de informação e peritagem sobre nós mesmos**. Não só o *self*, mas principalmente o corpo, aparece marcado pela reflexividade. (ORTEGA, 2004, p.155)

A *autoperitagem* se faz presente em práticas atuais em que o sujeito criança na escola é convocado a se cuidar, a olhar, principalmente, para o seu corpo e refletir acerca do que ele vê. O corpo infantil torna-se “portador visível de uma autoidentidade”, que se marca pela ausência ou presença de competências que refletem na exigência social de um corpo higienizado. Assim sendo, a criança tem sido regulada, posicionada a ver-se e narrar-se como proprietário de um corpo que não só demanda de atenção e autocontrole, como também um corpo é por si só é um espelho da sua saúde. Um corpo pelo qual se presta contas, um corpo que denuncia como a criança se se cuida (ou não!), sendo a *autoperitagem* uma das formas de demonstrar a sua competência de *autogestão* em cuidar de si, avaliar no seu corpo aquilo que requer *cuidados*.

Se a competência de cuidar-se por parte da criança é imprudente, do tipo prejudicial a sua saúde, a *autoperitagem* cede lugar à intervenção no corpo infantil. No entanto, hoje se trata de outro tipo de intervenção, uma intervenção consentida, autorizada em caso de seu autocuidado não ser suficiente, a própria criança deve saber quando pedir ajuda para se manter saudável e não porque é obrigada a prestar contas de sua higiene para outrem. Tal aspecto se faz presente numa orientação presente no livro didático: “caso você [a criança] sinta muita coceira na sua pele ou no couro cabeludo, **peça para um para adulto o examinar**. Pode ser uma alergia outro problema de pele, ou simples falta de banho” (SAMPAIO, 2001, p. 231). Portanto, advertida de que pode ser necessário pedir ajuda, a criança é levada ao exercício da autonomia e a poupar-se de ter o referido problema.

Saber o que é ter higiene, quais hábitos são adequados ou não passou a ser responsabilidade do sujeito criança. Como se vê em atividades, exercícios propostos em sala de aula, a criança aparece na posição de um sujeito gerente de si, capacitado a discernir e fazer ajustes para canalizar produtivamente e evitar contingências indesejadas.

Isso se (re)produz por políticas para a saúde, pelas quais se individualiza e se propaga como necessário o desenvolvimento de habilidades pessoais de “educação para a saúde”, pelo discurso de intensificação de habilidades vitais que aumentem as opções disponíveis, definida como promoção da saúde, em que se institui aos governos que haja um “processo de **capacitar as pessoas a aumentarem o controle** sobre sua saúde, aprimorando-a” (OMS, 1986)³² e isso se propaga na escola, em especial nas aulas de Ciências.

Amarrado ao discurso social da promoção da saúde como a chave para o controle da saúde com iniciativa do próprio indivíduo localiza a criança hoje como destinatário e próprio gestor de determinadas tarefas para si mesma em nome de sua saúde. A autogestão é estimada em especial por meio do discurso de que esse sujeito necessita de conhecimentos, desenvolver hábitos e atitudes de higiene (Figura 7). Servem a esse propósito, materiais didáticos, artefatos que convocam a criança a conhecer, refletir, autoavaliar as práticas de higiene, ao se formatar como ela deve relacionar-se consigo mesma:

³² Noção essa apresentada na carta de Ottawa, assinada na ocasião da Primeira Conferência internacional de Promoção da Saúde, documento apresentado como uma Carta de Intenções, que visava contribuir “para se atingir Saúde para Todos no Ano 2000 e anos subsequentes”.

Figura 7: Atividades do Livro Didático de Ciências, 2º ano do Ensino Fundamental. Assunto: Se há mais higiene, há mais

Se há mais higiene, há mais saúde

Para ter uma vida saudável, é preciso manter bons hábitos de higiene.

Diálogo inicial

Veja as imagens a seguir e discuta com os colegas como elas, em sua opinião, têm relação com os hábitos de higiene.



Dormir com animal de estimação.
Os animais de estimação nem sempre estão bem higienizados e só com pães, podendo transmitir doenças e provocar alergia.



Lavar bem a louça.
Lavar bem a louça é um hábito saudável que evita a contaminação dos alimentos.



Escovar os dentes.
Além de tornar o hábito mais agradável, a escovação de dentes evita o acúmulo de alimentos entre eles, minimizando a proliferação de microorganismos prejudiciais à saúde bucal.



Tomar banho.
Muitas doenças são evitadas com o hábito de tomar banho diariamente.



Lavar as mãos.
O hábito de lavar as mãos ao sair do banheiro e antes das refeições mantém as mãos limpas e ajuda a prevenir doenças.

41

Fonte: (BIGAISKI, 2014, p. 41)

"Observa as imagens a seguir e circule **aquela que não corresponde a um bom hábito de higiene**" [...] Para ter uma vida saudável, é **preciso manter bons hábitos de higiene.**" (BIGAISKI, 2014, p. 41).

"**Vamos conhecer** algumas maneiras de cuidar da higiene do corpo" (BIGAISKI, 2014, p. 42).

Refleta e responda para si mesmo, com sinceridade: quantas vezes por dia você escova os dentes? Você costuma escovar os dentes logo após as refeições? (SAMPAIO, 2001, p. 198). - 4a série

Esses tipos de comandos produzem-se pelo que chama Westphal (2006, p. 646) de concepção de promoção de saúde focada no eixo comportamental, em que a promoção significa investir na mudança de comportamento, por meio da transmissão de conhecimentos aos alunos. Tanto que é possível considerar a presença artefatos – como livros didáticos – que cumprem a função na escola de ensinar à criança a cuidar de si, prática desse tipo justificada em nome do direito de salvaguarda das capacidades físico-funcionais da criança, direito pelo qual supostamente se assegura a integridade e uma vida saudável a esse sujeito.

A saúde da criança higienizada, portanto, ocorre pelo discurso de uma liberdade com responsabilidade, de um sujeito que cuida de si mesmo e que é tramado nos discursos não somente da promoção da saúde e da prevenção de doenças, mas também do risco. Na atualidade as práticas são produzidas numa escala de risco pela qual perpassa o processo de individualização de responsabilidades da criança para com a sua saúde.

Figura 8 - Livro Didático de Ciências, 2º ano do Ensino Fundamental. Assunto: Se há mais higiene, há mais saúde

Vivendo na limpeza

A higiene pessoal é muito importante para a saúde.

Ela retira as impurezas que ficam no corpo e elimina microrganismos que podem causar doenças.

Baú de informações

Microrganismos são seres muito, mas muito menores que o ponto final desta frase e, portanto, não conseguimos vê-los a olho nu. Alguns deles podem provocar doenças.

Professora, daremos uma explicação mais aprofundada sobre microrganismos no volume 3 desta coleção.

OS MICRORGANISMOS SÃO TÃO PEQUENOS QUE SÓ PODEM SER VISTOS PELO MICROSCÓPIO.



Microscópios como este da imagem são chamados de microscópios ópticos.



Fonte: (BIGAIKI, 2014, p.42)

A higiene “é muito importante para a saúde [...] ela elimina as impurezas que ficam no corpo e elimina microrganismos que **podem causar doenças**”. A higiene ganha corpo, aparece com poder de evitar danos, um conhecimento pelo qual se promete proteger o corpo e evitar doenças. Esse tipo de tratamento ao que se diz como higiene é

contemporâneo e liga-se aos atuais discursos pelos quais os sujeitos são dispostos como os que “devem desempenhar um papel ativo na gestão do risco”, que se estabelece pelo processo que transforma a autonomia em *empowerment* e responsabilidade de movimento *ex post* em um movimento *ex ante*, instituído como uma prática individual e de uma população (MARCENÒ, 2014, p. 244).

Nesse sentido, considerando o movimento em relação ao que se institui à criança na escola e de como isso se trama na individualização de responsabilidade por sua saúde em nome da higiene, isso se aciona em enunciados ligados à assertiva de que “decisões presentes não são apenas as ações que conduzem diretamente a um dano, mas também aquelas que podemos empreender para evitar o dano, para preveni-lo” (MARCENÒ, 2014, p. 252). Assim sendo, num momento em que “um sinistro se torna um componente de cálculo relativo às nossas ações” (MARCENÒ, 2014, p. 252), isso também tem se distribuído no discurso científico, nas práticas escolares.

As condições pelas quais a criança é posicionada como sujeito que deve se administrar, acontece com a apresentação e a repetição de possíveis riscos para a sua saúde. Ela é, portanto, “educada” a optar por formas de higienização, para evitar danos maiores, para si mesma. Nesses termos, isso se dá na produção de uma posição de sujeito que deve, diante da previsibilidade e fazendo uso de sua liberdade com responsabilidade, antever e evitar se possível e a qualquer custo danos à sua saúde. Tendo em vista as ameaças, os enunciados direcionam as condutas a partir dos riscos que à criança são apresentados em diferentes práticas escolares. Assim, os discursos se direcionam para destacar as consequências, caso a criança não tenha cuidado com a higiene, ao se especificar que:

Os dentes de uma pessoa saudável são fortes e resistentes, mas a todo momento eles são ameaçados por bactérias. [...] a principal causa das cáries e do mau hálito é a falta de higiene dos dentes. **Dente cariado dói!** E a pessoa tem que ir ao dentista para tratá-lo. **Se não cuidar dele, o dano poderá ser tão grande que talvez seja preciso arrancá-lo.** Lembre-se de que muitos dos seus dentes já são permanentes. **Os danos que eles sofrerem vão acompanhar você pelo resto da sua vida.** Por isso, é tão importante conservar e limpar os dentes. (SAMPAIO, 2001, p. 198).

Vacina tetravalente (DPT + Hib) - A DPT **protege contra difteria, tétano e coqueluche.** [...] Vacina tríplice viral - Ela é chamada de tríplice porque **protege contra** três doenças causadas por vírus: a rubéola, a caxumba e o sarampo. [...] Vacina contra gripe - A gripe é uma amolação,

pois vem acompanhada de febre, dor no corpo, indisposição e tosse. [...] Agora **você já sabe por que é preciso tomar todas as vacinas recomendadas. Elas são uma das medidas mais importantes de prevenção contra as doenças.** (CIÊNCIA HOJE, 2007, p.20)

O discurso de risco empregado ao sujeito infantil se institui no discurso escolar, no que tange a saúde da criança, e por ele se efetua um processo modelagem subjetiva do sujeito infantil, pelo qual ele é convencido, do que explicitou Castiel (2003), de que só se pode administrar o risco (o futuro) de modo racional, ou seja, através da consideração criteriosa da probabilidade de ganhos e perdas, conforme decisões tomadas. Considerando que fugir dos riscos se tornou sinônimo de vida saudável, isso encaminha a criança a fazer determinadas escolhas e se desviar daquelas que é para ela são apresentadas como “perdas”, danos (ir) reversíveis à sua saúde.

Nessas condições, a formatação do pensamento da criança para pensar a sua saúde se trama com a apresentação de situações adversas à sua saúde. No currículo escolar, isso funciona pela linguagem de alerta e de probabilidade que se distribui ao se dizer: “Roer as unhas [...] **aumenta as chances** de você se contaminar com doenças”, “**Lembre-se** de que muitos dos seus dentes já são permanentes. **Os danos que eles sofrerem vão acompanhar você pelo resto da sua vida**”, “Vacina tríplice viral - Ela é chamada de tríplice porque **protege contra três doenças causadas por vírus**: a rubéola, a caxumba e o sarampo. [...] **Você já sabe por que é preciso tomar todas as vacinas recomendadas**”.

Apresentar o trágico, em forma dos riscos apresenta-se como um modo invertido de mostrar as (des)vantagens de certas decisões à criança, criando, a posição de um sujeito que precisa decidir e ter ciência das consequências do que escolhe para si, isso por determinados saberes médicos e biológicos que circulam na escola, pelos quais envolve um processo em movimento, que especificou Moulin (2008, p.16) que os discursos atuais se encaminham a produção de sujeitos como aqueles que se tornam “cada um médico de si mesmo, tomando a iniciativa e as decisões com pleno conhecimento de causa”.

Desse modo, de vigilância à autogestão da higiene por parte da criança se institui, ao se constatar que diferentes práticas situam esse sujeito na posição de incorporar certas atitudes, certa educação, incorporando ações sobre os seus corpos, mentes, capacidades, traços, estados, limitações e propensões, modulada pela higiene e de seu papel central na manutenção da saúde, conduzindo-se ao que se chama de um processo de modelagem

objetiva de si mesmo (DUMMIT, 1997), em que num rol do que ouve, lê, encontra na escola, a criança vai ser apresentada às opções pelas quais deve escolher como viver/fazer de si mesmo um objeto de experimentação/ perícia/intervenção de si.

Em síntese, neste início do século XXI, o sujeito criança saudável na escola institui-se pelo discurso da higiene. Tal sujeito se produz, se situa, se localiza não como objeto de observação, inspeção e controle em sua superfície física como fora no final do século XIX e início do século XX, todavia por estratégias que compreendem um processo de modelagem subjetiva. A **criança saudável na escola hoje é a criança higienizada**, uma das posições de sujeito normalizada e reiterada na escola, sendo a criança nessas condições posicionada como um *auto-gestor*, na medida em que a política da vida do século XXI está preocupada com “as crescentes capacidades dos indivíduos de controlar, administrar, projetar remodelar e modular as próprias capacidades vitais”, como uma responsabilidade privatizada do “eu” (ROSE, 2013).

Registra-se ainda que nos processos atuais, sai de cena o forte aparato de subvenção estatal para a higiene, e preponderam micropolíticas que atuam sobre as ações desse sujeito, reforçados na escola, pela posição reiterada de que a criança é responsável por sua saúde, ao se tratar da higiene, denotando o que explicitou Foucault (1974), em termos de medicalização da vida, ao especificar o que é a higiene na atualidade senão um conjunto de regras estabelecidas e codificadas por um saber biológico e médico que coordenam comportamentos, pensamentos, escolhas de determinados sujeitos, como ora o é na produção do sujeito criança higienicamente saudável.

3.1.2 Infância na balança: a saúde alimentar-motora na escola

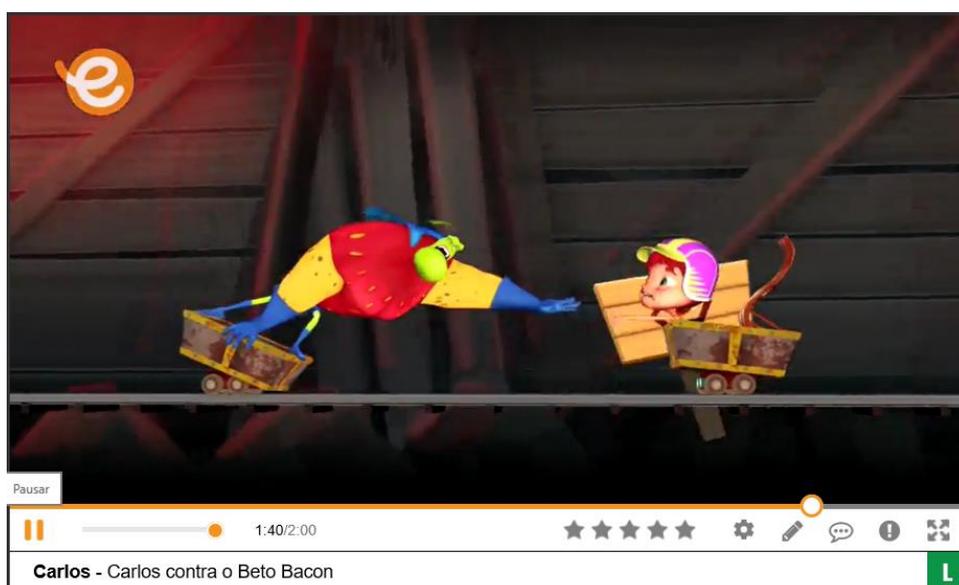
Se as práticas para a saúde no início do século XX foram direcionadas à produção de um sujeito criança higienicamente saudável, cuidado por adultos e instituições, com estratégias que incidem sobre seus corpos em nível individual, micropolítico e disciplinar, no século XXI os processos aparecem mais fluídos. As práticas instituídas na atualidade acontecem apoiadas na autogestão da saúde infantil, no entanto, compreende também práticas numa perspectiva macropolítica, isso quando se tem como foco as questões relacionadas à alimentação da criança.

A criança saudável é um dos componentes de uma população saudável e a esse grupo são instituídas determinadas expectativas sociais em relação a sua saúde alimentar-motora. Concebe-se que pertencer ao grupo de sujeitos saudáveis requer que o indivíduo esteja em boa forma e seja adepto de uma alimentação nutritiva, portanto, saudável. Isso significa que ele deve ser competente para saber escolher o que comer, deve praticar esportes, movimentar-se e não se sucumbir ao sedentarismo. Nesse sentido, muitos investimentos atuam na formatação dos corpos em nome da saúde da criança. Tais investimentos compõem na escola, focalizando e reiterando a necessidade de se assumir a posição de criança saudável, que se mostra autônoma e competente em fazer escolhas ditas saudáveis.

Um artefato que produz certos modos de se instituir a noção de uma alimentação saudável para criança, numa perspectiva midiática e em nível populacional, pode ser vista na animação “Carlos”, veiculada pela TV Escola, canal de televisão brasileiro, fundado em 1996, que pertence ao Ministério da Educação e que é operado pela ACERP por meio de contrato de serviço.

Carlos é “um super-herói dedicado a combater os maus hábitos alimentares na infância”. Em cada episódio, ele ajuda seu amigo Juanito a evitar frituras, alimentos processados, refrigerantes e tudo o mais que é rotineiramente oferecido para as crianças. Para cada batalha pela alimentação saudável, Carlos precisa enfrentar um super-vilão diferente, sempre fazendo referência aos videogames clássicos (Figura 9).

Figura 9: Cena da Animação Carlos contra o Beto Bacon. TV Escola



Disponível em: <https://api.tvescola.org.br/tve/video/carlos-carlos-contra-o-beto-bacon>

Nos episódios³³, Juanito é sempre apresentado como uma criança indefesa que está exposta a situações de oferta de “alimentos calóricos e pouco nutritivos”. Na animação, a criança aparece como um indivíduo tentado a fazer escolhas não saudáveis, mas que pode fazer a opção correta conforme o seu meio e as pessoas ao seu redor. Diante da situação de risco, de um ambiente que oferece alimentos não saudáveis, eis que nessa animação destaca-se a necessidade de proteção e cuidado para com a alimentação da criança, e isso se institui não como parte de uma escolha interior da criança, de sua consciência, mas, que advém conforme as relações que ela estabelece com as “coisas” – os alimentos –, as pessoas e o seu meio social, seja em casa seja na escola.

De um lado temos Carlos, o super-herói que se arrisca para defender Juanito das más escolhas, do outro temos os vilões da má-alimentação – o “Deus do açúcar”, o “Hot dog”, o “Beto Bacon” e o “Cookie pirata” são as presumidas más escolhas personificadas. Esse embate em nome do “bem” – que é alimentar-se de forma saudável – institui como válida, em face de valores sociais que reiteram a importância de ações de garantia à saúde infantil, a proteção que Carlos emprega para assegurar a saúde de Juanito.

A animação se constitui como artefato de subjetivação, ensinando às crianças, desde a Educação Infantil, sobre a necessidade de mudanças de conduta na hora da alimentação ainda que isso implique em embate consigo mesma. Ao longo dos episódios, não há narrador, nem mesmo Carlos ou Juanito tem falas. Apenas seus atos são o foco da animação. Os episódios começam com Juanito tendo acesso a alimentos considerados altamente calóricos, como batata frita, frango frito, hot-dog, doces, churros, que são personificados na posição de vilões.

Os embates são travados por Carlos – personagem de corpo másculo, com tronco de morango, braços que lembram partes de uma batata e rosto na forma de berinjela, portanto personificado em alimentos ditos saudáveis, posicionado como super-herói (que na atualidade é um objeto de admiração das crianças). Nesse artefato audiovisual a população infantil é conduzida a determinado modo de ver que certos alimentos, apesar de circularem entre nós, eles são tratados com classificação e hierarquização (WOODWARD; 2014; SILVA, 2014), instituídos por certos tipos valores (positivos e negativos), de ser bom/adequado e mau/inadequado, favorável/desfavorável à manutenção da saúde da

³³ Carlos X Deus do açúcar, Carlos contra o Hot Doug, Carlos contra Beto Bacon, Carlos contra o cookie pirata, Carlos contra a salsicha, Carlos contra a coxinha cantora, Carlos contra o churros Elvis, Carlos contra o combo frito. Disponível em: <https://tvescola.org.br/tve/vidioteca-series!loadSerie?idSerie=14498>

criança. O valor negativo – as más escolhas alimentares, como o consumo de açúcar, frituras, fast-food – se reforça ao ser mostrado como positivo ao final de cada episódio que há uma refeição alternativa que faz bem para a saúde de Juanito – frutas, legumes, barra de cereais. Ele mesmo, após presenciar a luta de seu super-herói para lhe proteger, fica convencido da importância de escolher consumir a fruta, a barra de cereais, os legumes, alimentos apresentados como saudáveis.

A animação tem relação com ações macropolíticas. Entende-se que macropolíticas são iniciativas dirigidas à população, em nome de sua saúde, as quais perpassam a população contemporânea e se regulamenta por biopoderes, mecanismos reguladores que interpelam o corpo, neste caso infantil, na medida em que dirigem a esse corpo investimentos no sentido de:

[...] modificar, baixar a morbidade; **vai ser preciso encompridar a vida**; [...] **E trata-se, sobretudo de estabelecer mecanismos reguladores que, nessa população global com seu campo aleatório, vão poder fixar um equilíbrio, manter uma média, estabelecer uma espécie de homeostase, assegurar compensações; em suma, de instalar mecanismos de previdência em torno desse aleatório que é inerente a uma população de seres vivos, de otimizar, se vocês preferirem, um estado de vida [...] mediante mecanismos globais, de agir de tal maneira que se obtenham estados globais de equilíbrio, de regularidade.** (FOUCAULT, 2005, p. 294-295).

Nesse sentido, funcionam programas educativos³⁴ que especificam a importância do consumo de alimentos saudáveis, neste caso, frutas, verduras. Contudo, diferentemente das estratégias de subjetivação que incidem diretamente sobre a população infantil, afirma-se que escolhas por alimentos não saudáveis não são somente culpa da criança, mas da família (BRASIL/Salto para o Futuro, 2018). Usualmente isso se propaga durante os processos de formação continuada de profissionais da educação, em que especialistas afirmam que os hábitos alimentares da família “influenciam diretamente a preferência de determinados alimentos pelas crianças” (BRASIL/Salto para o futuro, 2018). Em função disso, a própria escola é convocada a assegurar a adoção de hábitos saudáveis junto à criança, sendo reconduzida para ela a responsabilidade de promover ações que possam garantir a “oferta de alimentos saudáveis – seja na merenda escolar que é oferecida aos estudantes como no que se oferece na cantina. Além disso, em nome da segurança alimentar, a escola é acionada a se manifestar por meio de palestras, proferidas por profissionais qualificados ou especialistas, voltadas a sensibilizar e orientar tantos os

³⁴ Vide Programa Salto para o futuro, intitulado Obesidade Infantil. Exibido em: 19/04/2018. Disponível em: <https://api.tv escola.org.br/tve/video/salto-para-o-futuro-obesidade-infantil>

alunos quanto suas famílias à adesão de uma “alimentação saudável”, como uma atitude vantajosa na manutenção de uma vida saudável.

O foco na responsabilidade da escola por oferecer um ambiente saudável para a criança e orientar suas famílias para tal, é desenvolvido na forma de (bio)políticas que se apresentam com o propósito de monitorar, prestar assistência e tratamento aos “pequenos”, com certa periodicidade (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017). É o caso do “Programa Crescer saudável: Programa de prevenção, controle e tratamento da obesidade infantil” (BRASIL, 2017)³⁵, que prevê a instituição de um conjunto de ações articuladas entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Saúde na Escola, visando “**garantir o adequado acompanhamento** do crescimento e desenvolvimento na infância, com vistas a **prevenir, controlar e tratar a obesidade** infantil³⁶”.

O Programa estabelece formas de padronização e gestão de comportamentos, e funciona como uma das inúmeras engrenagens, que compõem as biopolíticas direcionadas à construção e adesão de hábitos saudáveis desde a infância. Nessa iniciativa se difunde que há uma adequada forma de ser saudável, neste caso das crianças serem saudáveis gerindo-as por medidas de prevenção a obesidade, como um modo de não colocar em risco outras camadas da população, nesse caso, adolescentes, adultos e idosos, sendo uma medida biopolítica considerando que a obesidade consiste num novo objeto de saber que se cria a serviço do novo poder e se destinam ao controle da própria espécie (VEIGA-NETO, 2016), através da gestão de corpos e de almas.

Nas condições abordadas, considera-se a produção de sujeitos infantis saudáveis na escola, neste caso crianças livres da obesidade, isso por práticas de biopoder. Isso funciona por um tipo de poder que se “exerce, positivamente, sobre a vida, que empreende sua gestão, sua majoração, sua multiplicação” (FOUCAULT, 2005, p.128) por mecanismos do biopoder que “se dirigem ao corpo, à vida, ao que a faz proliferar, ao que reforça a espécie, seu vigor, sua capacidade de dominar, ou sua aptidão para ser utilizada” (FOUCAULT, 2005, p. 137), neste caso com atenção específica e diferenciada à infância.

³⁵ Conforme documento que contempla perguntas e respostas acerca do Programa, o propósito anunciado é que o Programa visa sensibilizar a população em geral em torno do objetivo de se “alimentar uma infância consciente” por meio de ações que visam à prevenção da obesidade infantil nos alunos das escolas participantes do Programa Saúde na Escola (PSE). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/faq_programa_crescer_saudavel.pdf

³⁶ As ações nesse sentido estão em dirigir “cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, diagnóstico e tratamento da obesidade, incentivo à prática corporal e de atividade física e por ações voltadas à mudança de comportamento”. (BRASIL, 2017).

Um aparato em nome da saúde da população infantil materializa-se nas formas de atenção dirigida a **promover, proteger, acompanhar** a criança em relação as suas condições de saúde e de evitar a ocorrência de comportamentos desregulamentados, isso em nível individual, ao se avaliar aquelas crianças que se encontram na condição de situação de sobrepeso, pré-obesidade – grupo considerado de risco. O aparato se cumpre por estratégias criadas a evitar o desequilíbrio da saúde da população infantil, em nome disso prevenir problemas de saúde em toda a população. Nesses termos, “acompanhamento”, “diagnóstico” e “tratamento” são iniciativas com investimentos estatais.

Estratégias biopolíticas junto à infância não ocorrem somente interpelando o(s) corpo(s) da população e do indivíduo infantil, mas também aparecem na forma de estudos de instituições internacionais, como a OMS³⁷ que, por exemplo, orientam ações de governo que atuam na prescrição e determinação de cuidados de saúde na atenção primária, com vistas à prevenção de sobrepeso e obesidade infantil. As ações previstas instituem-se sob o argumento de que na infância as “melhores práticas devem incluir uma agenda combinada de dieta, exercício físico e estilo de vida numa perspectiva mais ampla voltada para o **crecimento e desenvolvimento saudáveis**”³⁸ (BRASIL/MEC/MS, 2017).

Num momento em que “os traços biológicos de uma população se tornam elementos pertinentes para uma gestão econômica é necessário organizar em volta deles um dispositivo que assegure não apenas sua sujeição, mas o aumento constante de sua utilidade” (FOUCAULT, 1979, p.198). Nessa perspectiva, destaca-se que há um dispositivo em operação na escola, para além de ações estatais na forma de Programas, mas por variadas estratégias que produzem uma população infantil saudável, sendo ele o *dispositivo da saúde alimentar-motora*.

³⁷ “Considerando as políticas e prioridades brasileiras e compromissos internacionais no campo da Nutrição, observamos inúmeros esforços na luta contra a fome e todas as formas de má nutrição. Contudo, constatamos um cenário preocupante de avanço desenfreado do excesso de peso, em especial no público infantil. Sabemos que em nível local, as questões nutricionais ganham foco em função do investimento no diagnóstico local alimentar e nutricional e, por essa razão, neste momento, o PSE assume como uma de suas prioridades, as ações de prevenção e controle da obesidade infantil.” Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Orientações Gerais sobre as ações de Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil**. Brasília, 2017. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/orientacao_geral_as_e_prevencao_da_obesidade_infantil.pdf

³⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. **Parecer Técnico-Científico: Estratégias para o tratamento do sobrepeso e obesidade em crianças entre 02 e 12 anos de idade**. MS: Brasília, 2017. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/estrategias_tratamento_sobrepeso_infantil.pdf

Considerando o dispositivo como um tipo de formação que, em um determinado momento histórico, tem como função principal responder a uma urgência, a saúde alimentar/motora como tal desenvolve-se diante de argumentos científicos e políticos que advogam que assegurar a saúde na infância pode ser determinante para uma vida adulta saudável, sendo essa uma medida economicamente favorável de prevenção à obesidade, de forma precoce, que assegura um determinado tipo de sujeito, qualificado para a vida laboral na vida adulta.

Esse tipo de atenção a essa população – crianças – reforça-se ao se difundir que “a obesidade na infância, nas últimas décadas, vem se apresentando como um sério problema à saúde pública em todo o mundo”, “tendo em vista o aumento abrupto de sobrepeso e obesidade em várias populações do mundo, gerando um ônus social e um incremento significativo nos gastos com o tratamento e com os problemas associados” (BRASIL/MS, 2017).

Assim sendo, entendendo o dispositivo da saúde alimentar-motora como resposta à situação de uma presumida epidemia de obesidade infantil, isso se distribui na escola através de um “conjunto heterogêneo que engloba discursos” (FOUCAULT, 2015, p. 364), que (des)qualificam condutas (do que fazer, como agir para ter um corpo saudável), instituições (a escola, a família), organizações arquitetônicas (as quadras de esportes, as academias, as salas de danças), leis (Estatuto da Criança e do Adolescente³⁹; Lei Federal nº 9.394/1996⁴⁰; Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010⁴¹; Lei 13.666/2018⁴²), medidas administrativas (campanhas publicitárias, orientações para o controle da alimentação oferecida pelas cantinas, programas de assistência a saúde do escolar, campanhas com investimentos internacionais), enunciados científicos (via educação nutricional e alimentar), proposições filosóficas (pensar a existência a partir da saúde física, literatura motivacional), morais (julgamento social que avalia a competência do indivíduo em cuidar de si a partir de uma noção estética aplicada à saúde), filantrópicas

³⁹ Lei que prevê a destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude, o que inclui o dever da comunidade, da sociedade em geral de assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer.

⁴⁰ Lei que determina a obrigatoriedade da Educação Física passou a ser componente curricular obrigatório da Educação Básica.

⁴¹ Lei que altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social.

⁴² Lei que inclui o assunto educação alimentar e nutricional nas disciplinas de ciências e biologia, respectivamente, nos currículos dos ensinos fundamental e médio.

(programas sociais inseridos na escola que promovem o exercício da atividade física e esportiva, como meios de reduzir a vulnerabilidade social).

Conforme o dispositivo que se monta em nome da saúde alimentar-motora infantil, a escola integra uma rede composta por diferentes elementos criados e ditos em favor da saúde da criança com vistas à prevenção da obesidade, instituindo certos códigos em relação às formas de alimentação e de relação da criança com o seu próprio corpo.

O dispositivo da saúde alimentar-motora articula-se a um risco social - a obesidade – que é propagada em diferentes instâncias sociais – como pesquisas censitárias propostas por associações médicas, em filmes de animação, na formação de professores – nas quais se reforçam determinados modos de gerenciar a criança e de como ela pode usar a “liberdade” de escolher entre práticas saudáveis e não saudáveis. Isso se fabrica no bojo de uma racionalidade econômica que em termos de governo institui que fenômenos na população, como o “sobrepeso/obesidade infantil” é um ônus.

Por ser um ônus, antes da ocorrência da obesidade, uma biopolítica entra em operação na escola, fomentando macropolíticas e micropolíticas direcionadas ao controle da infância para diminuir a propensão à obesidade. É preciso, portanto, investir sobre os corpos assegurando não apenas sua saúde, como também garantindo sua melhoria e bem estar tornando-o um produto útil para o trabalho. Propósito possível, mediante tecnologias, procedimentos menores, detalhados, modestos como a ação de regulação que se dirige ao corpo infantil na escola, controlando esses indivíduos em seus múltiplos aspectos – comportamentais, alimentares, motores.

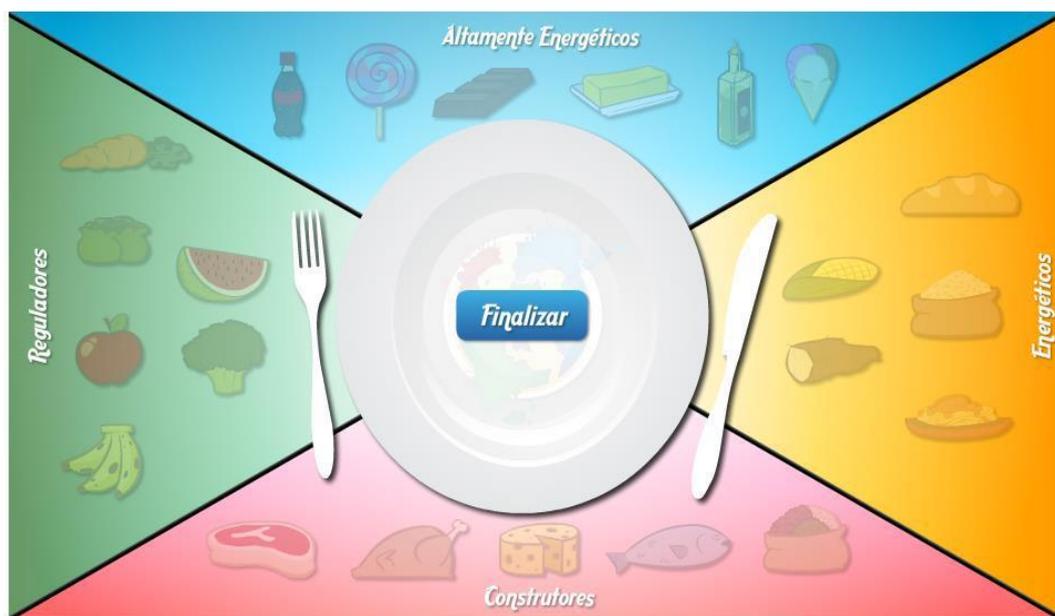
Quanto à micropolíticas, há aquelas que se instituem diretamente sobre a população infantil, que individualmente é acionada, por práticas de autoexame e de tomada de decisão, a demonstrar se ocupa o lugar de quem sabe e como sabe escolher seus próprios alimentos, isso por meio de jogos e atividades online, por exemplo. Tais práticas atuam numa perspectiva de “exercício de si sobre si mesmo”, no qual o sujeito procura elaborar-se, transformar-se para atingir um certo modo de ser (FOUCAULT, 2004, p. 265).

O jogo “Colorindo e Aprendendo⁴³” foi desenvolvido por um laboratório ligado à Universidade Estadual do Rio de Janeiro e está disponível *online* e via internet.

⁴³ O referido jogo foi desenvolvido no âmbito do Projeto Telessaúde na escola, elaborado pelo Laboratório de Telessaúde da UERJ com a participação de alunos de Iniciação Científica Júnior e conta ainda com o apoio das Unidades Acadêmicas da UERJ, que dispõe de conteúdos gratuitos em saúde para crianças, adolescentes,

Endereçado às crianças, no jogo elas são convidadas a pensar sobre “o quanto sabe sobre uma boa alimentação” ao mesmo tempo em que pode “aprender sobre como equilibrar o seu prato”. Como uma espécie de desafio, a criança é motivada a “montar um prato bem saudável”, mas com a advertência de que tenha “cuidado para não exagerar!” (Figura 10).

Figura 10: Prato virtual do Jogo “Colorindo e aprendendo”.



Disponível em: <http://www.telessaude.uerj.br/colorindo-e-movendo/colorindo/prato-virtual>

Antes das escolhas, a criança é informada a respeito dos alimentos e sobre como é importante “entender quais as funções dos grupos de alimentos que colorem o prato”. Ela é convidada a aprender “praticando e experimentando as diversas combinações possíveis...”. Assim sendo, os alimentos são apresentados da seguinte forma: ‘alimentos altamente enérgicos’ ou extra-energéticos; alimentos ‘construtores’; alimentos ‘energéticos’; e alimentos ‘reguladores’⁴⁴. Apresentadas as características e pesos nutricionais de cada alimento, a criança pode jogar. Em uma das combinações possíveis uma refeição composta por uma maçã, um prato de macarrão, frango, peixe e brócolis tem-se como resultado a

comunidades e equipes escolares. Disponível em: <http://www.telessaude.uerj.br/colorindo-e-movendo/colorindo/prato-virtual>

⁴⁴ Descrições apresentadas sobre os alimentos no site: “alimentos altamente enérgicos ou extra-energéticos, **embora deliciosos**, não devem ultrapassar 5% no nosso prato; alimentos “construtores” ajudam a **crescer forte e saudável**, portanto a quantidade deve ser de 25% no prato; alimentos “energéticos” são os que nos dão energia para nossas atividades diárias, dessa forma a quantidade deve ser de 25%; e alimentos “reguladores” ajudam no funcionamento do corpo, a quantidade deve ser de 45%”.

seguinte mensagem: “equilibre melhor seu prato! Não se esqueça dos alimentos que dão energia, como os grãos e massas”.

Com a possibilidade de reiniciar a montagem do prato e novamente testar outras (e melhores!) combinações para uma refeição saudável, a criança pode escolher, por simulação, outras opções de alimentos e novamente testar o quanto suas escolhas compõem uma refeição equilibrada, saudável, correta! Em outras palavras, pelas simulações é possível avaliar se as escolhas alimentares estão certas ou erradas, calculando isso por determinadas escalas percentuais.

Os resultados apresentados ao final de cada combinação de alimentos no prato virtual funcionam como uma espécie de comprovação de uma boa escolha ou de alerta para a criança. Em uma situação não desejável algumas consequências indesejáveis como “o peso aumentar” podem aparecer caso em sua refeição apareçam mais doces. Assim, a atividade funciona na perspectiva de controlar as escolhas realizadas direcionando as crianças a fazerem escolhas saudáveis afastando-as de determinados alimentos designados como mais calóricos, menos nutritivos, “embora deliciosos [eles] não devem ultrapassar 5% no nosso prato”.

Considerando o jogo nota-se como a criança é convidada a testar a sua capacidade de fazer escolhas saudáveis conforme as informações que lhes são oferecidas. Esta prática apresenta-se como um dos meios de se fazer com que a criança possa vir a assimilar e transformar os conhecimentos sobre os alimentos em um princípio para as suas ações de forma permanente, ainda que isso seja induzido numa ferramenta disponível no mundo virtual.

No jogo, a opção pelo alimento é “livre”, mas o julgamento acerca da composição adequada de cada refeição já está previamente dado por meio de parâmetros que definem o que seriam boas ou más escolhas em relação a um prato “bem saudável”. Neste caso, o jogador, de posse desse parâmetro, é capaz de se autogerir refazendo a jogada para “reequilibrar o prato” tendo onipresente a advertência de “não exagerar”.

Mas, o que seria “exagerar”?

Existe uma alimentação padrão que atenda a todas as necessidades calóricas e nutricionais independente do indivíduo, seu modo de vida, suas atividades, seus gostos? Parece que sim. Tudo em volta já está povoado de certezas e a maior delas é que o peso do

indivíduo “não deve aumentar”. Nessa perspectiva, a balança é o artefato técnico central a partir do qual a verdade sobre o corpo saudável aparece. Longe de ser o único a ela se somam outros como: adipômetro, fita métrica e o tais Índices de Massa Corporal (IMC) resultantes de diferentes cálculos que dão o veredito final sobre o peso ideal do indivíduo e consequentemente da (in)adequação de seu corpo.

O cálculo do IMC também está disponível para a criança e o adolescente (o cálculo posto à disposição está destinado a indivíduos de no máximo 19 anos de idade) na página do jogo. Portanto, a **autogestão** é a tônica da atividade, funcionando como micropolítica de saúde escolar, neste caso, sustentada pela máquina estatal (vide os financiamentos destacados por meio das logomarcas presentes na página). (Figura 11)

Figura 11: “Calcule seu IMC”. Site Telessaúde – UERJ

Arquivo Editar Exibir Histórico Favoritos Ferramentas Ajuda

IMC « Colorindo o Prato e Mov. X

www.telessaude.uerj.br/colorindo-e-movendo/imc 80% Pesquisar

Página Inicial » Índice de massa corporal (IMC)

Índice de Massa Corporal (IMC)

Existem diversas maneiras de avaliar se o peso ou a massa corporal de uma criança, ou de um adolescente, está adequado para sua faixa etária e altura. Uma das mais utilizadas, atualmente, é o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC ou Índice de Quetelet), que inclui a relação idade x peso x altura e utiliza a seguinte fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Peso atual (kg)} / \text{altura (em metro)}^2$$

Calcule seu IMC agora

Calcule seu IMC para avaliar se você está adequado, acima ou abaixo da curva ideal para a sua idade. Caso seu IMC não esteja adequado conte conosco, pois neste site há diversas dicas e informações em como melhorar seu IMC, incluindo atividades para melhorar a sua alimentação "colorindo seu prato" e fazendo exercícios físicos "movendo seu sapato".

Calcule seu IMC agora!

Projeto
Quem somos
Cadastre-se!
Contato

Colorindo
Colorindo seu prato
Prato virtual
7 erros da dieta

Movendo-se
Atividades físicas
Benefícios
Jogos

FAPERJ
Laboratório de Telessaúde

Governo do Rio de Janeiro
Secretaria de Saúde e Defesa do Consumidor

© Copyright 2019 - Telessaúde UERJ

Windows taskbar: Digite aqui para pesquisar, icons for File Explorer, Edge, Firefox, Chrome, Word, and a search icon.

www.telessaude.uerj.br/colorindo-e-movendo/imc/calcula 90% Pesquisar

Página inicial » índice de massa corporal (IMC) » calcule

índice de Massa Corporal (IMC)



Calcule seu IMC agora!

Seu peso: quilos

Sua altura: centímetros

Sexo: Masculino Feminino

Idade:

Mês de nascimento:

Fonte: Disponível em: <http://www.telessaude.uerj.br/colorindo-e-movendo/imc>

Não basta a criança autorregular-se em relação à sua alimentação e ao seu peso corporal. Por meio de outros artefatos didáticos, como um caderno de atividades de Ciências, endereçado as crianças do 5º ano do Ensino Fundamental (2015), é possível encontrar informações sobre como o estilo de vida é condicionante para a saúde, entendendo o estilo de vida como resultado de escolhas (Figura 12).

Figura 12: Capítulo 9 – Nosso estilo de vida, nossa saúde. Atividade de Ciências – 5º ano. Projeto Apis.

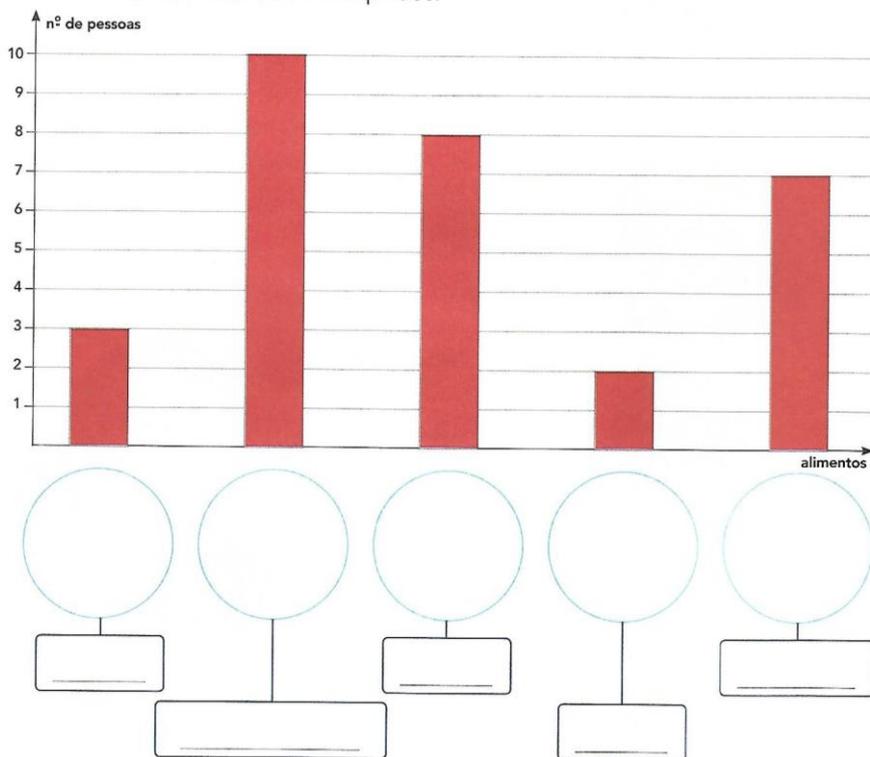
Capítulo 9 – Nosso estilo de vida; nossa saúde

1 Uma pesquisa sobre os hábitos alimentares de um grupo de dez pessoas revelou o seguinte:

- todas as pessoas têm o hábito de tomar refrigerante todos os dias;
- oito pessoas costumam comer doce com frequência;
- somente duas pessoas comem salada diariamente;
- sete pessoas têm o hábito de comer batata frita constantemente;
- três pessoas costumam comer fruta todos os dias.

O gráfico a seguir reproduz os resultados da pesquisa acima. Só que ele está inacabado. Então, complete-o. Para isso:

- a) complete as colunas com o nome dos alimentos indicados acima;
- b) crie cinco símbolos, um para cada alimento consumido pelas pessoas e desenhe-os nos círculos adequados.



- 2** Analise os hábitos alimentares do grupo de pessoas da página anterior.
- a) Essas pessoas estão comendo muitos alimentos com elevado teor de gorduras e calorias?
- _____
- b) O que poderia justificar os hábitos de consumo desse grupo de pessoas?
- _____
- _____
- c) Quais podem ser as consequências desses hábitos alimentares a longo prazo?
- _____
- _____
- d) Que mudanças nos hábitos alimentares você sugeriria para as pessoas desse grupo?
- _____
- _____

Fonte: (NIGRO, 2014, p. 20-21)

A criança, em contato com este artefato, é chamada a exercer ações de acompanhamento e atuar como conselheira dos outros. Ao ser convocada a arbitrar/ julgar em termos de conhecimentos sobre opções saudáveis e não saudáveis a criança muda de posição, daquela que não só aprende, mas que pode também ensinar o que aprende, na condição de agente disseminador das informações. A criança é convidada a julgar formas de alimentação de um grupo de indivíduos na atividade em destaque, orientada pelos comandos, como o que convoca a ela: “analise os hábitos alimentares do grupo de pessoas”: “**essas pessoas estão comendo muitos alimentos com elevado teor de gorduras e calorias?**”, “**quais podem ser as consequências** desses hábitos alimentares a longo prazo”, “**que mudanças nos hábitos alimentares você sugeriria para as pessoas desse grupo**”.

Nesses comandos, são fornecidas matrizes de comportamentos, pelas quais à criança são apresentados os critérios de avaliação que funcionam como formas de identificar diferenças ou aproximações com tais comportamentos e (re)pensar sobre como age e se vê em relação a sua alimentação.

Nas atividades em destaque, a criança é testada em relação aos sistemas de julgamento exteriores, que instituem o que é uma alimentação saudável e como isso se desenvolve junto a esse sujeito, por meio de práticas que o levam a se *questionar e se avaliar* em relação aos seus hábitos alimentares cotidianos. Ainda que essa estratégia parta de um julgamento de comportamentos alheios a sua vontade, possivelmente a partir de outro indivíduo que faz “boas” e “más escolhas” na hora da alimentação – as boas marcadas por poucos indivíduos que optam em “comer salada diariamente” e “comer fruta todos os dias”; e as más, praticadas pela maioria dos indivíduos que declaram o “hábito de tomar refrigerante todo dia e consumir doces e batata frita constantemente” – esse binarismo é apresentado à criança na forma de regras de comportamento que são aceitáveis ou não.

Nesse processo, as crianças se julgam e ao mesmo tempo julgam a alimentação de outra pessoa, exercendo para si uma espécie de *veridicção etopoiética*⁴⁵ em que ela se testa em relação à “interiorização” dos hábitos ditos como saudáveis – como, evitar frituras, refrigerantes, doces –, isso é feito por mecanismos que levam o sujeito a avaliar se assimilou suficientemente determinada verdade – neste caso, optar sempre pelos alimentos saudáveis a ponto de transformá-la em uma ética⁴⁶ para si (FOUCAULT, 2004). Uma conduta contínua no plano de suas ações, como a de adotar regimes alimentares, tratando-se isso não somente de um ato discursivo, mas um processo que implica um cuidado de si e um cuidado com os outros, portanto, implica um modo de existência, uma maneira de se conduzir, uma forma de vida. (PELBART, 2013, p. 220).

Assim sendo, para criança é apresentado diferentes formas de se “autovigiar”, estimar se suas escolhas são as que se aproximam do que se propaga como uma alimentação saudável e que é reiterado na forma de questões discursivas que instruem sobre quais alimentos devem consumir. Essa atividade reforça como as crianças são testadas o tempo todo. Escolhas que supostamente elas são livres para fazer desde que num

⁴⁵ Conforme os estudos de Foucault acerca da parresía, desenvolvido no terceiro domínio de suas obras “Ser-consiigo” (VEIGA-NETO, 2016), o ato de veridicção “não se trata [...] de se perguntar o que é a verdade [...], ou o que a torna possível, ou no que consiste o conhecimento verdadeiro. Não é um estudo sobre as condições de possibilidade formais da verdade, não é um trabalho de epistemologia. Mas trata-se de pensar quais implicações tem o dizer-a-verdade para aquele que fala, quais transformações acarreta na relação consigo mesmo e com os outros, portanto, quais mutações éticas se podem detectar nessa prática do dizer-a-verdade, ou do falar - francamente.

⁴⁶ Entende-se como a maneira pela qual um indivíduo faz de si mesmo a matéria principal de sua conduta moral; da mesma maneira, ela implica necessariamente um modo de sujeição, isto é, a maneira pela qual um indivíduo se relaciona com uma regra ou com um sistema de regras e experimenta a obrigação de colocá-las em ação. (REVEL, 2005, p. 45).

conjunto determinado de decisões possíveis, a criança também é atravessada por relações que dirigem seus modos de ser e agir, em vista de que “o exercício de poder consiste em conduzir condutas e dispor a probabilidade” (FOUCAULT, 1995, p. 243), e isso se processa através de “sujeitos livres, ou seja, sujeitos que dispõem de um campo de várias condutas possíveis” criadas socialmente e que orientam e gerenciam o indivíduo no que é dito como “seu” processo de “tomada de decisão”, mas de seu, não o é.

Macropolíticas e micropolíticas compõem, assim, o dispositivo da saúde alimentar-motora da criança na contemporaneidade, as quais articuladas entre si estão em operação na escola, instituídas como biopedagogias (WRIGTH; HARDWOOD, 2009). Biopedagogias são biopolíticas contemporâneas que são postas em circulação nos espaços e questões escolares a partir de determinados programas de governo tais como, campanhas de prevenção ou promoção da saúde, que se dirigem às crianças em idade escolar. Entende-se que as biopedagogias não somente colocam os indivíduos em constante vigilância, mas os “pressionam para aumentar o controle sobre eles mesmo, frequentemente aumentando seus conhecimentos sobre os riscos relacionados à obesidade e instruindo-os sobre como comer corretamente e permanecer ativo” (WRIGTH, 2009, p.1). Isso se dá numa perspectiva de conjunto, com ações dirigidas a um grupo populacional, como as crianças em idade escolar.

As biopedagogias no que tange à alimentação, com práticas dirigidas às crianças de forma coletiva, elas se operam por políticas de regulação e de controle em nome da prevenção da obesidade por meio de informes inseridos nos livros didáticos, dirigidos às crianças, em relação ao que fazer e não fazer para garantir uma “alimentação saudável”. (Figura 13).

Figura 13: Informe Modelo n.1 – Alimentação saudável em 10 lições – Parceria entre Ministério da Saúde e Plano Nacional do Livro Didático (PNLD).



Fonte: Ministério da Saúde (2017); Plano Nacional do Livro Didático.

Por essa iniciativa (Figura 13) se reprocessa o discurso biológico no discurso pedagógico, na forma de “lições para uma alimentação saudável”. Com atenção para a linguagem que atravessa a criança, nesse artefato, são notórios como os verbos no tempo presente e no modo imperativo – *Faça, Coma, Evite, Diminua, Beba* –, reforçam ao sujeito a necessidade de realizar determinada ação, convocando a criança a agir sobre si mesma, posicionando quais ações elas, em geral, devem adotar no seu dia a dia. São lições que tratam a criança como um universal fixo, como um sujeito que deve fazer algo em nome de pertencer a um determinado grupo, apagando suas singularidades, negando certas posturas em função de expectativas sociais normatizadas do dever de ter uma vida saudável. Nesse contexto, qualquer outra prática que fuja às regras anteriormente determinadas são silenciadas, ou mesmo apagadas como alternativa possível de ser adotada.

Em conjunto ao que se processa diretamente para a criança, há o que indiretamente também se instala na escola que de uma forma mais abrangente também é responsável por cuidar e modelar modos de agir e de ser em nome da preservação da saúde da população infantil. Dentre as ações desenvolvidas nesse caminho, podem ser citadas: a qualificação de profissionais envolvidos com a criança e a criação de meios de controle, sejam por meio de legislação ou de saberes reforçados socialmente, de que existem alimentos (in)adequados oferecidos na cantina e da necessidade de lanches saudáveis que podem ser preparados em casa e levados à escola.

Nas mesmas condições de possibilidade, essas práticas materializam-se no currículo escolar, por meio de legislação específica que determina a inserção da educação nutricional como temática transversal nas disciplinas, além do incentivo a implementação de hortas escolares. Em nome de uma infância saudável, os gestores são orientados a criar formas de restringir certos alimentos no âmbito escolar, como alimentos ultraprocessados⁴⁷ tanto na cantina como nos comércios do entorno da escola, sob o argumento de que o ambiente não deve influenciar negativamente o comportamento alimentar das crianças. (BRASIL/MEC/MS, 2017; BRASIL/Ministério da Saúde, 2014).

As práticas enumeradas se encontram em operação na escola e conectam-se às práticas que propõem tornar o ambiente da criança favorável ao cultivo de hábitos saudáveis, que se ratificam por outras de iniciativas governamentais formando uma rede que acaba por capturar e posicionar sujeitos. Vê-se essa rede em operação na oferta de cursos e competições realizadas, por meio de concursos patrocinados pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação e de *reality show*⁴⁸ exibido na TV Escola, que se trata de uma competição entre merendeiras que cozinham pratos do cardápio escolar, e suas participações reiteram o discurso de oferta de uma merenda mais saudável nas escolas.

⁴⁷ De acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014), trata-se de alimentos fabricados pela indústria a partir de substâncias extraídas ou derivadas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido, proteínas, gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor). Passam por técnicas de processamento industrial, como extrusão, moldagem e pré-processamento por meio de fritura ou cozimento. Ex.: refrigerantes, refrescos, biscoitos recheados, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, sorvetes, balas e guloseimas em geral, cereais matinais açucarados, bolos e misturas para bolo, barras de cereal, produtos congelados e prontos para aquecimento, como pizzas, hambúrgueres, nuggets e salsichas. De acordo com o Guia a população deve evitar esse tipo de alimento.

⁴⁸ O Programa consiste na reunião de 10 merendeiras de escolas públicas de todo o país, premiadas em concursos realizados pelo FNDE em 2015 e 2016, as quais de acordo com o site da TV Escola são “donas de temperos únicos e sabores incomparáveis” e que competem por um grande troféu: ser a vencedora do primeiro reality da TV Escola. O programa possui 13 episódios. O último episódio foi exibido dia 21 de dezembro de 2018, disponível no seguinte endereço eletrônico: <http://hotsite.tvescola.org.br/supermerendeiras/>.

Em favor de uma alimentação saudável, institui-se também nas escolas, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) por meio dele dispõem-se nutricionistas para acompanhamento e formulação de planos alimentares para o público da escola, esses profissionais também atuam na previsão financeira que deve considerar que pelo menos 30% dos produtos a serem consumidos sejam advindos da agricultura familiar. Tudo isso, em nome de uma suposta “garantia de alimentos mais saudáveis e frescos para os alunos na escola”. (BRASIL/PNAE, 2017; TV Escola).

No que concerne à realização da atividade física, o dispositivo da saúde alimentar-motora mobiliza a necessidade de contratação de profissionais qualificados para atuar junto à criança, no caso, os educadores físicos. Além disso, pelo currículo se prevê a inclusão de práticas e ações que estimulem o abandono ao sedentarismo incitando a necessidade de se movimentar, se exercitar, brincar, desenvolver atividades ao ar livre, seja nos momentos na escola – recreio, aula de educação física, campeonatos e torneios esportivos realizados –, seja convocando a família para participar de palestras que sugerem aos pais que incentivem seus filhos a incorporar o hábito da prática da atividade/exercício física.

Entre as práticas atribuídas à posição de uma criança saudável, na perspectiva motora, há a orientação de que as escolas ofereçam, além da educação física⁴⁹, “ações de Promoção de Práticas Corporais, da atividade física e do lazer no Programa Saúde na Escola” (BRASIL/PSE, 2017-2018), por meio de iniciativas como “formar **grupos de corrida**”, “realizar **jogos esportivos** interclasses”, “realizar festivais de **dança**”, “**recreio ativo** com disponibilidade de materiais esportivos” (Figura X). Tais práticas são propostas no interior de um programa estatal, com foco na população escolar, os quais se ligam ao propósito de reunir profissionais – “*da comunidade, profissional da saúde, professor*” –, momentos na escola – “*recreio, uso da escola nos finais de semana*” –, brincadeiras – “*queimado, cabo de guerra, amarelinha*” – e disposições arquitetônicas – “*bicicletário, quadra esportiva, cestas de basquete*” – para não deixar a “criança parada”, neste caso, em nome disso prevenir a infância do sedentarismo, da obesidade.

⁴⁹ Conforme a Lei nº 9.394/96 dispõe-se a Educação física como componente curricular obrigatório da educação básica, conforme o Artigo 26 que prevê a seguinte redação: “Os currículos do ensino fundamental e médio devem ter uma base nacional comum, a ser complementada, em cada sistema de ensino e estabelecimento escolar, por uma parte diversificada, exigida pelas características regionais e locais da sociedade, da cultura, da economia e da clientela (...) § 3o A educação física, integrada à proposta pedagógica da escola, é **componente curricular obrigatório da educação básica**”.

Figura 14: Ações para incentivo às práticas corporais, atividade física e lazer com o público escolar (PSE). Orientações Gerais sobre as ações de Promoção de Práticas Corporais, da atividade física e do lazer no Programa Saúde na Escola.

Iniciativa
Disponibilizar música na recepção, no recreio ou saída dos alunos
Recreio ativo com a disponibilidade de materiais esportivos, acesso a pátios, quadras ou ginásios da escola
Articular acesso à escola nos finais de semana
Realizar jogos esportivos interclasses com o apoio da comunidade escolar
Realizar festivais de jogos populares intergeracionais (cabo de guerra, queimado, peteca, bola de gude, empinar pipa, rodar pião, etc.) com a participação da comunidade escolar
Elaborar painéis temáticos para ser preenchido pelo aluno com opiniões, fotos, colagens, pinturas, reportagens, desenhos, etc.
Incluir a ação na feira de ciência
Sessões de cinema com filmes comentados
Realizar mudanças estruturais na escola para favorecer a mobilidade e interação lúdica com o ambiente. Por exemplo, instalar bicicletário, cestas de basquete, estabelecer uma sala para jogos de salão, trocar carteiras por mobiliário móvel, como puff.
Formar grupo de corrida sob a supervisão de um professor, profissional de saúde ou adulto ligado à comunidade escolar
No chão: pintar jogo de amarelinha, pintar e colorir figuras geométricas, dividir o piso em faixas multicoloridas
Implantar ginástica laboral para os funcionários da escola
Realizar festivais de dança
Articular com os profissionais da Atenção Básica a realização de atividades nos polos do Programa Academia da Saúde

Fonte: (BRASIL, 2017-2018, p.2).⁵⁰

É possível notar como um sujeito criança saudável na perspectiva motora, institui-se em contraste ao sujeito criança obeso. Fala-se de saúde motora por meio da obesidade, considerando que ela é objeto do discurso contemporâneo, emerge sendo como alvo de controle biopolítico, de regulação do Estado. Em vista do dispositivo da saúde motora, a obesidade está no cerne de cálculos políticos e econômicos, pelos quais “aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais”, a saúde motora entra “numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder” (FOUCAULT, 2008, p. 3). Assim sendo, sobre a **obesidade na infância** atuam biopolíticas, pelas quais se implica não somente uma gestão da população, mas um controle das estratégias que os indivíduos, na sua liberdade, podem ter em relação a eles mesmos e uns em relação aos outros.

Nesse contexto, entende-se que um campo de intervenção se institui, com a obesidade infantil sendo tratada como um problema econômico e político, mensurado por previsões, estatísticas, medições pelas quais se justifica a criação de mecanismos

⁵⁰ Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/orientacao_geral_praticas_corporais_final.pdf

reguladores sobre os indivíduos que estão fora da norma de “ser saudável”. Isso explica os investimentos na prevenção da obesidade infantil, por meio de intervenção estatal, em vista das tecnologias de governo que criam um leque de iniciativas mais ou menos racionalizadas desenvolvidas por diferentes autoridades no sentido de intervir no âmbito da vitalidade humana por meio de mecanismos “do poder [que] se dirigem ao corpo, à vida, ao que a faz proliferar, ao que reforça a espécie, seu vigor, sua capacidade de dominar, ou sua aptidão para ser utilizada” (FOUCAULT, 2005, p. 137).

Em termos do biopoder, isso se reforça fora da escola em vista da intensificação de ações e do afinamento de sua precisão (SÍBILIA, 2015) que se dirigem em coibir a obesidade infantil. Nessa seara muitos estudos predizem o que é necessário fazer para obter um corpo infantil livre do risco da obesidade, a partir de saberes pelos quais se rege a existência da criança e dirige seus corpos e almas para determinados modos de ver a criança, em termos populacionais. Isso se institui à medida de que:

[O governo] depende do conhecimento. Para se governar uma população é necessário isola-la como um setor da realidade, identificar certas características e processos próprios dela, fazer que seus traços se tornem observáveis, dizíveis, escrevíveis, explica-los de acordo com certos esquemas explicativos [**saberes**]. O governo depende, pois, de **verdades** que encarnam aquilo que deve ser governado, que o tornam pensável, calculável e praticável. (ROSE, 1998, p. 37)

Entre as práticas que nutrem o processo de cálculo e de (re)conhecimento de uma população, nesse caso a infantil, há pesquisas acadêmicas que determinam a faixa etária específica (entre 10 e 14 anos) para prevenir o aumento excessivo de peso. Essa fase é dita como “melhor momento para a intervenção entre crianças e adolescentes, onde há uma tendência de declive na curva de IMC para a idade” (SILVA, 2015), ou seja, alunos do 4º ao 9º ano do Ensino Fundamental. Esse estudo foi baseado numa população assistida pelo programa estatal, “Saúde na escola⁵¹”.

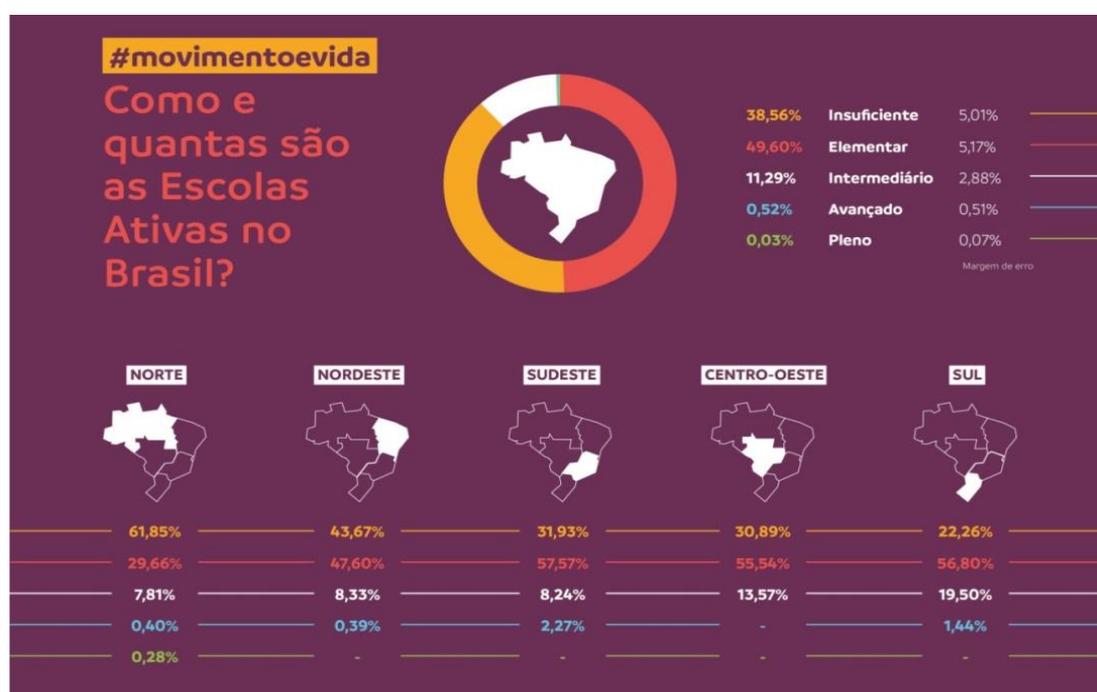
Outro estudo apresenta modelos estatísticos para mensurar e prever formas de melhorar a dieta da criança partindo do consumo escolar. Por dados antropométricos

⁵¹ O Programa Saúde na Escola (PSE) foi criado em 2007 e visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira. O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. Compreende-se a Educação Integral como um conceito que compreende a proteção, a atenção e o pleno desenvolvimento da comunidade escolar. Na esfera da saúde, as práticas das equipes de Saúde da Família, incluem prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e coletivos humanos. Informações disponíveis em: <http://portal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>

cruzados com os dados de consumo alimentar infantil, o estudo (re)afirma a existência de inadequações na qualidade da dieta das crianças. Por meio de uma programação linear sugere “mudanças no consumo alimentar para aumentar a qualidade da dieta” em relação a certos alimentos que podem ser inseridos e retirados do consumo infantil, substituindo a alimentação inadequada por dietas ditas saudáveis. (HORTA, 2016).

Em função da obesidade infantil, o dispositivo da saúde alimentar-motora compreende além de estudos que tratam sobre o que fazer para medir e prevenir a obesidade infantil, políticas que visam caracterizar e avaliar o modelo de escola, utilizando como categoria de classificação o volume de atividades esportivas e físicas desenvolvidas com o público escolar. A pesquisa disponível pelo relatório intitulado “Movimento é vida: atividades físicas e esportivas para todas as pessoas”, divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), órgão da Organização das Nações Unidas (ONU), articula-se com a perspectiva biopolítica de que a vida e seus mecanismos entram “no domínio dos cálculos explícitos, [...] [em que] a espécie entra como algo em jogo em suas próprias estratégias políticas”. (FOUCAULT, 2005, p.133).

Figura 15: Movimento é vida! Atividades Físicas e Esportivas para todas as pessoas. Como e quantas escolas são as Escolas Ativas no Brasil? (Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano do Brasil. 2017)



Fonte: Síntese de resultados do Relatório (PNUD, 2017). Disponível em: <http://movimentoevida.org/>

Neste tipo de prática discursiva, normalizam-se sujeitos pelas suas instituições de pertencimento – as escolas, que são categorizadas entre aquelas que orientam/estimulam a

realização de atividades físicas e esportivas e as que não atendem esse propósito. Os resultados da pesquisa mostram que as escolas na região Norte, 61,85% das escolas pesquisadas, são enquadradas na escala insuficiente. Esse tipo de ranqueamento expõe e localiza as escolas que se articulam, (e outras que não!), com os propósitos sociais previstos em políticas internacionais que se produzem a partir de uma expectativa social criada para alcançar “patamares mais elevados de desenvolvimento humano”⁵².

Por meio de uma “escola ativa”⁵³ algumas personalidades – professores, educadores físicos, gestores – são chamadas a falar com autoridade e (re)produzem/(re)forçam o discurso sobre de importância da atividade física e esportiva para a saúde. Tais autoridades, funcionam como tecnologias humanas pelas quais se age na modelagem das crianças com o reforço a certos padrões de comportamento, voltados para tornar o dia a dia da criança mais ativo. Nesse sentido, vemos a distribuição das atividades no tempo e no espaço escolar: atividades direcionadas no tempo de recreio por profissionais da educação física, construção dos espaços ditos como adequados e favoráveis para se praticar atividades físicas – tais como pátios, quadras, ginásios, para que as crianças possam fazer aquilo que é considerado “típico dessa idade”: brincar, correr, dançar, praticar esportes. Esse conjunto de práticas são demarcadas como favoráveis à saúde infantil e como suficientes para se assegurar um desenvolvimento normal e adequado na infância.

Práticas como programas, atividades escolares, campanhas publicitárias, pesquisas de entidades internacionais, compreendem formas políticas da modernidade que se

⁵² Mensagem do Coordenador Residente do Sistema das Nações Unidas no Brasil e representante Presidente do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) no Brasil. Disponível em: <http://movimentoevida.org/sumario/apresentacao/>

⁵³ O termo “Escola ativa”, consta no Relatório PNUD (2017). Segundo seus idealizadores, advoga em favor das AFEs (atividades físicas e esportivas) para toda a comunidade escolar, valoriza e promove o seu engajamento com as AFEs na escola e fora dela e tem como pressupostos básicos: 1. Fomentar e celebrar o mover-se na escola como expressão das individualidades e construção das relações sociais. 2. Considerar as necessidades diárias de atividade física preconizadas para crianças e jovens, diante das evidências da sua relação outras atividades curriculares, um amplo espectro de AFEs que acrescentam protagonismo e liberdade de escolha às crianças e jovens, frente às oportunidades presentes no seu cotidiano e ao longo da vida. - Oferece oportunidades de AFEs para a comunidade escolar (por exemplo, AFEs nos contraturnos, aos finais de semana, eventos). - Incentiva a prática de AFEs espontâneas durante recreios, intervalos e outros tempos livres da rotina escolar. - Avalia regularmente e valoriza a qualidade e a quantidade do envolvimento dos seus alunos e alunas com a prática das AFEs na escola e fora dela. Além disso, dispõe de: a. Estrutura física adequada e disponível para a prática de AFEs nos diferentes momentos do cotidiano escolar. b. Recursos humanos suficientes e qualificados para planejar e executar ações de promoção de AFEs dentro e fora do currículo escolar. c. Materiais didáticos diversificados, adequados e suficientes para atender as necessidades didáticas de todos os alunos e alunas. A partir dessa concepção, pode-se ampliar a Escola Ativa para além das questões de prevenção de doenças ou de incremento de desempenho escolar, que a motivaram nos últimos 20 anos, e adentrar em uma Escola Ativa promotora de desenvolvimento humano. (PNUD, 2017, p. 226-227).

instituem por uma combinação complexa de técnicas de individualização e de procedimentos de totalização que reforçam entre si, a composição do dispositivo da saúde alimentar-motora da criança na escola. Esse dispositivo emerge por se tratar a população, ou uma parcela dela, como as crianças como uma “massa global afetada por processos de conjunto que são próprios da vida” (FOUCAULT, 1997, p. 216).

Na perspectiva da governamentalidade liberal contemporânea, a saúde é tratada como um problema econômico (FOUCAULT, 2011) sendo isso um ponto motivador de sua gestão. Um dos riscos à saúde hoje, principalmente infantil, diz respeito a obesidade. Seu controle e se faz presente nas políticas atuais para a infância, com a criação de mecanismos de controle, dispositivos de segurança, por meio de certos procedimentos regulam as condutas dos indivíduos, mediante uma cultura de risco e do exercício da liberdade pelos quais se organizam formas de como o sujeito deve dirigir suas condutas com a finalidade de proteger-se de perigos cotidianos, interpelando o sujeito à adoção de determinados modos de agir na hora de se alimentar e se movimentar.

Portanto, a criança hoje é atravessada por práticas que (re)criam constantemente e em diferentes formas a posição de sujeito saudável, seja individual como coletivamente, formatando aquilo que pode, ou não pensar e agir. As escolhas saudáveis são pontilhadas em vista de relações de poder, por certos saberes e técnicas, como disse Sibília (2015, p. 193), que têm a capacidade de “intervir profundamente nas próprias essências orgânicas, alterando códigos da vida e reprogramando os destinos biológicos, tanto dos indivíduos como da espécie”. Busca-se converter constantemente e de diversos modos a criança, – por diferentes artefatos e práticas dispostas na escola – a ocupar a posição de um sujeito saudável. Quem desvia dessa posição é considerado como irresponsável, incompetente, imprudente consigo mesmo. Alguém que precisa ser educado, convertido a (re)encaminhar-se a uma vida saudável. Nesse caminho, a escola deve ajudar a assegurar que esse grupo populacional mantenha-se saudável, partindo de ações regulatórias sobre o coletivo e em nível individual e vice-versa.

3.1.3 Observar, encaminhar e incluir: a infância psicologicamente saudável

Nessa subseção trata-se das práticas que estão em operação na escola e que atuam junto aos sujeitos que se encontram nesse espaço, professores e alunos, partindo de artefatos, práticas que os atravessam e criam em nome da saúde psíquica da criança, a possibilidade de que é possível ocupar o lugar de um sujeito de aprendizagem do tipo saudável, como uma capacidade natural à toda criança, ainda que seja uma criança com suposta variação em relação a um grupo de crianças dito normal.

Práticas instituem o que se entende por saúde da criança na escola, entre elas compreendem-se as criadas pelo pressuposto de que existe um “desenvolvimento humano normal” da espécie, um processo de aprendizagem infantil saudável, e isso se explica por uma noção neuropsíquica da saúde do infantil que atua na regulação e no controle da então população escolar.

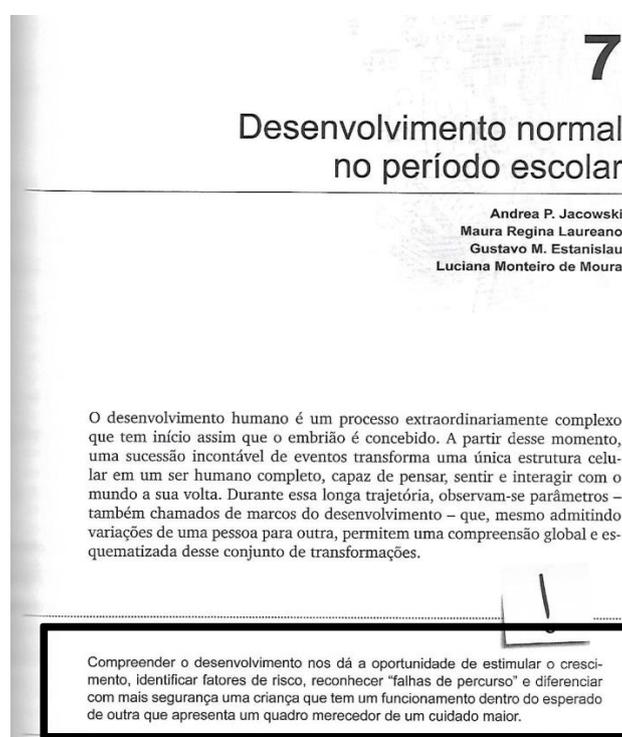
No final do século XX e início do XXI, uma das ciências a explicar a vida humana institui-se com a Psicologia científica, um saber moderno pelo qual se regram outros modos de ver e de falar o que se entende por saúde de um indivíduo. Na versão psicológica, a saúde é considerada como um elemento resultante de um conjunto de variáveis ambientais, mentais, cognitivas, neurológicas, emocionais do sujeito psicológico, nomeado “psicologicamente saudável”, aquele que se encontra na posição de bem-estar, livre de sofrimento.

A Psicologia é um campo de saber, no qual o indivíduo torna-se objeto de conhecimento, por ela instituem-se todas as possibilidades de comportamentos *a priori*, atos observáveis e não observáveis (emoções, sentimentos) ditos normais. Tais comportamentos se dividem entre condutas previstas e adequadas, e as atípicas e inadequadas. Tais diferenciações servem para justificar certas intervenções, como a de se destinar práticas terapêuticas, em específico, dirigidas aos indivíduos que são (foram) avaliados/diagnosticados com condutas inapropriadas ou inadequadas para sua idade, por não se enquadrarem em determinada condição biológica, social, neurológica dita normal ou esperada para essa população.

A análise de artefatos que integram a literatura disponível sobre a saúde mental na escola, nota-se um dos efeitos da Psicologia e de sua relação com a educação que se

difunde e penetra no processo de formação de professores. Em um livro⁵⁴ organizado por dois psiquiatras, reitera-se que há um desenvolvimento normal da criança, um desenvolvimento esperado, ainda com variações, por se afirmar que há “parâmetros”, “marcos de desenvolvimento” que indicam o que é previsto aos indivíduos num curso **normal de crescimento**, diferenciando-se as crianças entre aquelas que se encontram com o seu funcionamento “dentro do esperado” (normal!) e a “que merece cuidados”. Tais informações dirigidas aos professores propagam-se como verdades globais que expressam uma espécie de natureza específica e inerente às crianças.

Figura 16: Capítulo 7: Desenvolvimento normal no período escolar. In: Livro Saúde mental na escola: o que os educadores precisam saber.



Fonte: (JACOWSKI *et al.*, 2014, p. 81).

A criança normal e saudável na Psicologia se produz no início do século XXI com a emergência de saberes que criam áreas de atuação profissional: psicopedagogos, psicólogos escolares e neurocientistas. Tais profissionais passam a ser inseridos no contexto escolar para atuar em práticas que impõe modelos explicativos acerca da aprendizagem da criança e seu desenvolvimento neuropsíquico. Opera-se com isso uma espécie de vigilância, um mapeamento sutil entre os alunos, identificando aqueles apresentam “desenvolvimento normal no período escolar”, assim como atuando no

⁵⁴ ESTANISLAU, Gustavo. BRESSAN, Rodrigo Affonseca. (Org.) Saúde mental na escola: o que os educadores precisam saber. Porto Alegre: Artmed, 2014.

processo de distinção de uma “criança que tem um funcionamento dentro das expectativas do esperado de outra que apresenta um quadro merecedor de um cuidado maior” (JACOWSKI *et al.*, 2014, p. 81).

A organização da Psicologia, Psicopedagogia e das Neurociências como novas ciências para explicar a natureza humana, promove um conjunto de normalizações sobre o que se entende por saúde e sua relação com a aprendizagem infantil. Por esses campos de saber se estabelecem padrões sobre o que é considerado normal e o que desvia desse padrão na escola, classificando e hierarquizando os sujeitos escolares entre aqueles que apresentam “falhas no percurso” (JACOWSKI *et al.*, 2014, p. 81) de desenvolvimento e aqueles que escapam desse lugar de sujeito.

A percepção de que o sujeito que não se encaixa nos padrões previamente estabelecidos é um erro, desvio ou “falha”, se instituiu num momento em que a perspectiva científica de compreender o mundo físico, proposta por Bacon nas ciências naturais, estende-se ao mundo social. Assim sendo, as relações humanas seguem modos científicos de compreensão, a partir dos quais se criam padrões de normalidade física, psíquica, comportamental e social que são cientificamente propostos (OLIVEIRA, 2013). Tais padrões se difundem na escola.

Em contraponto ao atual momento em que a neuropsicologia dá a conhecer os problemas de aprendizagem infantil, nos anos de 1950 era usual atribuir os problemas de aprendizagem e o fracasso escolar à fome e à desnutrição (MOYSES; COLLARES, 1995). Esse discurso justificou a implantação das primeiras iniciativas de distribuição de merenda escolar em vista do objetivo traçado de que essa refeição poderia contribuir para melhora das “condições nutricionais e a capacidade de aprendizagem” reduzindo “os índices de absenteísmo, repetência e evasão escolar”⁵⁵.

Na atualidade a fome e desnutrição não ocupam o centro das preocupações quando o assunto é aprendizagem escolar. Isso não implica dizer que elas tenham sido superadas ou resolvidas no meio social, mas que as (des)continuidades da história possibilitaram a emergência de outros discursos em torno do que explicaria a aprendizagem saudável e eficiente na escola. Hoje o baixo rendimento escolar é atribuído como resultado de que

⁵⁵ Em 31 de março de 1955, através do Decreto nº 37.106, foi instituída a Campanha Nacional de Alimentação Escolar (CNAE), mais conhecida como Merenda Escolar. Ver estudo de Moyses e Collares (1995).

algo está em desordem na criança, sendo essa desordem identificada como “déficit”, um desvio e/ou transtorno que pode ter sua origem atribuída a uma causa interna ou à ausência de determinada capacidade de ordem psicológica ou neurológica da criança. Nesse processo de individualização do problema a criança não tem responsabilidade sob sua condição patológica, mas cabe ao professor, numa perspectiva disciplinar, observar a criança, como o objetivo de identificar possíveis problemas ou

“perceber que algo não vai bem na aprendizagem é essencial, uma vez que toda criança com dislexia ou outro **Transtorno Específico de Aprendizagem tem seu quadro inicialmente identificado como uma dificuldade escolar”**. (Cartilha - Conversando com os Pais sobre como lidar com a dislexia e outros transtornos específicos de aprendizagem, INSTITUTO ABCD, 2015).

A responsabilidade do professor prestar atenção na criança aciona-se diante de saberes pelos quais se especifica que a aprendizagem infantil deficiente pode advir de causas internas – psicológicas, neurológicas, cognitivas –, não como resultado de ações que podem ser percebidas no corpo do próprio indivíduo, como se enfatizou nos anos 50 do século XX no Brasil. Comer bem ou não comer, estar bem ou mal nutrido não mais ocupa o cerne quando se considera a hora de aprender.

Essa diferença demarca como os discursos atuais focalizam a identificação das crianças que “carregam” um problema, sendo o problema identificado na criança para administrá-lo, em vista dos discursos medicalizantes que passam a ocupar espaço na escola, ao alegarem que as crianças estão suscetíveis a desenvolver distúrbios neurológicos/psiquiátricos. Nesse processo identificamos cada vez mais e mais pessoas sendo capturadas por uma teia de diagnósticos de transtornos mentais. (MOYSÉS; COLLARES, 2014).

Uma das formas do discurso patológico se reforçar, no que tange a aprendizagem infantil, é a necessidade de preparação dos profissionais da educação para identificar, o mais cedo possível os supostos **transtornos** específicos da aprendizagem. Em um *site* disponibilizado e bastante difundido junto aos docentes, podemos observar um protocolo de encaminhamentos que devem ser observados pelo professor para não apenas identificar, como encaminhar a criança para o atendimento especializado:

Quando há a suspeita de algum **transtorno** específico de aprendizagem, a **escola deve, junto à família, encaminhar o aluno para uma avaliação multidisciplinar**. Além disso, deve promover também o **acompanhamento** consistente e afirmativo dessa criança ou jovem, incentivar os professores a

desenvolverem programas que favoreçam a integração social e promover o uso de ferramentas metodológicas que atendam à **neurodiversidade** em sala de aula. A abordagem precisa ser **preventiva**, individualizada, multissensorial e sequencial. Afinal, não se deve penalizar alguém por possuir uma forma de aprender que **não corresponda às expectativas da escola ou da sociedade**. (Site do Instituto ABCD. Disponível em: <https://www.institutoabcd.org.br>).

Por esse artefato são lançadas as pistas para traçar o caminho a ser seguido pelo professor. O transtorno deve ser identificado para que o aluno seja encaminhado para avaliação profissional que é “multidisciplinar”. É necessário ainda que essa criança seja acompanhada visando garantir não apenas sua inserção quanto sua integração social (por meio das ferramentas metodológicas que atendam à “neurodiversidade” existente na escola) uma vez que ela não aprende de acordo com “as expectativas da sociedade”.

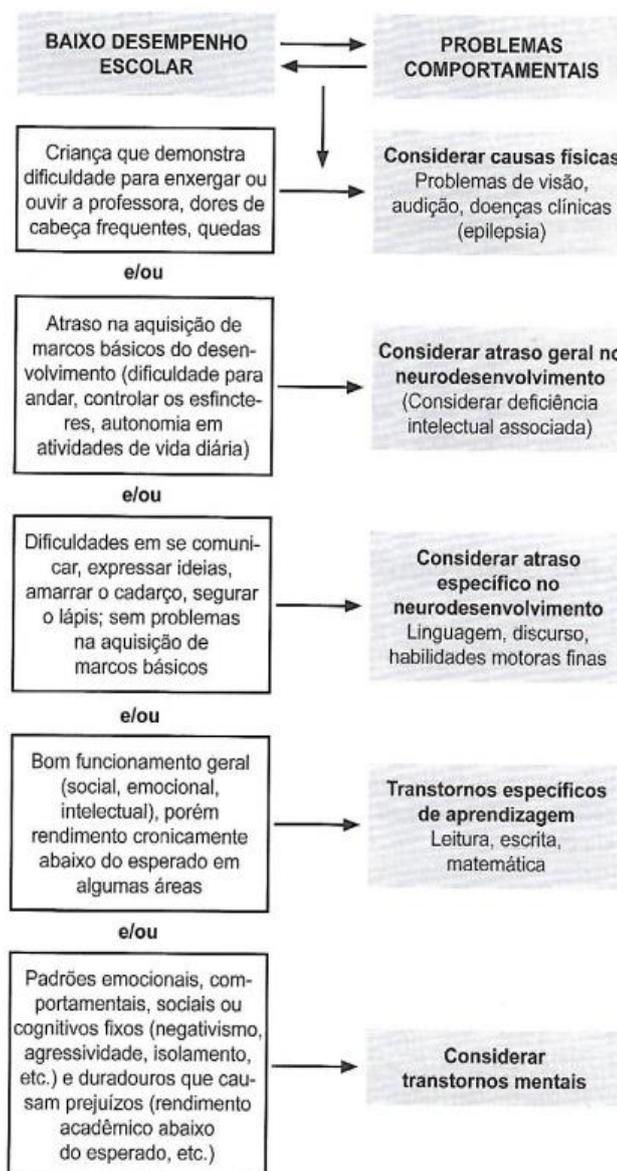
Identificar o estado patológico na criança, em termos neuropsicológicos, entra na ordem das prioridades escolares. Fluxogramas e testes padronizados são práticas que passam a circular no espaço escolar e funcionam na relação entre produção de conhecimento e governo da população infantil escolar. Isso acontece por meio de variadas formas, nas quais o sujeito passa a ser gerido externamente – por estratégias de “governo do outro”, do governo da população. Esse processo consiste num movimento que se aplica na vida contemporânea de que:

[...] para se fazer cálculos sobre uma população é **necessário enfatizar certos traços daquela população como o material bruto do cálculo, e exige informação sobre eles**. O conhecimento aqui adquire uma forma bem física; exige a transformação de certos fenômenos - tais como um nascimento, uma morte, um casamento, uma doença, o número de pessoas que vivem nesta ou naquela casa, seus tipos de trabalho, sua dieta, riqueza ou pobreza - **em materiais sobre os quais o cálculo político possa trabalhar**. Isto é, o cálculo depende de processos de "inscrição", que traduzem o mundo em traços materiais: relatórios escritos, mapas, gráficos e, de forma proeminente, números. [...] As inovações no conhecimento têm, pois, sido fundamentais para os **processos pelos quais o sujeito humano têm sido introduzido em redes de governo**. Novas linguagens têm sido inventadas para falar sobre a subjetividade humana e sua pertinência política, **novos sistemas conceituais têm sido formulados para calcular as capacidades e a conduta humanas e novos dispositivos têm sido construídos para inscrever e calibrar a psique humana e identificar suas patologias e normalidades** (ROSE, 1988, p. 40. Grifo meu.)

As práticas nesse sentido seguem endereçadas principalmente ao docente que lida com a população infantil na escola. Um dos artefatos que atua nessa então rede de governo, pelos quais se calcula a conduta humana, identificam-se patologias e normalidades são os fluxogramas, um deles de uso do professor que funciona como um esquema explicativo que apresenta e une queixas escolares a causas prováveis (internamente e externamente

observáveis), para um determinado problema identificado, individualmente, na própria criança que se torna objeto de observação (Figura 17):

Figura 17: Fluxograma com as queixas escolares mais comuns no ambiente escolar e os sinais associados



Fonte: Saúde mental na Escola: o que os educadores precisam saber (2014).

A identificação de elementos atribuídos como sinais patológicos de uma criança se sobressaem no artefato em destaque. Entre as palavras que identificam os alunos na condição desviante da norma estão **“atraso”**, **“dificuldades”**, **“Baixo rendimento escolar”**, **“deficiência intelectual”**, **“problemas comportamentais”**, **“rendimento cronicamente abaixo do esperado em determinadas áreas”**, **“Padrões emocionais, comportamentais, sociais ou cognitivos fixos [...] e duradouros que causam prejuízos”**. Todos esses termos

que passam a integrar a nomenclatura técnica para se referir ao aluno desviante das normas, carregam valores negativos que são utilizados para traduzir condições tidas como patológicas em comparação ao que se entende por uma aprendizagem infantil adequada, correta, no tempo certo, e por que não dizer, saudável. Nesse caminho cabe ao professor a posição de reconhecer aquilo que no corpo da criança sinaliza sua “anormalidade” e para isso é preciso treinar seu olhar para reconhecer esses sinais. Uma vez identificadas as crianças que apresentam tal condição é necessário que suas demandas sejam se não resolvidas, pelo menos, minimizadas. Nesse caso, o sujeito criança que foge da norma passa a ser tratada como objeto de governo, um grupo populacional que deve ser manejado, administrado em detalhe, quando se divulga modos de se identificar no meio social e escolar crianças que apresentam determinada especificidade somática.

O tipo de atenção que se dirige ao grupo de crianças que fogem à norma, casa com o momento em que o corpo biológico passou a ser visto como aquilo que define indivíduos como sujeitos. Como efeito disso há a distinção do corpo patológico do corpo normal, que se processa na criação de cidadanias biológicas (ROSE, 2007), um tipo de identificação que leva a criação de políticas específicas para o grupo que compartilha, de acordo com o conhecimento médico ou científico, um traço biológico, como é o caso das crianças com Transtorno de Espectro do Autismo (TEA) (Figura 18).

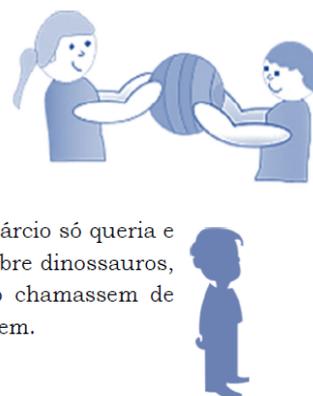
Figura 18: Manual de Manejo comportamental de crianças com Transtornos do Espectro do Autismo em condição de inclusão escolar: guia de orientação a professores.

- Crianças que são, muitas vezes, descritas e até confundidas como quietas, estranhas, esquisitas e/ou nerds

São crianças que transitam entre as pessoas, mas encontram dificuldades em interagir socialmente, não conseguindo estreitar os relacionamentos.

Exemplo 1

Márcio não conseguia conversar sobre diversos assuntos com os amigos. Quando eles falavam, Márcio só queria e só sabia falar o tempo inteiro sobre dinossauros, fazendo com que as crianças o chamassem de chato e, muitas vezes, o excluíssem.



13



Exemplo 2

Jaime chamou dois coleguinhas para passar o dia com ele em sua casa. Começaram brincando juntos de videogame e, de repente, Jaime saiu e se isolou no seu quarto, brincando de enfileirar carrinhos, deixando os amigos sozinhos.



Dessa maneira, podemos perceber que crianças com TEA apresentam dificuldades nas seguintes áreas:

- **Dificuldades em interpretar sinais** (expressões faciais, expressões verbais).

Exemplo: Quando Márcio não para de falar sobre dinossauros, as crianças falam: “aaaafzz”, reviram os olhos, e dão outros sinais de que não aguentam mais aquele assunto; mas Márcio não consegue captar esses sinais e, inde-

pendentemente de todos os sinais e expressões dos amigos, Márcio continua falando sobre os dinossauros.

- **Dificuldades em interpretar e entender as intenções dos outros.**

Essas dificuldades impedem que eles consigam perceber corretamente algumas situações importantes e essenciais no ambiente onde vivem.

Crianças com TEA:

- Apresentam prejuízos na qualidade da interação social. Exemplo: Aninha foi apresentar seu irmão João para uns amigos; eles falaram “Oi!”, mas João passou direto sem cumprimentá-los.

- Não conseguem estabelecer contato visual direto ou, quando olham, não mantêm o olhar.

- Têm dificuldade em compartilhar momentos e situações com os outros.

- Preferem objetos e animais às pessoas.

- Podem usar pessoas como ferramentas e/ou instrumentos para demonstrar o que desejam. Exemplo: Ricardo queria ir para a área de lazer. Então, pegou o braço de sua mãe e o colocou na porta para que ela pudesse abrir e ele pudesse sair para brincar.

- Apresentam risos inadequados e/ou fora de contexto.

Fonte: KHOURY *et al.* (2014, p. 13-15)

No Manual de Manejo comportamental de crianças com Transtornos do Espectro do Autismo, crianças com TEA são caracterizadas em relação aquilo que foge do padrão normal de comportamento, por um discurso que impõe e prevê, *a priori*, um conjunto de características que identificam a criança com transtorno numa perspectiva coletiva (ao compará-la a um conjunto de crianças ditas normais). Esse tipo de prática posiciona a criança numa condição de existência na qual o docente é orientado a identificar entre as crianças aquelas que têm “dificuldades que as impedem de perceber **corretamente** algumas situações importantes e essenciais no ambiente em que vivem”.

Nesse sentido o professor é alçado à posição de internalizar um sistema de julgamento de alunos para identificar aqueles que possuam algum traço biopatológico em comum, um traço que passa a defini-los como sujeito com direito (CALIMAN, 2013), a um tipo de educação que possa inclui-lo independentemente de sua variação à norma. Isso

ganha força e se difunde pela existência de artefatos dirigidos aos professores, pelos quais detalham-se minuciosamente os elementos que devem ser alvo de sua observação e intervenção junto a alunos com TEA, seja para identificar o tipo de aprendizagem da criança (se normal ou não), como também prevendo que o professor assuma a posição de exercer poder de dar o veredito final que vai dizer o que é normal e anormal na criança.

Outros artefatos que circulam na escola, delimitam um “território sobre o qual as ciências psicológicas, seus sistemas conceituais, suas invenções técnicas, modos de explicação e formas de *expertise* [que] exercem um papel-chave” (ROSE, 1988, p. 37). Desse amplo universo fazem parte os **testes padronizados**, que são divulgados e respondidos pelos docentes, na forma de questionário, como uma das etapas para identificar uma criança com TDAH. Por eles, reforçam-se como atributos da posição de poder do professor, o de identificar alunos com biopatologias (Figura 19).

Figura 19: Questionário do teste SNAP-IV⁵⁶, divulgado pela Associação Brasileira do Déficit de atenção.

NOME: _____

SÉRIE: _____ IDADE: _____

Para cada item, escolha a coluna que **melhor** descreve o (a) aluno (a) (MARQUE UM X):

	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.				
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações.				

⁵⁶ O respectivo questionário é denominado SNAP-IV (Swanson, Nolan e Pelham-IV) e foi construído a partir dos sintomas do Manual de Diagnóstico e Estatística – IV Edição (DSM-IV) da Associação Americana de Psiquiátrica. Esta é a tradução validada pelo GEDA – Grupo de Estudos do Déficit de Atenção da UFRJ e pelo Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência da UFRGS. Uma observação acerca do questionário é de que ele, segundo os pesquisadores, é apenas um ponto de partida para levantamento de alguns possíveis sintomas primários do TDAH e que o diagnóstico correto e preciso do TDAH só pode ser feito através de uma longa anamnese (entrevista) com um profissional médico especializado (psiquiatra, neurologista, neuropediatra). Outra observação é de que muitos dos sintomas relacionados podem estar associados a outras comorbidades correlatas ao TDAH e outras condições clínicas e psicológicas. Fonte: <https://tdah.org.br/diagnostico-criancas/>

5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.				
7. Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).				
8. Distrai-se com estímulos externos				
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
14. Não pára ou freqüentemente está a "mil por hora".				

	Nem um pouco	só um pouco	bastante	demais
15. Fala em excesso.				
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas				
17. Tem dificuldade de esperar sua vez				
18. Interrompe os outros ou se intromete (p.ex. mete-se nas conversas / jogos).				
<i>Versão em Português validada por Mattos P et al, 2005.</i>				

SNAP-IV
Universidade Federal do Rio de Janeiro

2

Como avaliar:

1) se existem pelo menos 6 itens marcados como "BASTANTE" ou "DEMAIS" de 1 a 9 = existem mais sintomas de desatenção que o esperado numa criança ou adolescente.

2) se existem pelo menos 6 itens marcados como "BASTANTE" ou "DEMAIS" de 10 a 18 = existem mais sintomas de hiperatividade e impulsividade que o esperado numa criança ou adolescente.

O questionário SNAP-IV é útil para avaliar apenas o primeiro dos critérios (critério A) para se fazer o diagnóstico. Existem outros critérios que também são necessários.

IMPORTANTE: Não se pode fazer o diagnóstico de TDAH apenas com o critério A! Veja abaixo os demais critérios.

CRITÉRIO A: Sintomas (vistos acima)

CRITÉRIO B: Alguns desses sintomas devem estar presentes antes dos 7 anos de idade.

CRITÉRIO C: Existem problemas causados pelos sintomas acima em pelo menos 2 contextos diferentes (por ex., na escola, no trabalho, na vida social e em casa).

CRITÉRIO D: Há problemas evidentes na vida escolar, social ou familiar por conta dos sintomas.

CRITÉRIO E: Se existe um outro problema (tal como depressão, deficiência mental, psicose, etc.), os sintomas não podem ser atribuídos exclusivamente a ele.

Disponível: <https://tdah.org.br/wp-content/uploads/site/pdf/snap-iv.pdf>

O teste foi traduzido e divulgado pelo Grupo de Estudos do Déficit de Atenção da Universidade Federal do Rio de Janeiro e pelo Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, instituições ligadas à formação de profissionais da área da saúde. Essa prática aproxima a instância médica da escola, penetrando à distância, mas se fazendo presente diretamente. Por meio do teste reforça-se na escola, pelo professor que tem contato com esse tipo de artefato, que há uma forma certa da criança se comportar, de ser conveniente. Quem foge disso existe/resiste fora da norma. A criança passa a existir como objeto de observação, de encaminhamento, de diagnóstico, de tratamento para ser incluída/ ter restituída a sua normalidade.

Se a criança “não conseguir prestar muita atenção”, “ter dificuldades de atenção”, “parecer não estar ouvindo”, “não seguir instruções”, “ter dificuldades na hora de organizar suas atividades escolares”, “evitar tarefas que exigem esforço prolongado”, “ter o hábito de perder coisas”, “não parar quieta”, “falar em excesso” é preciso agir para restituir a condição de normalidade. Tais ações do sujeito infantil são tratadas como ações que fogem do estado neuropsicológico dito saudável. Esse conjunto de condutas emergem como critérios que designam sintomas primários que indicam a existência de um possível transtorno de déficit de atenção e hiperatividade na criança (TDAH), desvios que levam a crer que sejam necessárias intervenções para compensar as deficiências desse grupo biopolítico determinado (ORTEGA, 2005).

É possível notar como os artefatos em destaque, cientificamente propostos e assegurados por profissionais da área da saúde, estabelecem codificações que demarcam fronteiras entre o normal e o patológico na criança. Uma observação sobre isso é que esse tipo de prática lembra as avaliações morais e disciplinares praticadas no início do século XX, em que alunos considerados “preguiçosos” por não cumprirem suas atividades escolares, eram designados como indivíduos com índices insuficientes de desempenho. Alegava-se com isso a impossibilidade de mensurar os graus de seu desenvolvimento cognitivo, sentenciando esses alunos às anormalidades e estados patológicos (STEPHANOU, 2005).

Com certas variações, as práticas na atualidade aparecem na forma de roteiros e manuais que orientam o docente a individualizar /classificar as crianças dentro de um grupo maior, considerado normal. Tais roteiros buscam em dados estatísticos que incidem sobre comportamentos, agora tomados como sintomas, de modo a diagnosticar a partir de

critérios de in/exclusão aqueles que devem ser submetidos ou não a tratamentos específicos. Tais aspectos que por muito tempo foram considerados traços de personalidade e temperamento (tagarelice, agitação, a distração) agora ganham outros nomes (déficit de atenção, ansiedade, hiperatividade, etc...), e “status” de desvio do normal compondo-se por um quadro sintomático cuja presença indica uma patologia a ser nomeada e tratada.

As práticas em operação na escola que objetivam modos da criança ser objeto de tratamento (por apresentar alguma condição patológica), faz com que elas sejam agrupadas como integrantes de um determinado grupo biopolítico. As crianças que fogem da normalidade tornam-se alvo de políticas voltadas a atender o grupo que compartilha de uma posição biopatológica, como os alunos com TDAH, e isso resulta numa tipografia ordenada do comportamento infantil, instituindo globalmente como se deve lidar com tais alunos.

Nesse processo, vê-se como o corpo infantil é mapeado por protocolos de observação destinados a regular e homogeneizar as percepções do professor, que tem a sensação de estar assistido científica e pedagogicamente com instrumentos capazes de orientá-lo num processo de tomada de decisão em relação ao que deve ser feito para identificar o grupo ao qual pertence à criança: se o normal ou o patológico. Esse último considerado como grupo que precisa ter restituído ou compensado a ausência de certas capacidades consideradas vitais para o desenvolvimento da criança.

Nota-se, portanto, que no processo de identificação, reconhecimento de crianças com os ditos transtornos neuropsicológicos por parte do professor, que os saberes psicológicos, neurológicos criam agrupamentos a partir de comportamentos descritos como adequados e inadequados para a criança e como aquilo que impede que sua aprendizagem flua a contento. Nesse caminho, cabe ao professor saber agir em determinadas circunstâncias. Certos artefatos descritos como instrumento de uso do professor, atuam na forma de registros/ e guiam sua observação em relação à criança, sob o argumento de que tais registros/informações podem “auxiliar o professor a organizar informações sobre o comportamento, seus antecedentes e suas consequências, para entender possíveis fatores associados a comportamentos tanto **adequados** quanto **inadequados**” da criança (KHOURY *et al.*, 2014, p. 31).

Esses instrumentos servem para detectar se algo não vai bem com a aprendizagem infantil buscando relacionar todos os desvios de uma criança saudável, ao mesmo tempo em que direcionam-se para reforçar a necessidade de que é preciso fazer algo com o grupo de indivíduos que coloca em desequilíbrio uma determinada população. Se há desequilíbrio uma série de mecanismos, tecnologias curativas, terapêuticas são criadas para regular os objetos patológicos criados pelo próprio discurso normativo: as crianças que fogem à norma saudável. Assim sendo, o **encaminhamento** do aluno que apresenta algum desvio é reforçado nas práticas de uma das figuras que estão em contato direto e diário com a população observada e a ser controlada: o professor, a gestão escolar. Estudos na literatura pedagógica regulamentam as práticas ditas em nome de diagnóstico e de observação do professor, para encaminhamento de alunos com suspeita de transtorno. (Figura 20).

Figura 20: Processo de diagnóstico - Livro Saúde mental na escola: o que educadores precisam saber.

COMO É REALIZADO O PROCESSO DIAGNÓSTICO? COMO POSSO AJUDAR?

O processo diagnóstico pode ser feito por médicos (psiquiatra da infância e adolescência, pediatra ou neuropediatra), com ou sem o auxílio de uma equipe multidisciplinar, que pode ser composta por: neuropsicólogo, psicólogo, psicopedagogo, terapeuta ocupacional e/ou fonoaudiólogo. A avaliação geralmente é composta por um ou mais dos passos descritos a seguir:

- ☞ entrevistas com os pais (levantamento de queixas e sintomas e relato sobre o comportamento da criança em casa e em atividades sociais)
- ☞ entrevistas com professores (relato sobre o comportamento da criança na escola, levantamento de queixas, sintomas, desempenho escolar, relacionamentos com adultos e crianças)
- ☞ questionários e escalas de sintomas a serem preenchidos por pais e professores
- ☞ avaliação/observação da criança no consultório
- ☞ avaliação neuropsicológica
- ☞ avaliação psicopedagógica
- ☞ avaliação fonoaudiológica

Para auxiliar nesse processo, é extremamente importante que o professor preste especial atenção e descreva as atividades e os comportamentos do aluno, sem preocupação com nomes técnicos. Dar exemplos práticos sobre os comportamentos da criança tanto para os pais quanto para os profissionais da saúde é fundamental para auxiliar no processo diagnóstico.

Características da criança que devem ser observadas pelo professor e relatadas durante o processo diagnóstico

1. Como a criança se relaciona com adultos? Ela é receptiva ao contato com o adulto? É afetuosa? Compreende a hierarquia? Obedece às regras? Procura ajuda quando necessita?
2. Como a criança se relaciona com outras crianças? Consegue brincar em grupo? Consegue seguir as regras das brincadeiras? Tem amigos? Os colegas gostam dela? Ela briga facilmente?
3. Como reage quando é contrariada pelo professor ou por outras crianças?
4. A criança finaliza o trabalho individual em sala de aula?

(Continua)

(Continuação)

5. A criança consegue finalizar o trabalho de sala no prazo estipulado? Consegue finalizar quando lhe é dado tempo extra?
6. Como é o desempenho acadêmico em sala de aula? O nível de acertos é semelhante ao dos colegas de sala?
7. Como é a finalização e a precisão dos trabalhos realizados em casa?
8. Como são as habilidades de organização da criança em relação a seu material, suas anotações e registros de tarefas e das aulas, dos trabalhos entregues e do ambiente de trabalho?
9. Quais situações parecem piorar o desempenho da criança? Quais parecem melhorá-lo?

É importante enfatizar que a diferenciação entre características pessoais e problemas mentais de um transtorno mental é, na maioria das vezes, difícil. Por isso, o reconhecimento e o tratamento desses quadros devem ser feitos por profissionais com experiência na área. Assim, não se espera que ela seja feita pelo educador, dentro da sala de aula. O importante para os profissionais da área da educação é que eles possam se sentir mais seguros em reconhecer os casos que precisam ser encaminhados.

O QUE FAZER QUANDO UM ALUNO NECESSITA DE AVALIAÇÃO?

O professor, ao perceber a necessidade de avaliação de saúde mental, deve, de maneira sensível e respeitosa, comunicar aos pais da criança que algo está acontecendo (em algumas escolas, essa comunicação é feita por meio de uma figura centralizadora, como um coordenador pedagógico, professor mediador escolar comunitário ou diretor). Essa abordagem, se estabelecida em um contexto de parceria, já pode trazer resultados positivos, pois, frequentemente, a família está tão envolvida em seus problemas que não identifica o período difícil que o jovem atravessa. O profissional da educação deve acolher as preocupações dos pais e da criança e oferecer conforto e suporte. Em casos mais graves, um encaminhamento para profissionais especializados pode se fazer necessário, e a escola pode auxiliar conhecendo e apontando os serviços disponíveis na região.

QUAL O PAPEL DO DIAGNÓSTICO?

Um diagnóstico se presta a várias funções, como descrever as características de um determinado transtorno, sua evolução, fornecer informações sobre possíveis causas e direcionar para o tratamento mais indicado. O diagnóstico marca o início do tratamento.

Fonte: (FLEITLICH-BILYK, 2015, p.30-32)

Além do processo de identificação de crianças que fogem à norma, a escola e o professor atuam de modos diferenciados na ocasião de diagnóstico de transtornos. Ao professor reserva-se a função de observar, relatar, descrever às autoridades atividades comportamentos dos alunos, apontar as “**características da criança [...] relatadas** durante o processo de diagnóstico”. Considera-se nesse processo que ele participe do processo de avaliação da criança, em um ou mais passos, alguns deles sendo “entrevistas”, com o relato sobre o comportamento da criança na escola, levantamento das queixas, sintomas, desempenho escolar, relacionamento com adultos e crianças; responder a questionários e escalas de sintomas a serem preenchidos; avaliação/observação da criança.

A participação do professor na hora do diagnóstico demonstra uma forma de apresentação diferenciada de sua função, atestando que em certas regiões do discurso da inclusão da criança que foge à norma saudável, o tipo responsabilidade do docente altera-se. O professor deixa de ter centralidade na etapa de diagnóstico da criança que foge à norma de um desenvolvimento dito saudável, sendo esse processo restrito ao parecer final de médicos, com ou sem equipe multidisciplinar. Isso se institui, ao se alegar que o reconhecimento e o tratamento de quadros patológicos devem ser feitos por profissionais com experiência na área da saúde, ou seja, profissionais que estão fora da escola, e isso se restringe ao especificar que “não se espera que ela [a avaliação] seja feita pelo educador dentro da sala de aula”.

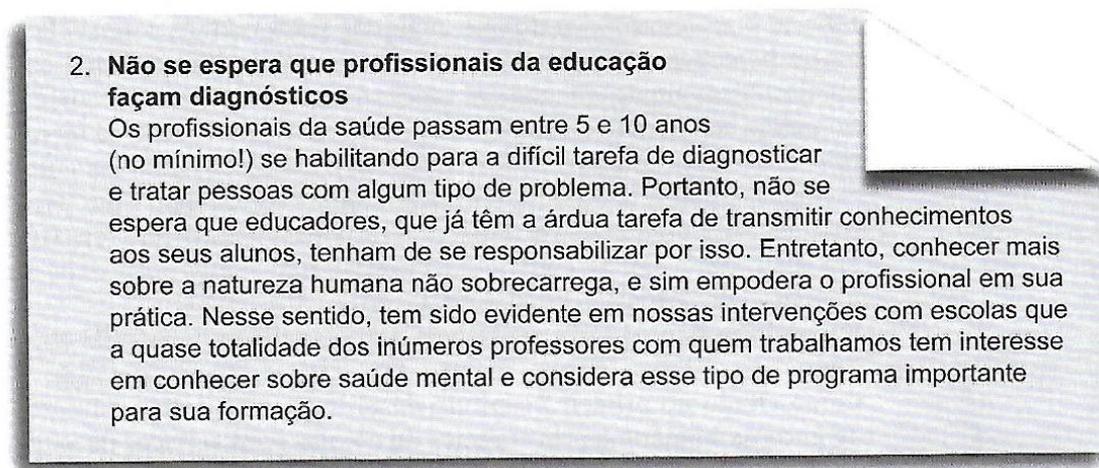
O exposto pontua a limitação da atuação do professor, isso quando se destaca que o importante “é que os profissionais da área da educação é que eles possam se sentir mais seguros em **reconhecer os casos que precisam ser encaminhados**” (KUTCHER, WEI, ESTANISLAU, 2015, p.66) para os profissionais especializados, de fora da escola. O papel secundarizado do professor em encaminhar o aluno para possível avaliação/profissional, para consulta especializada, isso se reitera ao se advertir que não se espera que profissionais da educação façam diagnósticos, quando se diz que:

“Não se espera que educadores, que já têm a árdua tarefa de transmitir conhecimentos aos seus alunos, tenham de se responsabilizar por isso. Entretanto, conhecer mais sobre a natureza humana não sobrecarrega, e sim **empodera o profissional em sua prática**”. (KUTCHER, WEI, ESTANISLAU, 2015, p.66).

Diante do exposto, nota-se como se delimitam papéis diferenciados dentro de um mesmo discurso para o professor, papel que varia em função da posição de poder que ele deixa de ocupar, neste caso no momento de diagnóstico da criança com determinado

transtorno, distúrbio, deficiência. Esse lugar é distinto de quando ele ocupa a posição de identificação de um aluno com transtorno, com desvio na escola. Isso é perceptível ao ser descrita a sua importância de tomar a decisão de voluntariamente identificar, encaminhar, ser de-(re)lator das características do aluno, observadas num determinado período de tempo. Todavia, quando se trata da avaliação, do diagnóstico, do tratamento da criança, esses processos se dirigem ao mercado, como algo restrito a especialistas somáticos – psicólogos, pediatras, neurocientistas, psicopedagógicos, psiquiatras.

Figura 21: Capítulo - Educação em saúde mental: uma nova perspectiva. Ao discutir sobre saúde mental, é importante observar que...



Fonte: (KUTCHER, WEI, ESTANISLAU, 2015, p.66).

Acerca da atuação do professor e da política de encaminhamento do aluno ao mercado para tratamento, isso se processa numa perspectiva de biopolítica privatizante (SIBÍLIA, 2015), a medida de que o papel do sujeito, neste caso da criança encaminhada da escola ao profissional da saúde torna-se um objeto de investimento de sua família que é orientada a recorrer não somente a instituições sociais convencionais, de uso público – como o hospital, a escola –, para sanar distúrbios, rever a aquisição de capacidades até então não desenvolvidas, mas recorrer ao mercado para consumir tratamentos, medicamentos ou mesmo aderir à prestação de serviço médico, neuropsicológico, psicopedagógico no consultório, com recursos próprios, por ser essa uma responsabilidade que recai sobre o próprio indivíduo, ou mesmo o seu responsável legal, a família no caso da criança. Nesse sentido, atesta-se que a escola participa, integra essa biopolítica pela prática do encaminhamento dos alunos que apresentam variação de um desenvolvimento normal ao profissional da saúde.

Nos termos especificados, nota-se como o corpo infantil têm sido alvo de “toda uma variedade de tecnologia do eu”, justificando-se a existência de modos de controle desse sujeito, através de “[...] receitas praticáveis para a ação [...], exercido por diferentes profissionais – psicopedagogos, neuropsicólogo, professores – em diferentes locais [a incluir a escola, o consultório, o lar]”. (ROSE, 2001, p. 46). Isso confirma o que já especificou Foucault (2002, p. 52):

[...] afirmar que a escola é uma instituição significa pensá-la como um foco de experiência concreta por qual as formas de saber, as matrizes de comportamento e os modos possíveis de ser sujeito constituem-se para definir um número de estratégias específicas a partir de uma multiplicidade de sujeições (a da criança ao adulto, da prole aos pais, do ignorante ao erudito, do aprendiz ao mestre, da família à administração pública, etc.) (FOUCAULT, 2002, p. 52).

Em termos das psicopatologias criadas pelos discursos neuropsicológicos e do pressuposto de que há sujeição na escola, isso também se desdobra e se formata nas condutas do professor. O professor é circundado e atravessado por um conjunto de regras, pelas quais se autoavalia com base nas formas de intervenção que pratica, e isso não ocorre porque ele mesmo decide autonomamente, mas porque no próprio discurso demarcador da a/normalidade da criança instituem a ele formas de ver, de agir e de escolher o que fazer consigo mesmo e com a criança que foge a norma saudável, isso em vista de se vê responsável em assegurar a aprendizagem, o desenvolvimento neuropsicológico saudável da criança.

As regras que regem o comportamento do professor diferenciam-se, conforme cada tipo de criança, em especial, quando se fala do papel do docente na inclusão da criança, como aquelas ditas com “**dificuldades comportamentais**” passíveis de intervenção, como as que apresentam “déficit de humor oscilante” e “dificuldades de relacionamentos ou mesmo o fato de a criança não apresentar contato visual ou apresentar prejuízo na atenção”. Todas essas dificuldades são detalhadas e descritas como características de certos tipos condutas que podem se manifestar ou mesmo serem detectados em sala de aula. Uma vez identificados, descritos ao professor, o discurso da inclusão escolar institui como expectativa social, que o docente proponha voluntariamente, com os roteiros propostos na literatura pedagógica, meios de superação da limitação que determinada “dificuldade” pode representar à criança.

Figura 22: Instruções sobre como Manejo comportamental de crianças com Transtornos do Espectro do Autismo em condição de inclusão escolar: guia de orientação a professores

Nos quadros seguintes, estão relacionadas outras recomendações gerais para manejo de dificuldades comportamentais²⁸.

Tipo de déficit

Humor oscilante e dificuldade de relacionamentos

Como isso afeta a interação social?

Dificuldade em interagir com outros.

Como isso afeta o funcionamento na sala de aula?

A criança pode tentar ser engraçada ou chamar atenção na sala de aula.

O que fazer?

- 1) Ensine que brincadeiras têm hora e lugar.
- 2) Ensine o aluno a seguir regras.

Tipo de déficit

Não apresenta contato visual e apresenta prejuízo na atenção

Como isso afeta a interação social?

- 1) Não observa a interação social entre outros.
- 2) Não processa ou entende o significado das mensagens e sinais dos outros
- 3) Apresenta pobre contato visual.

Como isso afeta o funcionamento na sala de aula?

- 1) Não processa facilmente o significado de mensagens verbais.
- 2) Não consegue prever planos.
- 4) Apresenta pobre contato visual, o que diminui e prejudica a comunicação.
- 5) Apresenta dificuldades para funcionar em grupos; a criança precisa de instruções mais diretas.

O que fazer?

- 1) Fragmenta a instrução ou informação em partes menores para aumentar a atenção.
- 2) Use estratégias visuais para ajudar a criança a obter atenção e entendimento.
- 3) Ensine como usar os olhos e o corpo para ouvir.

Fonte: (KHOURY et. al., 2014)

É possível notar, como práticas descritas como de “manejo comportamental”, como tarefas do professor junto ao aluno com dificuldades, elas funcionam na ordem de capacitar o professor em saber “o que fazer” com a criança que apresenta déficits. Isso se dá, por uma espécie de prática moral que aparece na literatura pedagógica voltada a instruir o docente sobre os tipos de transtornos, distúrbios, déficits da criança, ao se afirmar como seu dever o de assegurar o sucesso da aprendizagem do aluno. Isso se espalha socialmente ao especificar que o professor deve conduzir-se na inclusão de todos os alunos,

independente da dificuldade, do transtorno, do laudo que posicione a criança, isso ao se divulgar que ele “pode ajudar **todo mundo a aprender**” (Nova Escola, 2017), o aluno com TDAH, com ansiedade, dislexia. O exposto é reiterado quando se afirma que o docente em diferentes instâncias sociais, como em revistas comercializadas em larga escala, como a Nova Escola, pode encontrar e ter acesso a estratégias que superam os possíveis limites que poderiam impossibilitar o aluno de aprender, isso se legitima e se reitera em outros veículos de informação – como por meio de site de institutos sem fins lucrativos e voltados a causas sociais – que tratam como natural que na infância, a criança como parte de uma um corpo coletivo, uma população é inerente que ela, se normal, venha a desenvolver “processos de aprendizagem, desenvolver e aprimorar habilidades em diferentes aspectos do desenvolvimento: sensorial, motor, linguagem, cognitivo, emocional e social, que serão importantes para toda vida”⁵⁷.

Figura 23: Capa da Revista Nova Escola. Edição 305. Setembro/2017.



Disponível em:

<https://novaescola.org.br/conteudo/9002/por-tras-do-laudo-existe-um-aluno>

Sobre a criação da responsabilidade do professor pela aprendizagem do aluno, vale destacar que a posição desse sujeito não se produz e nem se media de forma autônoma. Tal

⁵⁷ Ver Texto Informativo do INSTITUTO ABCD/SOUZA (2015,p.4). Disponível em: https://institutoabcd.org.br/wp-content/uploads/dlm_uploads/2019/04/Aprendizagem-e-Neurodiversidade.pdf

responsabilidade institui-se atravessada de diferentes relações de poder, nos quais cada sujeito é induzido a interpretar-se a si mesmo, a reconhecer-se a si mesmo como o personagem de uma narração, a contar-se a si mesmo de acordo com certos registros narrativos (LARROSA, 1994, p.72) exteriores. Essas práticas de *autoformação*, que preexistem na cultura, acontecem por meio do “exercício de si sobre si mesmo através do qual se procura se elaborar, se transformar e atingir um certo modo de ser” (FOUCAULT, 2004, p. 265).

[...] o sujeito se constitui de uma maneira ativa, através de práticas de si, essas práticas não são, entretanto, alguma coisa que o próprio indivíduo invente. São esquemas que ele encontra em sua cultura e que lhe são propostos, sugeridos, impostos por sua cultura, sua sociedade e seu grupo social (FOUCAULT, 1984, p.276).

Nos termos especificados, portanto, aqueles que ocupam a posição de professor, sem contar também os pais das crianças com especificidades – transtornos, distúrbios e/ou deficiência –, são narrados e narram-se, conforme os discursos atuais, responsáveis e responsabilizados em assegurar o então processo favorável de aprendizagem por parte da criança, isso por discursos que tratam da importância de iniciativas voltadas para que nenhuma criança “fique para trás”⁵⁸ e quando se convoca que eles ajudem os alunos a terem controle sobre suas vidas, e não que a vida tenha controle sobre eles⁵⁹. Isso se instala na forma de um dever social do professor, que socialmente vê-se incumbido de fazer e se narrar como aquele que decide guiar-se visando atingir o propósito de o aluno aprender, independentemente de sua condição neuropsíquica.

Além da focalização do professor como o responsável em sala de aula de estabelecer determinadas ações/conduitas junto aos alunos no que tange a sua saúde neuropsíquica, esse discurso paralelamente se produz alterando a paisagem, a rotina e as atividades desenvolvidas no interior da escola. Mudanças instituídas a partir do discurso de que o desenvolvimento da criança está associado a sua capacidade de aprender reverbera na criação de práticas não discursivas, ou seja, uma série de elementos na escola que dão

⁵⁸ A Comunidade Aprender Criança "Nenhuma criança ficará para trás". Criado em 2006, por ocasião do 1º Congresso APRENDER CRIANÇA na cidade de Ribeirão Preto (SP), o Instituto Glia criou a COMUNIDADE APRENDER CRIANÇA (www.aprendercrianca.com.br), uma comunidade acadêmica, virtual e gratuita destinada a divulgar informações em Neurociências para o público em geral. Hoje com mais de 3.000 cidadãos em todos os estados brasileiros, 81% deles Educadores, a COMUNIDADE conta com neurocientistas, professores, pais, neurologistas, psiquiatras, pediatras e profissionais das áreas de Psicologia, Psicopedagogia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, entre outras. Disponível em: <http://aprendercrianca.com.br/quem-somos>

⁵⁹ Epígrafe da Cartilha do Educador do "Projeto atenção Brasil: Um retrato atual da criança e do adolescente Brasileiro", “Educando com a ajuda das Neurociências”. Disponível em: https://especialdeadamantina.files.wordpress.com/2014/09/cartilha_educador_atencao_brasil.pdf

visibilidade a certos sujeitos infantis por meio do discurso neuropsicológico, sendo eles crianças com TDAH, TEA, Transtornos específicos de aprendizagem (distúrbios, como dislexia, discalculia).

A partir dos anos 2000, instituiu-se nas escolas brasileiras a política de atendimento educacional especializado (AEE)⁶⁰, pelo programa de implantação de salas de recursos multifuncionais⁶¹ e a criação, nestes lugares, de momentos para orientação individualizada ou em grupo, por profissionais como psicopedagogos, especialistas em educação inclusiva, psicólogo escolar, especialista em distúrbios do desenvolvimento. Assim, propostas de ações têm acontecido na escola voltada à identificação, ao encaminhamento da criança para especialistas e a escola torna-se um espaço que além do ensino, ocupa-se em recomendar que pais e/ou responsáveis dos alunos, identificados com necessidades específicas, procurem avaliação/ diagnóstico. Nesse caso, a escola transforma-se em mais um lugar que está por observar e identificar aquelas crianças que fogem do estado dito normal, em vista do biopoder que funciona à medida que se instala processos que visam:

[...] fixar um equilíbrio, manter uma média, estabelecer uma espécie de homeostase, assegurar compensações; em suma, de instalar mecanismos de previdência em torno desse aleatório que é inerente a uma população de seres vivos, de **otimizar, se vocês preferirem, um estado de vida [o normal, em detrimento do patológico]**. (FOUCAULT, 2005, p. 294-295).

⁶⁰ Segundo resolução que disciplina o Atendimento educacional especializado, prevê-se o seguinte, de acordo com o Art. 2º O AEE tem como função complementar ou suplementar a formação do aluno por meio da disponibilização de serviços, recursos de acessibilidade e estratégias que eliminem as barreiras para sua plena participação na sociedade e desenvolvimento de sua aprendizagem. Ver: Resolução CNE/nº 4, de 2 de outubro de 2009. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_09.pdf

⁶¹ Programa disponibiliza às escolas públicas de ensino regular, conjunto de equipamentos de informática, mobiliários, materiais pedagógicos e de acessibilidade para a organização do espaço de atendimento educacional especializado. Cabe ao sistema de ensino, a seguinte contrapartida: disponibilização de espaço físico para implantação dos equipamentos, mobiliários e materiais didáticos e pedagógicos de acessibilidade, bem como, do professor para atuar no AEE. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/pnaes/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/17430-programa-implantacao-de-salas-de-recursos-multifuncionais-novo>

Figura 24: Conversando com os Pais sobre como lidar com a dislexia e outros transtornos específicos de aprendizagem.



Fonte: INSTITUTO ABCD (2015, p.8). Disponível em:
<http://www.institutoabcd.org.br/todosentendem/>

Nas condições acima especificadas (Figura 24), instaura-se na escola atual uma rede de responsabilidade por notificar (família), identificar (professor), encaminhar (coordenação pedagógica) diagnosticar e tratar (profissionais da saúde) o aluno – por orientações, tipos de *expertise* que tratam das responsabilidades do docente para atuar junto ao aluno, técnicas de ensino baseados em modelos psicológico-comportamentais – isso é atravessado por tecnologias de regulação pela qual o professor e os pais/e ou responsáveis das crianças passam por um processo de adestramento, “resultado da aplicação de técnicas positivas de sujeição baseadas em saberes pedagógicos, médicos, sociológicos, físicos etc”. (FOUCAULT, 1987, p. 28).

Em síntese, no que tange o reconhecimento e o tratamento das crianças, descritas como desviadas do parâmetro de desenvolvimento normal na escola, vimos como são múltiplos os modos de ordená-las em termos de divisão, distribuição, alinhamento, séries (no espaço), movimento e sequenciação (no tempo). Isso se processa por meio de variados controles pelos quais as crianças têm sido localizadas, capturadas – por meio de questionários e escalas de sintomas, avaliação psicopedagógica, encaminhamento para avaliação diagnóstica – criando-se uma rede de observação e vigilância constante (VEIGANETO, 2016) em que práticas se combinam e dão origem a uma tecnologia que alcança os

corpos infantis em suas ínfimas materialidades, do mesmo modo que se instituem determinadas posições sociais para os sujeitos que fogem da norma.

O disciplinamento do corpo da criança, então, compreende relações de poder que atuam e resultam em formas particulares da criança ser e estar no mundo considerando dois eixos principais. No eixo corporal por meio de aparatos nos quais a criança é vigiada/regulada em relação ao seu comportamento e se consegue realizar as atividades propostas no tempo previsto, ou ainda se tem habilidades de organização, precisão, etc.). No eixo dos saberes instituem-se por diferentes campos de conhecimento como a psicopedagogia, e as bases do desenvolvimento infantil que definem a criança como saudável ou não. São criadas assim as características do que se considera como transtorno com a criação de escalas e formas de distinção que estimam a evolução e possíveis causas dos transtornos, ao mesmo tempo em que prescrevem condutas de como se proceder ao diagnóstico e tratamento.

A posição de um sujeito saudável na escola, portanto, multiplica-se, principalmente em relação àqueles que desviam da norma do que é dito como saudável, surgindo assim os alunos com TDAH (Transtornos específicos de aprendizagem), TEA (Transtorno do Espectro Autista), entre outros. Tais posições derivam de ações normatizadoras que cientificamente definem o que é o certo a fazer com cada “tipo” de alunos em função de sua condição neuropsicológica. (OLIVEIRA, 2013).

Todo o conjunto de práticas abordadas em rede tem instituído outra cultura na escola provocando a emergência de outros sujeitos, que são criados a partir dos diagnósticos das crianças no tocante à sua saúde neuropsicológica: as ditas crianças com TDAH, TEA, TOD, Transtornos específicos de aprendizagem (dislexias, discalculia...), distúrbios que são resultantes do entrecruzamento dos discursos científico, neuropsicológico, pedagógico e moral que fazem da escola uma espécie de observatório, um lugar a mais a colaborar na (re)produção dos atuais modos de se fazer ver e de se fazer falar o que é descrito como uma criança psicologicamente (e cognitivamente!) saudável.

REGULAÇÃO, GOVERNO E BIOPOLÍTICAS DE SAÚDE NA ESCOLA

É um pouco pretensioso expor de maneira mais ou menos profética o que as pessoas devem pensar. Prefiro deixá-las tirar suas próprias conclusões e inferir ideias gerais das interrogações que me esforço para levantar. (FOUCAULT, 1994, p. 814).

O indivíduo é o produto do poder. O que é preciso é 'desindividualizar' pela multiplicação, o deslocamento e os diversos agenciamentos. O grupo não deve ser o laço orgânico que une os indivíduos hierarquizados, mas um constante gerador de 'desindividualização'; (Michel Foucault, Préfácio de Anti-Édipo)

Aprendi muitas coisas com a pesquisa, entre elas o fato de não sermos tão livres quanto pensamos e nem tão regulados como costuma-se imaginar ainda que sejam muito concretas as disciplinas, as regulações e os governos que atuam em nós, fora de nós, na vida que é dita de determinada maneira como a vida dita saudável, a vida do sujeito (re)criado como saudável, sujeito tal qual a escola ativamente participa e (re)inventa (des)continuamente.

Com as incursões na problematização das práticas, técnicas, dispositivos desenvolvidas/erigidas dentro, fora e intermediados pela escola, algumas discontinuidades foram mapeadas em relação ao funcionamento de um conjunto de forças, engrenagens, lugares, relações pelas quais se produz o sujeito saudável escolar. Sujeito este que não é qualquer sujeito, mas crianças com suas a/normalidades, enquanto sujeitos saudáveis (ou não), que estão sendo atravessados a todo tempo por (bio)políticas que atuam e penetram suas vidas, de maneira (in)direta, sutil, mas não menos insidiosa.

O sujeito criança saudável escolar produz-se de práticas, técnicas e artefatos centrados na gestão de seus comportamentos e atitudes, sendo sujeitos mobilizados por certos saberes em especial, a psicopedagogia, neuropsicologia, psiquiatria, medicina, nutrição, educação física, que regulam os modos deste sujeito ver-se como saudável. O indivíduo que ocupa essa posição é requerido como aquele que *se governe* por certos comandos, por uma autogestão quando é convocado a “se exercitar, se movimentar”, “escolher comer alimentos saudáveis”, “evitar a todo custo, com o apoio da família e da escola, o consumo de guloseimas, doces e *fast-food*”. Que “aprenda a lidar com adversidades, as ditas frustrações do dia a dia”, que “se comunique, socialize-se”.

No que se refere ao psicocontrole(s) com o corpo, a criança saudável tem uma experiência corporal fabricada, sendo objeto de maciços investimentos tidos como naturais e de direito da criança. Nisso, operam saberes científicos, médicos, pedagógicos e sociais que reforçam que para ser saudável a criança deve sujeitar-se a vários processos, entre eles o de “estar vacinada”, “higienizar-se”, “brincar como forma de se exercitar”, “testar-se continuamente em relação aos ‘seus’ conhecimentos/atitudes saudáveis”, “tenha espaços ‘adequados’ para atingir determinados objetivos físicos”, “tenha determinada alimentação, como merenda escolar dentro de padrões nutricionais”.

Ser uma criança saudável na escola pressupõe a existência de estruturas arquitetônicas, atividades e currículo próprios, pelos quais se regulam, identificam e distinguem o sujeito infantil saudável dos que desviam desta norma. O corpo nessa relação torna-se o elemento comparativo que separa as crianças com saúde (livre da obesidade, higienizado, controlado mentalmente e que aprenda sem dificuldade), daquelas que “precisam” ser “identificadas, diagnosticadas e tratadas”, seja na própria escola, como no encaminhamento a partir dela para os profissionais da saúde que atuam no mercado.

A criança saudável, nesses termos, é produzida a partir de aparatos presentes na escola e que se processam com base em uma nova linguagem que emerge e é empregada com vistas a reforçar a noção de normalidade/anormalidade: a partir da criança saudável regulando a direção para como se tratar os disléxicos, os alunos com transtornos de aprendizagem/espectro autista/déficit de atenção e hiperatividade e outros ditos distúrbios.

Nesses termos, entende-se que a fabricação do sujeito saudável contemporâneo na escola é produção não se encontra no próprio indivíduo/coletividade que decide assim o ser, mas é colocar em circulação como regime de verdade por meio de práticas//artefatos pelas quais se instituem posições de sujeitos que são vistos e falados na escola, conforme se adequam ou não a padrões de normalidade. Afinal, o processo de constituição da subjetividade não é formado pelo próprio ser humano, pois ainda que pensamentos, sentimentos e ações sejam tratados como constituintes do próprio tecido e da constituição do mais íntimo eu, eles não são questões privadas, “eles são socialmente organizados e administrados nos mínimos detalhes”, são intensivamente “governados” (ROSE, 1988, p.31).

Portanto, a partir das análises, compreende-se que a criança como sujeito saudável aprende-se por meio de práticas, dispositivos e artefatos particulares a esse sujeito, sendo

eles, indistintos para meninos e meninas, com focos gerais e individuais para o indivíduo-população infantil, com práticas compatibilizadas com artefatos endereçados à idade, por meio de brincadeiras, jogos, danças, assistindo desenhos animados, fazendo dever de casa, ou seja, por tecnologias pelas quais seu corpo/pensamentos das crianças diretamente são capturados/atravessados continuamente e por toda a parte por diferentes relações de (bio) poder. Por outro lado, também se operam indiretamente sobre o sujeito infantil, outros sujeitos que atuam por relações de poder as quais se encontram a serviço da saúde, ou seja, da vigilância do corpo e da vida “psi” da criança, como é o caso de artefatos dirigidos diretamente aos professores em nome da saúde infantil.

Portanto, nas redes das práticas analisadas, o corpo e pensamento infantil têm sido (re)moldados e foco de vários mecanismos de regulação, gestão, administração. As principais conclusões obtidas nesse processo ratificam no sentido de que a escola opera em diferentes frentes em relação ao discurso da saúde, transitando em relação a sentidos que a ela atribuem à função de ser um espaço de assistência, um lugar em que se reitera uma biopolítica privatizante do direito à saúde em que o sujeito é convencido a recorrer ao mercado para ter restituído certas capacidades as quais não tenha desenvolvimento normalmente, como da aprendizagem, como também a escola institucionalmente é designada como uma instituição de valor social, que pode vir a assegurar a saúde de uma população. Isso se produz por um conjunto de práticas – discursivas e não discursivas – que em comum e em conjunto, instituem-se, interpelam sujeitos e exercem controle não exatamente sobre os corpos, mas sobre o desenvolvimento de certas ações, os quais naturalizam e justificam certos tipos de processos, como o de uma fiscalização constante e perpetua dos indivíduos sobre si mesmo – pela higiene, pela alimentação saudável, pelo que se propõe como saúde (neuro)psicológica da criança –, desse modo, instituídas ao mesmo tempo em que se mantém o desejo que suscitam os discursos hoje de ser saudável, fazendo com que os indivíduos estimem as práticas ditas saudáveis, em nome de elas o protegerem e minimizarem riscos, quando o assunto é a saúde (CASTIEL, 2003).

Na perspectiva da saúde como higiene, a criança é atravessada por certas práticas que participam da interiorização de uma *auto-vigilância* desse sujeito, que se institui pelo exercício da higiene pessoal, como uma prática de saúde reforçada com estratégias presentes na escola e que colocam o seu corpo como objeto e governo de si, por artefatos e práticas que individualmente dirigem-se hoje à(s) criança(s), não aos seus responsáveis, sendo a criança um lugar de sujeito em fase de privatização de riscos que

mobilizam/administram determinadas formas de gerenciamento do sujeito em relação a si mesmo.

Na perspectiva da saúde alimentar-motora, certas práticas atuam hoje na produção da criança saudável por meio do dispositivo da saúde alimentar-motora que emerge do discurso atual de evitar a obesidade infantil e tornar essa fase da vida, a infância na escola, um tempo-lugar para se cultivar uma criança saudável, através de um corpo administrado para ser do tipo ativo, em movimento e adequado ao IMC, dentro das de uma métrica da saúde, com interesses econômicos que regulam e desaguam no processo da criança “crescer de forma saudável”.

Na perspectiva da saúde (neuro)psicológica, “acompanhamento”, “abordagem preventiva”, “transtorno específico de aprendizagem” passam a existir na escola como novo vocabulário, através da linguagem da saúde e, por ela, a criança tem sido julgada em relação aos seus modos de aprender e se comportar. Tais práticas funcionam pelo exame do corpo infantil, por tecnologias pelas quais esse sujeito é objeto de sofisticadas estratégias, de fiscalização indireta, porém constante. Isso se reforça na escola e no meio social, por meio das ditas práticas de “acompanhamento”, da “abordagem preventiva”, de “manejo” em que principalmente os professores das crianças na escola estão sendo responsabilizados por assegurar a saúde neuropsicológica da criança de modo sistemático, tomando como base toda uma literatura que emerge e se produz num tom de orientação e de forma objetiva modos de levantamento sejam por observação ou por registros documentais acerca da criança.

Ainda em relação à produção de uma criança saudável, na perspectiva (neuro)psicológica, há de se destacar que os discursos empregam-se normatizando as crianças, posicionando esse sujeito em determinado norma, pela qual se é capaz de individualizar, remeter-se a um conjunto dos indivíduos, ao mesmo tempo, em que chama-se de anormal àqueles cuja diferença em relação à maioria passa a ser considerado desvio. Assim sendo, a escola participa com práticas que levam a construção de hierarquias, diferenciações em relação à produção de subjetividades que fogem ao que se considera como (norma), por processos que identificam a criança partindo do que se entende por uma condição neuropsíquica (e cognitiva!) saudável, reservando a posição desvio, de anormalidade àqueles que fogem dos atributos que carregam esse lugar.

Assim sendo, ver e ser visto como sujeito saudável nos discursos atuais se institui por diversas práticas que convocam o sujeito a agir, escolher, fazer, a transformar a si mesmo. Isso corrobora a tese de que a saúde escolar opera processos de governo da vida e do corpo e tem a Escola como lugar de propagação e incitação para a construção dos ditos sujeitos saudáveis, em especial aos indivíduos e a população que se encontra no período escolar e na fase infantil. Nesse sentido, afirma-se que há uma pedagogia da saúde posta em operação na instituição escolar que aciona uma espécie de cuidado de si no corpo e que sutilmente também se expressa na administração e gestão de condutas e liberdades no campo do que se entende e conhece por vida.

Nesse sentido, ainda que os resultados da pesquisa caminhem em dizer o quanto somos regulados, disciplinados, observados, governados na condição de sujeitos saudáveis, como no caso das crianças, ressalto a importância destas questões serem tratadas como limites temporários do sujeito. Elas importam não para aceitarmos que somos amarrados e dependentes de tecnologias de poder que nos oprimem ou limitam, mas para reconhecermos pontos de atenção/transgressão para desviarmos dos controles existentes.

Assim sendo, parte-se do pressuposto que ser saudável num dado sentido não é um destino, um vir a ser irrevogável e intransponível. É possível escapar dos pontos de chegada, mesmo que seja de algo supostamente bom e desejável como “ser saudável”. É preciso questionar de que saúde falamos. Daquela que nos enquadra, classifica e tortura em padrões inatingíveis? Transgredir é uma possibilidade, porque sem dúvida, “o objetivo principal não é de descobrir, mas o de recusar o que somos. Devemos promover novas formas de subjetividade refutando o tipo de individualidade que nos foi imposta” (FOUCAULT, 1994, p. 232)

Enfim...

Mais do que respostas, que as interrogações levantadas na pesquisa sejam maneiras outras de nos levar a outros lugares, a outros pensamentos até então não pensados.

REFERÊNCIAS

Corpus da pesquisa - Leis, revistas, cartilhas, guias, manuais, trabalhos acadêmicos...

BIGAISKI, Denise. **Ciências**. 2º ano: Ensino Fundamental: anos iniciais. 2 ed. São Paulo: Editora Brasil, 2014.

BRASIL. Lei nº 13.666, de 16 de maio de 2018. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), para incluir o tema transversal da educação alimentar e nutricional no currículo escolar. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 dez. 1996.

_____. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 dez. 1996.

_____. Ministério da Educação e do desporto. Fundação de assistência ao estudante. **Manual do agente de saúde escolar**. Brasília, 1992.

_____. Ministério da Educação. **Parâmetros Curriculares Nacionais**. Poder Executivo, Brasília, 1997.

_____. Conselho Federal de Educação. **Parecer nº 2.264/74**. Programas de saúde: educação da saúde. Rio de Janeiro: Editex, 1974.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Cartilha Saúde na escola por Ziraldo**. Brasília, 2012. Disponível em:
<bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_na_escola_2012.pdf>

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Saúde na Escola. **Programa Crescer Saudável: Programa de prevenção, controle e tratamento da obesidade infantil (alimente uma infância consciente)**. Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações Gerais sobre as ações de Promoção de Práticas Corporais, da atividade física e do lazer no Programa Saúde na Escola**. Brasília, 2017-2018. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/orientacao_geral_praticas_corporais_final.pdf

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Orientações Gerais sobre as ações de Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil**. Brasília, 2017. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/orientacao_geral_as_e_prevencao_da_obesidade_infantil.pdf

_____. Ministério da Saúde. **Parecer Técnico-Científico: Estratégias para o tratamento do sobrepeso e obesidade em crianças entre 02 e 12 anos de idade**. MS: Brasília, 2017. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/estrategias_tratamento_sobrepeso_infantil.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ministério da Educação. **Adolescentes e jovens para a educação entre pares: metodologias**. Secretaria de Educação Básica - Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CARRARO, Fernando. **Vamos falar de saúde**. FTD: São Paulo, 2011.

CARTILHA DO EDUCADOR: Projeto atenção Brasil: Um retrato atual da criança e do adolescente Brasileiro: Educando com a ajuda das Neurociências. Comunidade Aprender Criança. 2010. Disponível em: <http://www.aprendercrianca.com.br/cartilha-do-educador>

CONVERSANDO COM OS PAIS SOBRE COMO LIDAR COM A DISLEXIA E OUTROS TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM. 2015. Disponível em: http://www.institutoabcd.org.br/wp-content/uploads/2017/12/Cartilha_ABCD_versao_final_dupla.pdf

CONVERSANDO SOBRE SAÚDE COM ADOLESCENTES [coordenação pedagógica e editorial Sheila Kaplan; textos Beatriz Corrêa... et. al.; ilustrações André Bethlem... et al.]. Rio de Janeiro: Instituto Ciência Hoje, 2007. (Ciência Hoje na escola; v.13).

CONVERSANDO SOBRE SAÚDE COM CRIANÇAS [coordenação pedagógica e Editorial Sheila Kaplan; textos Álvaro Madeiro Leite... et al.; ilustrações André Bethlem... et al.]. Rio de Janeiro: Instituto Ciência Hoje, 2007. (Ciência Hoje na escola; v.14).

ESTANISLAU, Gustavo. BRESSAN, Rodrigo Affonseca. (Org.) **Saúde mental na escola: o que os educadores precisam saber**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FLEITLICH-BILYK, Bacy et al. Saúde mental e transtornos mentais. In: ESTANISLAU, Gustavo. BRESSAN, Rodrigo Affonseca. (Org.) **Saúde mental na escola: o que os educadores precisam saber**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

HORTA, Paula Martins. Qualidade da dieta de crianças de escolas públicas municipais de Belo Horizonte, Minas Gerais: avaliação e proposta de otimização. 13/07/2016 100 f. **Tese**. Doutorado em Ciências da saúde. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte Biblioteca Depositária: Biblioteca Universitária.

INSTITUTO ABCD. Todos Entendem: conversando com os pais sobre como lidar Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Ministério da Educação. Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – Ano 2015. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2015/default.shtm>

JACOWSKI, Andrea et al. Desenvolvimento normal no período escolar. In: ESTANISLAU, Gustavo. BRESSAN, Rodrigo Affonseca. (Org.) **Saúde mental na escola: o que os educadores precisam saber**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

KHOURY *et al.* Manejo comportamental de crianças com transtornos do espectro do autismo em condição de inclusão escolar: Guia de orientação a Professores. [livro eletrônico]. São Paulo: Memnon, 2014.

NIGRO, Rogério. **Ciências. Atividades.** 5º ano. Ática: São Paulo, 2014.

RELATÓRIO ANUAL DO PNUD BRASIL. 2017. Disponível em:
<http://movimentoevida.org/>

SAMPAIO, Francisco; CARVALHO, Aloma. **Caminhos da ciência:** uma abordagem socioconstrutivista. São Paulo, IBEP, 2001.

SILVA, Elizabete Cristina Ribeiro. Hortas escolares urbanas agroecológicas: preparando o terreno para a Educação em Ciências e para a Educação em Saúde. **Tese.** Programa de Pós-graduação - Doutorado em Educação em Ciências e Saúde. Universidade Federal do Rio De Janeiro, Rio de Janeiro. Biblioteca Depositária: Biblioteca de Recursos Instrucionais - BRI/NUTES.

Programas educativos

Programa “Salto para o futuro”. Tema: Obesidade infantil. Programa exibido dia: 19/04/2018.

Jogos online

Colorindo e aprendendo: prato-virtual. Disponível em:

<http://www.telessaude.uerj.br/colorindo-e-movendo/>

Calcule seu IMC. Disponível em: <http://www.telessaude.uerj.br/colorindo-e-movendo/imc>

Sites

Instituto ABCD. Disponível: <https://www.institutoabcd.org.br/>

Telessaúde na escola. Disponível em: <http://www.telessaude.uerj.br/escola/>

Programa Saúde na escola. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>

Animações

Carlos. TV Escola. <https://api.tvescola.org.br/tve/videoteca/serie/carlos>

Referencial teórico da pesquisa

AGAMBEN, Giorgio. **Uso dos Corpos:** O [Homo Sacer, IV, 2]. São Paulo: Boitempo, 2017.

ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de. **História:** a arte de inventar o passado. Ensaios de teoria da história. Bauru: Edusc, p. 2007.

BUTLER, Judith. **A vida psíquica do poder:** Teorias da Sujeição. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

CALIMAN, Luciana Vieira. Os bio-diagnósticos na era das cidadanias biológicas. In: COLLARES, Cecília A. M.; MOYSÉS, Maria A. A.; RIBEIRO, Mônica C. F. **Novas**

capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos. (Org.). 1 ed. Campinas-SP: Mercado das Letras, 2013.

DANELON, Márcio. Infância capturada: escola, governo e disciplina. In: RESENDE, Haroldo de. **Michel Foucault: Governo da infância.** Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

FOUCAULT, Michel. **A história da sexualidade I: a vontade de saber.** Rio de Janeiro: Graal, 2009.

_____. **A história da sexualidade II: o uso dos prazeres.** Rio de Janeiro: Graal, 1998.

_____. **Aulas sobre a vontade de verdade:** curso no Collège de France (1970-1971). São Paulo: WMF; Martins Fontes, 2014.

_____. **Em defesa da sociedade.** São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **Microfísica do poder.** 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p.231-249.

_____. **Segurança, território, população.** Curso no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. 155-180.

_____. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: **Ditos & Escritos V - Ética, Sexualidade, Política.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. **A ordem do discurso:** aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 23. ed. São Paulo: Loyola, 2013.

_____. **Arqueologia do saber.** 8. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

_____. A governamentalidade. In: _____. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 277-293

_____. Ditos e escritos: **Arqueologia das Ciências e história dos sistemas de pensamento.** (Vol. II). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

GALLO, Silvio. Escola: entre a perversão e a transgressão. In: SARAIVA, Karla; GUIZZO, Bianca. Educação em um mundo em tensão: insurgências, transgressões, sujeições. Canoas: Ed. Ulbra, 2017. p. 33-43.

KRAEMER, Celso. A ontologia e a ética em Michel Foucault. In: RESENDE, Haroldo. (Org.). **Michel Foucault: política – pensamento e ação.** Belo Horizonte: Autêntica, 2016.

LARROSA, Jorge. **Tecnologias do eu e educação.** In: Silva, Tomaz Tadeu. O sujeito da educação. Petrópolis: Vozes, 1994. p.35-86.

MACHADO, Roberto. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

MARÍN-DÍAZ, Doria Lilia; PARRA, Gustavo Adolfo. Da escola disciplinar às disciplinas escolares: uma retomada de vigiar e punir para pensar assuntos educativos contemporâneos. *In*: CARVALHO, Alexandre F.; GALLO, Silvio. **Repensar a educação: 40 após Vigiar e Punir**. São Paulo: Editora Livraria da Física, 2015.

MOYSES, Maria Aparecida A. Desnutrição e Fracasso Escolar: Uma Relação tão Simples?. **ANDE** – Revista da Associação Nacional de Educação, v. 5, p. 57-61, 1982.
ORTEGA, Francisco. Da ascese à bio-ascese ou do corpo submetido à submissão ao corpo. *In*: RAGO, Margareth; ORLANDI, Luiz B. Lacerda; VEIGA-NETO, Alfredo. **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas**. Rio de Janeiro: DP&A, 2005, p.139-173.

OLIVEIRA, Inês Barbosa. O conhecimento na era dos transtornos: limites e possibilidades. *In*: COLLARES, Cecília A. M.; MOYSÉS, Maria A. A.; RIBEIRO, Mônica C. F. **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. (Org.). 1 ed. Campinas-SP: Mercado das Letras, 2013.

PELBART, Peter Pál. **O Averso do Nihilismo**. São Paulo; N-1 Edições, 2013.

REVEL, Judith. Michel Foucault: conceitos essenciais. São Carlos: Claraluz, 2005.

ROCHA, Heloísa Helena Pimenta. Educação escolar e higienização da infância. **Cad. CEDES [online]**. 2003, vol.23, n.59, pp.39-56. ISSN 0101-3262.

ROCHA, Heloísa Helena Pimenta. Entre o exame do corpo infantil e a conformação da norma racial: aspectos da atuação da Inspeção Médica Escolar em São Paulo. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.22, n.2, abr.-jun. 2015, p.371-390.

ROSE, Nikolas. **A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI**. São Paulo: Paulus, 2013.

_____. Como se deve fazer a história do eu? *In*: **Educação & realidade**. 26 (1). Jan./jul, 2001. p.33-57.

_____. Governando a alma: a formação do eu privado. *In*: Silva, Tomas Tadeu da (org.). **Liberdades reguladas**. Petrópolis: Vozes, 1988. p.30-45.

SANTOS, Luís Henrique Sacchi. Medicalização e biopedagogias: uma possível agenda de estudos na articulação entre saúde e educação. *In*: SARAIVA, Karla; GUIZZO, BIANCA S.. **Educação em um mundo em tensão: insurgências, transgressões e sujeições**. Canoas-RS: Ulbra, 2017.

SÍBILIA, Paula. **O homem pós-orgânico: a alquimia dos corpos e das almas à luz das tecnologias digitais**. 2 ed. Rio de Janeiro: Contraponto, 2015.

VEIGA-NETO. **Foucault e a Educação**. 3 ed. Belo Horizonte: Autêntica: 2016.