

Programa Saúde na Escola: desafios da educação em saúde para prevenir Dengue, Zika e Chikungunya

School Health Program: health education challenges for the prevention of Dengue, Zika, and Chikungunya

Wania Ribeiro Fernandes¹, Viviane Rangel de Muros Pimentel², Maria Fátima de Sousa², Ana Valeria Machado Mendonça²

DOI: 10.1590/0103-11042022E313

RESUMO Este artigo apresenta reflexões sobre estratégias de educação em saúde para prevenção da Dengue, Zika e Chikungunya no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), visando à atenção integral à saúde de estudantes do ensino público básico nas escolas, em parceria com as Unidades Básicas de Saúde. Trata-se de uma pesquisa nacional, oriunda de um projeto intitulado Arbocontrol, coordenado pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, com apoio do Ministério da Saúde, com vistas ao combate e controle das arboviroses decorrentes do *Aedes aegypti*. De abordagem qualitativa, este estudo fundamenta-se no pensamento foucaultiano de biopolítica. Foram entrevistados 158 professores e 117 profissionais de saúde, de 16 municípios, nas 5 regiões brasileiras. Os resultados indicaram que, na execução do PSE, o saber comunitário não se incorpora nas ações. O modelo educacional conteudista estabelece, *a priori*, o que deve ser tratado; e a fragilidade na articulação intersetorial para o planejamento das ações tem dificultado sua eficácia. A educação em saúde ainda é entendida como processo informativo para o autocuidado, fomentado por estratégias biopolíticas de disciplinamento dos corpos dos sujeitos ou na constituição de suas subjetividades para o autocuidado, depositando neles a responsabilidade por sua saúde.

PALAVRAS-CHAVE Serviços de saúde escolar. Educação em saúde. Arbovírus. Prevenção de doenças. Promoção da saúde.

ABSTRACT *This article reflects on health education strategies for the prevention of Dengue, Zika, and Chikungunya within the School Health Program toward comprehensive health care of students of primary public education in schools, in partnership with the Primary Health Care Units. This national research is nested in a project called Arbocontrol and coordinated by the Faculty of Health Sciences of the University of Brasília, with support from the Ministry of Health, to combat and control arboviruses transmitted by Aedes aegypti. This qualitative study is based on the Foucauldian thinking of biopolitics. One hundred fifty-eight teachers and 117 health professionals from 16 municipalities in the five Brazilian regions were interviewed. The results indicated that the implementation of the PSE does not incorporate community knowledge into the actions. The content-oriented educational model establishes, a priori, what should be addressed, and the fragile intersectoral articulation for the planning of actions has hampered its effectiveness. Health education is still understood as an informative process for self-care, fostered by biopolitical strategies of disciplining the bodies of subjects or establishing their subjectivities for self-care, making them accountable for their health.*

KEYWORDS *School health services. Health education. Arboviruses. Disease prevention. Health promotion.*

¹ Universidade Federal do Amazonas (Ufam) – Manaus (AM), Brasil. waniafer@gmail.com

² Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.



Introdução

A proliferação dos criadouros do mosquito *Aedes aegypti*, que ocorre tanto em residências como em espaços comunitários, principal vetor transmissor da Dengue, Zika e Chikungunya (DZC), decorre de múltiplos fatores condicionantes, como condições climáticas, migração, urbanização sem controle e/ou planejamento e pobreza. Essas arboviroses se constituem, na atualidade, em um dos maiores problemas de saúde pública no País e no mundo.

No Brasil, a dengue ainda é a doença com maior incidência em todos os estados brasileiros. Somente no último ano, os casos prováveis aumentaram 43,5% no território nacional, com 54 casos graves e 10 óbitos confirmados somente no primeiro mês do corrente ano¹.

Tal complexidade, há quase duas décadas atingindo o País com epidemias sazonais, fez com que as políticas públicas buscassem implementar ações intersetoriais integradas como estratégia para a prevenção e o controle das arboviroses, entre as quais, as do Programa Saúde na Escola (PSE), cujas ações teoricamente se estruturam no modelo da Promoção da Saúde (PS) e são dirigidas aos estudantes de escolas públicas brasileiras por meio de parcerias municipais estabelecidas entre as escolas e as Unidades Básicas de Saúde da família (UBS).

O PSE compreende a PS pelo viés da educação integral, cujo conceito abarca proteção, atenção e pleno desenvolvimento da comunidade escolar, a partir de cinco componentes: avaliação das condições de saúde; PS e prevenção de agravos; educação permanente e capacitação de profissionais da educação, da saúde e de jovens; monitoramento e avaliação tanto da saúde dos estudantes como do programa².

No processo de adesão ao PSE o município deve elaborar um projeto – entendido como uma ‘leitura técnica’ da situação municipal no âmbito das ações de educação e saúde – delimitando os territórios segundo a área de abrangência das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), apresentando informações

sobre o diagnóstico situacional, mapeando a Rede de Atenção Básica/Saúde da Família no Sistema Único de Saúde e Redes de Ensino – estadual e municipal; estabelecendo ainda as atribuições tanto das equipes da ESF quanto das escolas, com quantificação do número de escolas, estudantes de cada estabelecimento e as questões prioritárias do perfil desses alunos.

Essa estratégia de articular ações conjuntas entre as equipes da ESF e as escolas da rede pública de ensino parte do pressuposto de que esta última se constitui em espaço privilegiado para disseminação de informação, de construção do conhecimento e de formação de sujeito, possibilitando ampliar o alcance e o impacto das ações relativas aos estudantes, suas famílias e a comunidade.

A PS entende a importância e o protagonismo dos determinantes sociais sobre as condições de saúde da população, razão pela qual suas práticas propõem a articulação entre os saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos públicos, privados, individuais e coletivos no enfrentamento dos problemas de saúde³. Já a confluência entre a educação e a saúde ocorre por meio do encontro desses dois saberes, cujo ponto de atravessamento se dá no corpo do sujeito.

As teorias e as práticas pedagógicas que preconizavam o disciplinamento e o treinamento dos corpos fizeram com que a educação fosse introduzida na área da saúde a partir de modelos intervencionistas calcados na relação informação-ação. Nessa perspectiva, as estratégias de educação em saúde, na atualidade, ainda consistem em adequar comportamentos, implementar hábitos, atitudes e ensinar responsabilidades com saúde, colocando o indivíduo como ponto central para o processo de mudança desejado⁴.

Apoiando-se no pensamento filosófico de Michel Foucault⁵, buscou-se compreender como têm se configurado, nos discursos de profissionais da educação e saúde, os entendimentos sobre práticas de educação em saúde voltadas à prevenção das arboviroses DZC desenvolvidas no PSE, identificando desafios

do programa, entendendo que, na perspectiva foucaultiana, os discursos são práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam, ou seja, não apenas nomeiam coisas, mas, sobretudo, estabelecem verdades e orientam estratégias de comportamento, entendendo as práticas discursivas como tudo que pode e deve ser dito relativo a um determinado contexto a partir de uma posição e um momento histórico específicos.

Nessa perspectiva teórica, as práticas discursivas estão impregnadas de relações de poder e saber. Tal entendimento possibilita buscar nos discursos de profissionais de educação e saúde formas e racionalidades de poder. As relações entre formas e racionalidades de poder e os processos de subjetivação os sujeitos (processos de subjetivação se referem tanto a formação do sujeito em cidadãos governáveis quanto da formação da existência individual), foram examinadas por Foucault⁶ a partir da noção de ‘Governamentalidade’ – descrita como o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, as análises e as reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder e que tem por alvo principal a população; por predominante forma de saber, a economia política; e por instrumento técnico essencial, os dispositivos de segurança –, neologismo por ele criado e advindo da fusão das palavras ‘governar’ e ‘mentalidade’, visando enfatizar a interdependência existente entre as práticas de governo – que se refere ao nível instrumental e abrange os meios pelos quais determinadas políticas são projetadas e implementadas – e as mentalidades que sustentam tais práticas; governamentalidade esta que possibilita examinar as várias e complexas formas pelas quais a verdade é produzida nas esferas: social, cultural e política.

Nessa base, o discurso torna-se importante ferramenta para compreender o que é aceito, regulado, interdito ou estabelecido como verdade no âmbito social, principalmente quando é analisado no cenário escolar – considerado o *locus* ideal para influenciar

significativamente o comportamento, conhecimento, senso de responsabilidade e capacidade de observar, pensar e agir de crianças e adolescentes.

A educação em saúde é apreendida como um processo que instrumentaliza o indivíduo ao desenvolvimento de um olhar mais crítico sobre suas condições de vida, levando-o a buscar alternativas para transformá-la em benefício próprio e de sua comunidade. Esse entendimento se reflete no discurso da educação em saúde no ambiente escolar que tem tido como eixo central o desenvolvimento de uma aprendizagem transformadora de atitudes e hábitos de vida, visando estimular a reflexão sobre o senso de responsabilidade pela saúde individual e coletiva de cada cidadão.

A compreensão de tais concepções é fundamental quando se dirige a atenção para os discursos de profissionais que atuam em estratégias políticas, como o PSE, transversalizadas por leis e decisões, que podem produzir ‘verdades’ ou entendimentos específicos sobre práticas educativas em saúde destinados, neste caso, à prevenção da DZC.

Assim, indaga-se: quando tais profissionais falam de ações e estratégias de educação em saúde para prevenção de arboviroses nas escolas, a quais práticas se referem? Estão suas práticas consonantes com o modelo da PS, preconizado pelo PSE?

Material e métodos

No intuito de possibilitar o alcance dos objetivos delineados neste trabalho, adotou-se a abordagem qualitativa, com desenho de múltiplos casos, sendo analisados dados secundários obtidos de entrevista semiestruturada realizada com 158 professores, aplicada em 16 municípios das cinco regiões brasileiras, entre os anos 2018 e 2019.

Para a escolha amostral, consideraram-se como critérios de inclusão: municípios classificados como urbanos e intermediários adjacentes e remotos, segundo a Classificação

e Caracterização dos Espaços Rurais e Urbanos do Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2018; adesão ao PSE; e a participação do Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* (LIRAA), nos anos de 2016 e 2017.

A justificativa pela opção do tipo de estudo (múltiplos casos) ancora-se na abordagem de Yin⁷, em que um mesmo estudo pode conter mais de um caso único, e o conjunto dos casos, constituir-se em um projeto de casos múltiplos, possibilitando que o pesquisador centre a atenção em um pequeno número de casos e explore com grande detalhe as facetas dos casos.

Os discursos de professores considerados envolveram apenas aqueles que haviam participado de alguma atividade relacionada com as ações de prevenção e/ou combate ao mosquito *Aedes aegypti* no PSE. Dentro dessa mesma lógica, foram analisados os discursos de técnicos(as) de enfermagem, enfermeiros(as) e de médicos(as) cujo trabalho tivesse vinculação com ações do PSE.

A análise dos dados empíricos apresentados a seguir foi realizada a partir da perspectiva de saber-poder que se institui nas relações entre indivíduos ou grupos – por meio de leis, programas ou mecanismos – que permitem o estabelecimento de noções contemporâneas sobre produção de vida saudável e prevenção da DZC.

Submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, foi aprovado sob o parecer nº 3.504.219.

Resultados e discussão

O Projeto Arbocontrol entrevistou 158 professores, de 52 escolas vinculadas ao PSE previamente indicadas pelos gestores municipais, e 117 profissionais de saúde, sendo 45 técnicos(as) em enfermagem; 31 médicos(as) e 41 enfermeiros(as), nos municípios: Araguaína (TO), Macapá (AP), Vilhena (RO), Campina Grande (PB), Fortaleza (CE), João Pessoa (PB), Anápolis (GO), Caldas Novas (GO),

Planaltina (GO), São Bernardo do Campo (SP), Governador Valadares (MG), Belo Horizonte (MG), Gramado (RS), Cascavel (PR) e Dois Vizinhos (PR), entre os anos de 2018 e 2019.

Para fins deste estudo, do total de professores entrevistados (n = 158), excluiu-se da análise o discurso de 14 profissionais que, por serem recém-contratados ou estarem em funções administrativas, não haviam participado ou não sabiam informar sobre as atividades relativas à prevenção da DZC pelo PSE nas escolas. Assim, foram considerados discursos de 144 professores.

Quanto aos critérios de inclusão dos profissionais de saúde, do total de entrevistados no Projeto Arbocontrol (n = 117), foram analisados discursos de 101 profissionais, sendo 26 médicas(os), 37 enfermeiras(os) e de 38 técnicas(os) em enfermagem, excluindo 16 por não estarem diretamente inseridos em ações educacionais do PSE voltadas à prevenção da DZC.

Por fim, cabe salientar que, embora Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) sejam absolutamente necessários ao controle e combate às arboviroses DZC, dada a sua notória atuação nessa frente de trabalho, neste estudo, não foram entrevistados profissionais de tais categorias visto que eles não foram convocados pelos órgãos municipais (Secretarias Municipais de Educação e Secretarias Municipais de Saúde) responsáveis por articular as ações do PSE, para as ações educacionais do PSE nas escolas visitadas.

O governo do PSE e seus desafios

A gestão governamental, para Foucault⁶, tem como principal objeto a população. Para tal, necessita atuar nos processos de subjetivação dos sujeitos e suscitar neles o entendimento de que o Estado ou seus representantes são detentores de uma certa verdade sobre os fenômenos que atingem um território e os indivíduos. As formas de governo originam a produção de discursos de verdade

sobre e na sociedade e envolvem práticas de produção de conhecimento. O governmento refere-se, portanto, ao nível instrumental da gestão, aos meios pelos quais determinadas políticas são projetadas e praticadas.

O governo federal vem buscando, há algumas décadas, implementar propostas que pensem a relação entre saúde e escola por um viés mais participativo, que envolva a comunidade escolar a fim de descobrir como a cultura popular representa a saúde, a doença e os modos de cuidar, possibilitando, assim, novos sentidos tanto no dia a dia dos cidadãos quanto nas experiências coletivas.

Em 2006, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGETES/MS) publicou um documento intitulado 'A Educação que Produz Saúde'⁸ com o intuito de mobilizar a comunidade educacional a 'construir' uma escola que produzisse 'saúde' por meio do fortalecimento dos modos participativos, democráticos de pensar e fazer educação em saúde na escola. Tal proposta entendia que, se a comunidade escolar fosse motivada a discutir sobre as causas e possíveis soluções para os problemas de saúde existentes em suas vidas, seria possível produzir novos e inovadores conhecimentos e assim alterar a realidade de qualidade de vida local.

Visando ratificar a proposição da Escola Promotora de Saúde, no ano seguinte, os Ministérios da Saúde e da Educação publicam o Decreto nº 6.286 instituindo o PSE, cuja proposição enfatiza que as práticas de educação em saúde devem considerar os saberes coletivos, ou seja, tudo o que a comunidade sabe e pode fazer para que se produzam aprendizagens significativas e sujeitos informados, capazes de atuar de forma participativa, reflexiva e crítica em defesa da sua qualidade de vida².

Com a finalidade de avançar no enfrentamento das vulnerabilidades sociais, o PSE não só reforça a ideia da escola como espaço privilegiado para práticas de PS e prevenção de agravos como também busca potencializar as ações de educação e saúde por meio de articulação entre escola e unidade de saúde. Tal

estratégia preconiza que os profissionais de saúde e de educação devem adotar uma atitude de empoderamento dos princípios básicos de PS dirigida aos educandos e à comunidade escolar.

Dessa forma, criar um programa de saúde na escola tendo em vista a PS coloca a gestão diante de desafios que vão além da consolidação de parcerias que compreendam e se apropriem dos referenciais da promoção, dos aspectos intrínsecos da intersectorialidade, bem como é preciso considerar que os processos de aprendizagem e o ato de aprender transcendem o espaço formal escolar e que os sujeitos da educação são capazes criar estratégias inovadoras de enfrentamento dos problemas sociais e que precisam ser ouvidos e considerados.

Cabe ressaltar que os desafios de gestão não são detalhados ou abordados de modo mais profundo neste trabalho tendo em vista que os gestores do programa nos municípios não constituíram objeto de pesquisa.

Desafios da implementação do PSE na perspectiva da PS

As questões trazidas pela PS, como a importância de considerar os Determinantes Sociais Gerais de Saúde da população ou o envolvimento da comunidade e seus saberes com o intuito de propiciar ou gerar novos e inovadores conhecimentos capazes de transformar a realidade local, são ainda desafios a serem vencidos no PSE.

O PSE previu em sua estrutura tais princípios. Para tanto, o município deveria realizar uma 'leitura técnica' de saúde, ou diagnóstico situacional, a fim de que fossem identificados as prioridades e os aspectos que precisariam ser redimensionados e/ou qualificados no âmbito das ações de educação e saúde no território. Para esse fim, o município elaboraria um projeto municipal no qual os territórios seriam delimitados segundo a área de abrangência das equipes da ESE, definindo assim o conjunto de escolas vinculadas a essas equipes e que atuariam no PSE em cada território.

Os discursos revelam que os professores das escolas e os profissionais de saúde das equipes de ESF de cada território envolvidos no PSE desconhecem o estabelecimento de metas ou a existência de um plano de ação específico do programa. Na prática, o que se observa nas escolas vinculadas ao PSE é a execução de um modelo educacional conteudista a orientar os planejamentos que estabelecem, *a priori*, o que deve ou não deve ser abordado, excluindo assim a base teórica da PS que norteia o PSE. A comunidade escolar não é reconhecida como sujeito de conhecimento e saberes, e as abordagens utilizadas não integram os saberes da população. Essa estratégia que não considera os determinantes sociais de saúde e não produz novos conhecimentos pôde ser identificada nos discursos de professores dos municípios das cinco regiões do País. A exemplo, destaca-se um, proferido em São Bernardo do Campo:

[...] entregamos pra criança [...] panfletos que vieram da Secretaria sobre os cuidados que devem ter. [...] um papelzinho que tem uns quadradinhos para preencher, por exemplo se na casa dela tinha vaso com pratinho de água e [...] o que elas deveriam fazer [...]. (ESC1PROF2; SBCampo).

Essa concepção de educação em saúde inscrita ainda na perspectiva da transmissão de um conhecimento especializado, normatizado que informa a uma população, cujo saber é ignorado ou desvalorizado, quais comportamentos devem ser instituídos com o objetivo de evitar o adoecimento, ainda se calca na ótica higienista das práticas pedagógicas sanitárias, cujo entendimento é de que dizer às pessoas o que devem fazer para serem saudáveis é o mesmo que educar⁹.

É importante ressaltar que, ao identificar o aspecto de transmissão de um saber presente nos discursos e ações de educação em saúde no PSE, não se ignorou o viés positivo de tais ações. Conforme esclarece Foucault ao se referir às instituições pedagógicas:

[...] não vejo onde está o mal na prática de alguém que, em um dado jogo de verdade,

sabendo mais do que um outro, lhe diz o que é preciso fazer, ensina-lhe, transmite-lhe um saber, comunica-lhe técnicas; o problema é de preferência saber como será possível evitar nestas práticas – nas quais o poder não pode deixar de ser exercido e não é ruim em si mesmo – os efeitos de dominação¹⁰⁽²⁸⁴⁾.

O que se verifica é a permanência da ideia de que a educação em saúde é uma questão que envolve somente informações técnico-científicas adequadas a serem transmitidas e disponibilizadas de forma verticalizada segundo a vontade pessoal e/ou política de sujeitos expostos a determinados agravos à saúde.

O desafio da intersetorialidade como prática no PSE

Historicamente, a convergência dos campos da saúde e da educação se fez como uma estratégia biopolítica destinada a implementar (e garantir) ações de controle coletivos, como prevenção das enfermidades, distribuição demográfica, envelhecimento populacional, entre outros.

Ao ser anunciado como uma política intersetorial, as diretrizes do PSE indicam que esta será sua forma de operacionalização, cuja responsabilidade por sua execução será compartilhada entre os setores da educação e saúde, sendo essa interação sua principal potência. Isso não só evidencia como também configura um modo de fazer educação no âmbito da saúde que demanda adaptabilidade e flexibilidade como estratégias para otimizar recursos de ordens diversa.

Todavia, a fala dos sujeitos das escolas e das unidades de saúde vinculados ao programa leva a supor que existem dois tipos de racionalidades postas em ação: uma decorrente da noção que produziu a maneira pela qual o PSE foi ‘pensado’ ou escrito e que o fez passar pelo escopo teórico da PS, portanto, de ação conjunta que considera o saber da comunidade; e outra colocada em funcionamento com uso de técnica conteudista, na perspectiva

higienista de intervenção, visando ao controle e à normatização das condutas.

Se, na sua estrutura, o PSE não concebe a ação dos profissionais de saúde como a de capacitadores de conhecimento especializado nem a de educadores como sendo aquela que absorve passivamente as orientações e as instruções e repassa para os estudantes e comunidade, não se pode perder de vista que, em torno dos saberes, existe um dispositivo disciplinar que os normaliza e estabelece politicamente uma relação hierárquica entre eles. É necessário, portanto, lembrar que as formas como a norma disciplinar e a norma de regulamentação (biopolítica) se cruzam – e tal cruzamento se dá no campo das práticas e dos saberes que informam a educação ou nas políticas que a atravessam e a agenciam para determinados fins estratégicos – produzem certos efeitos de saber-poder e potencializam novas formas de governamentalidade¹¹.

As falas refletem esse movimento de normalização e hierarquização dos saberes, o lugar de poder estabelecido historicamente entre esses dois campos, assim como a consequente fragilidade da interação colaborativa proposta entre a educação e a saúde na implementação e execução das ações do PSE em todos os municípios pesquisados, como pode-se observar nos excertos dos discursos, a exemplo, proferidos em Vilhena e Planaltina:

[...] Às vezes recebemos [...] profissionais [...] da saúde que vêm até a escola [...]. (ESC3PROF6; Vilhena).

[...]. Vem uma pessoa [...] falando [...] e faz a conscientização da comunidade e a gente [...] dá continuidade ao projeto ao longo ano, dentro de sala. (ESC2PROF2; Planaltina).

No funcionamento do PSE, nos diversos municípios, de alguma forma, o poder disciplinar faz valer seus efeitos; apesar de serem instituições fechadas que distribuem os sujeitos, os efeitos esperados estão no nível da população, e não só do indivíduo.

Na perspectiva biopolítica, a escola pública é convocada a participar a fim de garantir que situações sejam elencadas, que problemas da comunidade sejam mapeados para que o Estado possa conhecer, vigiar, melhor controlar e intervir com relação aos que estão em situação de vulnerabilidade, daí uma escola cada vez mais envolvida com os problemas sociais e atuante nas condições de vida dessa população.

Essa estratégia de governo – direcionada a estudantes de escolas públicas consideradas em situação de vulnerabilidade social –, na tentativa de controlar os riscos, e difundir a responsabilidade sobre si e os outros, requer que todos/as estejam bem-informados/as dos riscos que correm, bem como das ações que devem empreender para minimizar os problemas de saúde. O que se espera com os dispositivos pedagógicos é que sejam utilizados para se protegerem – e se prevenirem – dos riscos, presentes e futuros. Quando associados à mídia, esses dispositivos têm seus efeitos potencializados na medida em que produzem

imagens, significações, enfim, saberes que de alguma forma se dirigem à 'educação' das pessoas, ensinando-lhes modos de ser e estar na cultura em que vivem¹².

Portanto, a mídia não apenas veicula, mas, sobretudo, “constrói discursos e produz significados e sujeitos”¹², conforme explicitado nos discursos dos/as professores, ao externarem:

A gente foi no posto de saúde, pediu panfletos e fizemos a conscientização na rua [...]. (CEI2PROF2; J.Pessoa).

A gente trabalha muito [...] textos informativos [...] pra conscientizar as crianças. [...]. (ESC3PROF2; G.Valadares).

Quando se analisaram os discursos dos profissionais de saúde, apenas duas médicas, de Araguaína/TO, fizeram referência a ações em escola/PSE; e quanto aos enfermeiros(as), em todas as regiões, foi possível identificar

discursos referentes ao PSE. Já entre os técnicos de enfermagem, apenas um, no município de Macapá/AP, fez referência.

Faz-se necessário refletir sobre o elemento-chave da PS que é a participação com entendimento claro sobre o papel das pessoas, grupos e organismos para que se estabeleçam seus objetivos. O PSE não consegue ser efetivo se for proposto ou executado por um único setor. É imprescindível evitar restringir o PSE ao isolamento setorial e/ou atendimento por demandas específicas, conforme identificado:

A única ação que a gente fez recente que envolveu a equipe toda com relação as arboviroses [...] foi no programa do PSE [...] mês passado, que a gente fez o trabalho [...], durante uma semana nas escolas [...]. (ENF2; CaldasNovas).

Os discursos se caracterizam pela ausência do diálogo entre os setores saúde e educação, e as ações ocorrem visando ao atendimento a demandas específicas ou assistenciais. O que pode ser observado nas execuções dessas estratégias no PSE é que elas se estabelecem (re)significadas pelos sujeitos por meio de uma interação verticalizada das secretarias para as escolas, em que o saber médico, da saúde, é preponderante e orienta as estratégias dirigidas à comunidade que é excluída do processo democrático de pensar, planejar, propor ou criar soluções para seus problemas.

Destaca-se que, nos discursos transcritos, não se considera a dimensão reflexivo-crítica proposta pela ação intersetorial, visto que o saber da área da saúde é disciplinar, estabelecido por meio de formulações cujo caráter informativo visa à mudança de comportamento dos sujeitos e que é legitimado e reproduzido no ensino formal, conforme assinalado por Foucault¹³. Segundo esse entendimento, modificar os comportamentos é necessário, pois são os indivíduos, por meio de seus hábitos e atitudes, os responsáveis pelas moléstias que os acometem e por manter a sua saúde.

As ações que deveriam ser estabelecidas pelo Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI),

preconizado no PSE com a função de planejar e articular as ações entre a educação e a saúde, não são evidenciadas em nenhuma das cinco regiões brasileiras¹⁴.

O desafio de educar em saúde no PSE

A divulgação da informação sobre saúde para a população na atualidade é compromisso que visa à democratização do acesso à informação. As novas Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) constantemente criam produtos informativos endereçados a grupos específicos com o intuito de facilitar o diálogo entre o tema e o público.

Admitindo que tanto a informação quanto a educação são elementos importantes para a PS, considera-se necessário enfatizar que informar não significa educar. Enquanto a informação se refere ao conteúdo a ser disponibilizado e que deverá orientar as decisões de gestores e encaminhamentos educacionais, a educação é o estabelecimento de sentido da informação, determinando vínculos entre o modo de pensar e a ação cotidiana dos sujeitos¹⁵.

As estratégias educacionais pensadas na estrutura do PSE e presentes no documento denominado 'Passo a Passo PSE: tecendo caminhos da intersetorialidade', publicado pelo MS¹⁴, preconiza que o trabalho deve envolver professores, funcionários e precisa ter como princípio 'o que eles sabem' e 'o que eles podem fazer'. Destaca a necessidade de desenvolver em cada um dos atores "a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida"¹⁴⁽⁶⁾. Por fim, ressalta a importância de os profissionais de saúde e educação promoverem nos educandos, professores e funcionários das escolas o empoderamento dos princípios básicos da PS.

Entretanto, pode-se dizer que tal discurso não encontra ressonância nas estratégias adotadas na execução do programa, identificadas como 'palestras educacionais', ações de 'cientificação' ou de 'capacitação' estabelecidas como ações de 'Educação em Saúde', seja nas

UBS ou nas escolas vinculadas ao PSE, conforme evidencia-se nos discursos externados por professores e profissionais de saúde, ao compartilharem:

A questão da prevenção [...] a gente faz texto sobre. [...] tipo uma palestra, [...] mostra videozinho [...]. (ESC3;PROF1; Gramado).

[...] dei uma palestra sobre combate à Dengue lá na escola [...] do bairro que a gente trabalha e [...] falava como é a eliminação dos criadouros [...]. (ENF2; Macapá).

As transcrições possibilitam observar a forma tradicional de apresentar e abordar as questões relativas à prevenção e PS como área especificamente instrumental na qual os sujeitos tornam-se ferramentas para desenvolvimento das ações. Nota-se a relação de poder-saber estabelecido entre profissionais da saúde e da educação em que o papel de ‘educadora/educador’ das(os) enfermeiras(os) e médicas(os) é identificado quando expressam que farão ‘palestras’ reforçado pela fala das professoras que ‘buscam’ o pessoal do ‘Posto’ para dar palestras.

É importante lembrar que um dado discurso instituído trata não só de como se governa, mas também de como se é governado; trata da relação entre o governo dos outros e o governo próprio. Isso porque esse fim só é atingido na medida em que o governo, por meio de um poder que lhe é característico, o biopoder, inscreve-se sobre corpos individuais, produzindo sujeitos, moldando-os, guiando-os e afetando sua conduta de maneira a torná-las pessoas de um certo tipo, que reproduzam determinados saberes. Nesse sentido, o biopoder é colocado em ação ao se desenvolver a prática educativa em saúde nos moldes tradicionais.

Outra estratégia difundida pelas Secretarias de Saúde é o envio de cartazes e *folders* para UBS e escolas, como ferramenta de disseminação da informação. Para os profissionais da educação e da saúde, existe o entendimento de que a informação de ‘fonte qualificada’ é capaz de promover a mudança de comportamento

e/ou adesão da população às práticas de autocuidado. Tal entendimento tem promovido a elaboração verticalizada de materiais, inviabilizando avaliar o efetivo entendimento da comunidade sobre temas tratados. Isso talvez explique a pouca adesão dos sujeitos às ações e estratégias a serem implementadas:

[...] a gente tem todos os informativos, adesivos, folders, cartazes, banners, [...] e tem muita palestra. (ENF1; Anápolis).

[...] a gente distribuía... Assustava que matava, né, que morria, mas não adiantou muito. Só quando teve [...] um surto grande aqui, que [...] se deu mais consciência... (ENF2; Dois Vizinhos).

Tal estratégia biopolítica de utilizar *folders*, cartazes e cartilhas como principal abordagem para incentivar sujeitos e população a ‘consumir’ conhecimentos para o autocuidado atua na produção do ‘*homo economicus*’ que desonera um sistema público de saúde, possibilitando que este se viabilize financeiramente¹⁰. Nesse contexto, a informação, em especial a midiática, é vista como poderosa ‘substância’ capaz de promover mudança de hábitos, cura de doenças, controle de epidemias ou PS.

Considera-se que os produtos midiáticos possuem função formadora, ao produzir significações, e assim como a escola, utilizam-se de técnicas de produção de sujeitos autoanalíticos, autoavaliativos, que possam refletir sobre seus atos, suas sensações, de modo mais fluido e amplo.

Nessa perspectiva, quando se trata de analisar um dispositivo pedagógico, Jorge Larrosa¹⁶, desde o século passado, já alertava para a importância de atentar para a subjetivação na produção pedagógica do sujeito:

[...] a produção pedagógica do sujeito, já não é analisada apenas do ponto de vista da ‘objetivação’, mas também e fundamentalmente do ponto de vista da ‘subjetivação’. Isto é, do ponto de vista de como as práticas pedagógicas constituem e medeiam certas relações determinadas da pessoa consigo mesma¹⁶⁽⁵⁴⁾.

Os modos de subjetivação no PSE, portanto, podem ser entendidos como práticas produtivas desenvolvidas por meio de objetivação dos discursos implementados na escola sobre como os sujeitos-estudantes devem conduzir-se, como devem agir para manterem-se saudáveis e não se tornarem sujeitos de risco, para si, para o Estado e a comunidade.

Considerações finais

A educação em saúde permanece estruturando-se na biopolítica do disciplinamento dos corpos dos sujeitos com seus regramentos ou na constituição das subjetividades dos sujeitos para o autocuidado, com o propósito de adequar ou ajustar os indivíduos a uma determinada 'norma' social que deposita neles a responsabilidade por sua saúde traduzida como necessidade de os sujeitos optarem por hábitos e comportamentos saudáveis.

Se a noção de governamentalidade pensa práticas de governo capazes de operar 'a distância', no que tange às ações do PSE, busca criar locais e pessoas aptas a exercerem uma autonomia regulada, pelas palestras, pelas campanhas, cartazes e *folders*, que estabelecem quais comportamentos são adequados, quem está e quem não está em risco e como devem se conduzir os sujeitos com o intuito de garantir 'o fim' da ameaça: o mosquito.

A lógica dos que executam o PSE nas escolas e nas UBS ainda é a de que educação em saúde é mais um processo informativo e que a 'falta de saúde' seria mais um problema de ordem individual circunscrito no âmbito da não adesão a comportamentos adequados e higienização, como: usar repelentes, não jogar lixo no chão, desvirar ou recolher tampinhas e/ou copos no ambiente, não acumular água em vasos

de planta ou no quintal e manter o ambiente doméstico limpo.

Não são considerados os determinantes sociais e o saber comunitário na análise dos agravos à saúde e implementação de ações de prevenção e PS. Mesmo com as propostas que buscam ampliar a abrangência dos programas educativos, como as estratégias de teatros e caminhadas no bairro com os estudantes, tal ampliação não ocorre com a incorporação de repertório sociocultural da comunidade, restringindo-se à reprodução de conteúdo técnico-científicos ao universo cultural daqueles a quem se deseja ensinar. Continuam-se utilizando estratégias didáticas tecnicamente informadas pelas necessidades específicas de saúde, definindo comportamentos 'corretos' para cidadãos ao invés de se criarem oportunidades de reflexão crítica e de diálogo entre os sujeitos.

Nesse sentido, se a epidemia por DZC é, por definição, coletiva, a sua contenção é configurada como responsabilidade do indivíduo, em suas práticas diárias e cuidado com o ambiente, doméstico e coletivo. Esse caráter multiplicador dirigido às crianças e individualizado no cuidado é uma marca inferida nas ações de professores e profissionais de saúde, e esta é uma prática instaurada pelo biopoder, no governo da população na medida em que se exerce sobre cada um dos indivíduos, tendo como ponto de articulação: a escola.

Colaboradoras

Fernandes WR (0000-0001-5040-6293)*, Pimentel VRM (0000-0001-9316-2751)*, Sousa MF (0000-0001-6949-9194)* e Mendonça AVM (0000-0002-1879-5433)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas causados por vírus transmitidos pelo mosquito *Aedes* (dengue, chikungunya e zika), semanas epidemiológicas 1 a 6, 2022. *Boletim Epidemiol.* 2022 [acesso em 2022 fev 20]; 53(6):3-21. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-contenido/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no06/view>.
2. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 5 Dez 2007. [acesso em 2022 fev 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm.
3. Buss PM. Promoção da Saúde da Família. *Rev Bras Saúde Família*. 2002 [acesso em 2022 fev 20]; 2(6):50-63. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0103/IS23%281%29021.pdf.
4. Sabóia VM. Educação em Saúde: a arte de talhar pedras. Niterói: Intertexto; 2003.
5. Foucault M. *A Arqueologia do Saber*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2002.
6. Foucault M. *Segurança, Território, População*. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
7. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2. ed. Porto Alegre. Bookman; 2001.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *A educação que produz saúde*. Brasília, DF: MS; 2006.
9. Castiel LD, Vasconcellos-Silva PR. *Precariedades do Excesso: informação e comunicação em saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
10. Foucault M. *Ética, sexualidade, política*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
11. Gadelha S. *Biopolítica, governamentalidade e educação: introdução e conexões a partir de Michel Foucault*. Belo Horizonte: Autêntica; 2009.
12. Fischer RMB. *Trabalhar com Foucault: arqueologia de uma paixão*. Belo Horizonte: Autêntica; 2012.
13. Foucault M. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes; 2002.
14. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
15. Silva JO. *Educação e saúde: palavras e atos*. Porto Alegre: Dacasa Editora; 2001.
16. Larrosa J. *Tecnologias do eu e educação*. In: Silva TT, organizador. *O Sujeito da educação: estudos foucaultianos*. Petrópolis: Vozes; 1994.

Recebido em 28/04/2022

Aprovado em 19/09/2022

Conflitos de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Ministério da Saúde