

O LUGAR DO SENSÍVEL NA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: AUSÊNCIA, CONTINUIDADE OU RUPTURA

*THE PLACE OF THE SENSITIVE IN PERMANENT HEALTH EDUCATION:
ABSENCE, CONTINUITY OR BREAKTHROUGH*

Acácia Priscilla de Souza Lírio

Universidade Federal de Sergipe (UFS)

Aracaju, SE, Brasil

priscilla_lirio@yahoo.com.br

Resumo. Este ensaio apresenta como objeto de reflexão crítica a normalização do sensível por meio do controle médico, objetivando a compreensão de como a Educação Permanente em Saúde (EPS) oferece um referencial teórico-metodológico orientado para uma ruptura com essa normalização na atualidade. A fim de cumprir com o objetivo traçado, utilizamos como base norteadora da presente reflexão alguns livros e textos: o texto “Medicina, higiene e educação escolar”, de José G. Gondra (2000), o qual nos ajuda a pensar a estreita relação entre o surgimento dos discursos médico-higienistas e a educação brasileira; outros textos que trabalham aspectos da EPS por sua relação direta com a temática, especialmente o texto “Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação”, de Laura Feuerwerker (2014); e por fim, alguns textos do filósofo e historiador Michel Foucault, em especial “Microfísica do poder” (1984), como fio condutor da discussão para tratar as relações de poder envolvidas no processo de normalização do sensível nas sociedades brasileiras. Para isto, apresentamos inicialmente como esta normalização do sensível surgiu ainda no século XIX, coincidindo com o processo de consolidação e legitimação da ciência médica ocidental e com a conformação de um Estado Nacional Brasileiro. Em seguida, apontamos o importante papel da educação na divulgação e consolidação dos ideais médicos e por fim, sinalizamos a formação da EPS como alternativa à centralização vertical da norma médica, surgindo como uma proposta de descentralização do saber de referência ou de autoridade. Acreditando que a discussão trazida neste ensaio não se encerra por aqui, buscamos com ele entender as possibilidades que a Educação Permanente em Saúde oferece para uma ruptura com a normalização e por outro os limites da EPS, pois esses aparecem à medida em que ela é capturada pelas perspectivas disciplinar e de controle, ou melhor, quando ela se institucionaliza enquanto política pública no Brasil.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde. Medicina social. Normalização. Saber/poder médico. Sensível.

Abstract. This essay presents as an object of critical reflection the normalization of the sensitive by medical control, aiming the comprehension of how the Permanent Health in Education (PHE) offers a theoretical and methodological oriented referencial as a rupture to the normalization of nowadays. In order to conquer the goal, we use as guiding base of this reflection some books and texts: the text “Medicina, higiene e educação escolar”, by José G. Gondra (2000), which helps us think about the narrow relation between the appearance of the medical-hygienist speeches and brazilian education; other texts that show aspects of PHE by its direct relation with the theme, specially the text “Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação”, by Laura Feuerwerker (2014); lastly, some texts of the historian and philosopher Michel Foucault, specially “Microfísica do poder” (1984), as a guide of the discussion to deal with the power relations involved in the process of normalization of the sensitive in the brazilian societies. To do so, we initially introduce how this normalization of the sensitive emerged already in the nineteenth century, coinciding with the process of consolidation and legitimation of western medical science and with the resignation of a Brazilian National State. Then, we pointed out the important role of education in the dissemination and consolidation of the medical ideals and lastly, we signaled the formation of the PHE as an alternative to vertical centralization of the medical standards, emerging as a proposal of decentralization of the knowledge of reference or of authority. By believing that the discussion brought in this essay does not end, we seek using it to understand the possibilities that the Permanent Education in Health offers for a rupture of the normalization and PHE’s limits, since these appear to the extent that it is captured by the disciplinary and control perspectives, or better, when it is institutionalized as a public policy in Brazil.

Keywords: Permanent Health in Education. Social Medicine. Normalization. Know / medical power. Sensitive.



INTRODUÇÃO

Este ensaio apresenta como objeto de reflexão crítica a normalização do sensível¹ por meio do controle médico, buscando compreender como a Educação Permanente em Saúde² (EPS) oferece um referencial teórico-metodológico orientado para uma ruptura com essa normalização na atualidade. A normalização do sensível é vista neste ensaio como um obstáculo para a atenção à saúde, de modo que suas estratégias objetivavam, inicialmente, a organização da sociedade em um período de transição entre o período imperial e o período republicano no Brasil, auxiliando no processo de higienização das cidades e de melhoria das condições sanitárias da população, contudo, estas estratégias também podem ser problematizadas à medida que atribuem ao conhecimento científico valores infinitamente superiores ao conhecimento popular e elegem como verdades certos comportamentos em detrimento de outros.

A EPS, enquanto vertente pedagógica, que coloca o cotidiano do trabalho e da formação em saúde em análise, procura romper com essa normalização, dando voz também a outras formas de conhecimento, como o conhecimento do senso comum e o conhecimento construído no cotidiano do trabalho, através das relações entre profissionais, entre profissionais e usuários, e entre profissionais e a comunidade. Esta forma de abordagem aproxima a EPS do que Boaventura Santos (2002) chama de paradigma emergente da ciência.

A ciência moderna construiu-se contra o senso comum que considerou superficial, ilusório e falso. A ciência pós moderna procura reabilitar o senso comum por reconhecer nesta forma de conhecimento algumas virtualidades para enriquecer a nossa relação com o mundo. É certo que o conhecimento do senso comum tende a ser um conhecimento mistificado e mistificador mas, apesar disso e apesar de ser conservador, tem uma dimensão utópica e libertadora que pode ser ampliada através do diálogo com o conhecimento científico (SANTOS, 2002, p. 56).

A fim de cumprir com o objetivo traçado, utilizamos como base norteadora da presente reflexão alguns livros e textos: o texto “Medicina, higiene e educação escolar”, de José G. Gondra (2000), o qual nos ajuda a pensar a estreita relação entre o surgimento dos discursos médico-higienistas e a educação brasileira; textos que trabalham aspectos da EPS, por sua relação direta com a temática, especialmente o texto “Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação”, de Laura Feuerwerker (2014); e por fim, alguns textos do filósofo e historiador Michel Foucault, em especial “Microfísica do poder” (1984), como fio condutor da discussão para tratar as relações de poder envolvidas no processo de normalização do sensível nas sociedades brasileiras.

O texto de Gondra (2000) é um dos capítulos do livro “500 anos de educação no Brasil”, organizado por Eliana Lopes (2000), e expõe para nós, por meio de uma abordagem sócio histórica, a construção de uma ordem civilizada através da ciência médica no Brasil do século XIX, o que nos auxilia a compreender a gênese da normalização médica no Brasil a partir da ligação direta com a educação.

Laura Feuerwerker (2014) nos apresenta uma coletânea de textos que traz o olhar da micropolítica sobre a produção da saúde, entendendo essa como um processo de produção de subjetividades a partir das relações de poder. Desta forma, a EPS busca trazer à tona as sensibilidades por acreditar que estas relações são fundamentais para se pensar a produção do cuidado e a formação na área da

¹ Sensível será aqui entendidos em consonância com as ideias de Sandra Pesavento (2003) ao passo em que a mesma afirma que o sensível pertence ao campo do real e do não real, do sabido e do desconhecido, do intuído ou pressentido ou do inventado, remetendo as sensações de estar/ser no mundo, com nossos sonhos, medos, desejos e afetações.

² Vertente pedagógica que coloca o cotidiano de trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. (CECCIM, 2005, p. 161).

saúde. Estes textos nos assessoram na indicação de “bases conceituais do campo da EPS, como suporte para a construção de práticas inovadoras e mais democráticas na própria gestão das práticas de saúde” (p. 96). Fundamentaremos, também, nossas reflexões em alguns capítulos do livro “Microfísica do poder”, de Foucault (1984), que nos ajudarão a discutir o processo de produção de subjetividades a partir das relações de saber/poder, o que consideramos decisivo para se pensar a produção da normalização do sensível na área da saúde.

Para compreendermos como se deu a normalização do sensível nos valem de que a lógica médico-científica ganha força no Brasil durante o século XIX quando chegam as primeiras ideias iluministas, através de brasileiros que foram estudar em universidades europeias e, ao entrarem em contato com as teorias e pensamentos iluministas, retornavam ao país propagando esses ideais, principalmente nos centros urbanos. Dentre os principais ideais iluministas estavam o domínio da razão sobre a visão teocêntrica, onde os fatos precisavam ser explicados e vistos sobre a ótica da razão científica para apresentarem legitimidade, constituindo-se como um período de renúncia do sensível e renúncia de tudo aquilo que não fosse considerado ciência.

Gondra (2000) afirma que a medicina voltada para os problemas de ordem social, deslocando o foco da doença para a produção da saúde, se institucionaliza no Brasil ao longo do século XIX, coincidindo com o processo de consolidação e legitimação da ciência médica ocidental. A medicina, por meio do seu novo discurso, apresenta duas principais características: a primeira, é que ela deveria penetrar na vida social da população, preocupando-se com seus componentes naturais, urbanísticos e institucionais; e a segunda era a sua atuação como apoio indispensável ao exercício do poder do Estado. Buscando corroborar com essas ideias, Gondra (2000) e Buriti (2011) afirmam que o século XIX é o período em que a normalização médica atuou em estreita relação com o desenvolvimento urbano e a criação de um Estado Nacional brasileiro.

Machado e colaboradores (1978) ressaltam em seu livro “A danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil”, que desde o século XIX, a medicina ganha características de polícia médica, vista como um meio de controlar os cidadãos e prevenir as doenças através da vigilância do comportamento e atitudes da população. A normalização do sensível surge em um período em que a medicina defende o equilíbrio e condena as paixões e o excessos, isto é, a “falta moral” passa a ser causa das doenças e por isso precisava ser controlada para que a ordem reinasse na sociedade.

Por fim, este ensaio foi estruturado em três subtópicos: o primeiro intitulado “Discurso médico social no Brasil e seus tentáculos”, no qual discorreremos sobre o processo de construção do saber-poder médico e suas formas de propagação no Brasil; O segundo subtópico chamado de “Normalização do sensível: atualizações e resistências”, falamos sobre o processo de institucionalização da normalização do sensível, por meio do saber-poder médico, no âmbito da saúde pública no Brasil e sobre os processos de atualização e resistência a esta normalização; e o terceiro e último subtópico “Educação Permanente em Saúde: potencialidades e limites”, no qual ponderamos sobre as potencialidades e limites de uma EPS que se propõe inicialmente pedagógica e que a posteriori também se propõe política.

DISCURSO MÉDICO NO BRASIL E SEUS TENTÁCULOS

A medicina social procurava agregar à lógica da razão médica outros saberes, como a estatística, a geografia, a demografia, a histórica e a topografia para que, com isso, o seu saber ganhasse legitimidade científica. A expansão do poder da medicina produziu novos saberes e os transformou em modos de dominação/poder sobre toda a sociedade. As estratégias de disseminação do seu discurso se valeram da legitimidade dada ao caráter científico do saber médico para prescrever formas de comportamento, e atuar junto a outros saberes na arquitetura e nas instituições. Estas formas de comportamento, conforme Gondra (2000) e Buriti (2011), foram propagadas principalmente através da educação, que nesse período, século XIX, era considerada uma panaceia para o país.

Educar nessa nova perspectiva de sociedade moderna/burguesa, de acordo com Gondra (2000), exigia uma nova organização e o estabelecimento de um processo de formação a longo prazo, através da lógica da razão. Era um período de caráter civilizador, onde os livros/manuais que circulavam, entre a burguesia, eram instrumentos que apresentavam propostas de transformação social através da ocupação do privado e da construção de um feminino que seria responsável pelo cuidado de si, dos

outros membros da família e consequentemente da sociedade (BURITI, 2011). Novas instituições estavam sendo criadas e a medicina social fornecia um modelo de organização escolar com base no saber/poder médico que buscava retirar a educação da ótica do privado – familiar e/ou religiosa – o monopólio sobre a formação das crianças, decidindo sobre as leituras obrigatórias, sobre o currículo, a localização, a alimentação, a arquitetura, a higiene e a organização escolar.

Para tentar elucidar com mais apreço o funcionamento destas instituições durante o século XIX no Brasil nos utilizaremos, à priori, dos conceitos de sociedade soberana e sociedade disciplinar, apresentados por Foucault (1984; 1987). Este autor analisa a passagem da Sociedade Soberana (Início no século XVIII) – em que o poder está nas mãos de um rei, representante do poder divino na terra, que utiliza a ameaça de morte e a punição física como formas de controle – para a Sociedade Disciplinar (Início no século XIX), marcada pela centralização do poder no Estado, pela vigilância e pela lógica do confinamento, operada em diversas instituições – o hospital, a escola, a fábrica, o presídio, entre outros. No entanto, o século XIX no Brasil apresenta-se ainda com características de uma sociedade soberana, pois assentava-se no regime absolutista governado pelo imperador e com a predominância da violência repressiva sobre a sociedade. Contudo, embora alicerçado na soberania, o Brasil oitocentista apresentava também ações características da sociedade disciplinar, pois iniciava um processo de transição do poder imperial para o poder republicano, em que o Estado buscava a melhor forma de manipulação da população e “defendiam e justificavam a construção de uma nova ordem não mais fundadas nas hierarquias de sangue, mas nas hierarquias de propriedade, dentre elas a do saber”(GONDRA, 2000, p. 521) e das instituições de confinamento que auxiliavam a vigia exaustiva da sociedade.

Historicamente as relações de poder sofreram adaptações onde o controle que era exercido no século XIX, principalmente, e no século XX, com menor impacto, pela força brutal e punitiva, passa a ser exercido também, durante a transição dos regimes no Brasil, num misto entre a força bruta e a disciplina - sistema de poder capaz de moldar o indivíduo, transformando em um indivíduo dócil, útil e disciplinado - conforme afirma (FOUCAULT, 1987, p. 126): “A primeira das grandes operações da disciplina é então a constituição de “quadros vivos” que transformam as multidões confusas, inúteis ou perigosas em multiplicidades organizadas”. Na passagem do período Imperial para a República no Brasil “[...] a associação entre saúde, educação moral e nacionalismo fundia-se em uma mesma compreensão sobre a finalidade social da escola primária e dos projetos de reconstrução da sociedade brasileira pela educação” (SOUZA, 2009, p. 309). Os ideais de criação da nação brasileira passavam também pelos propósitos atribuídos a matérias como educação física, higiene, puericultura e trabalhos manuais. A autora afirma, ainda, que práticas simbólicas existentes no espaço escolar avivaram sentimentos e valores cívicos-patrióticos. Corroborando com essa ideia, VIDAL (2000) relata que a construção da nação brasileira, por volta da década de 1920, passava pelo desafio da “regeneração social” da população - constituída de brancos, negros, indígenas e estrangeiros. Segundo os educadores da Escola Nova esta regeneração só poderia ser alcançada através da educação das massas, ou seja, educação que visava democratizar o ensino no Brasil, levando-o a maior parte da população, nacionalizando o estrangeiro e abasileirando o brasileiro.

Assim como as escolas, as instituições de saúde – hospitais e manicômios - também foram instrumentos para a propagação desse poder médico durante o século XX, que ao mesmo tempo em que estava preocupado com o estado de saúde da população, produzindo saber/conhecimento sobre a urbanização, também expandia o seu domínio através da disciplinarização e normalização dos hábitos cotidianos. De acordo com Foucault (1984, p. 151), “era em nome da medicina que se vinham ver como eram instaladas as casas, mas era também em seu nome que se catalogava um louco, um criminoso, um doente”.

NORMALIZAÇÃO DO SENSÍVEL: ATUALIZAÇÕES E RESISTÊNCIAS

A lógica da normalização do sensível pelo saber/poder médico tem sido instituída na saúde e pela saúde desde o século XIX através da prescrição verticalizada de padrões de comportamento e da operação de estratégias de vigilância e punição. Estas prescrições e estratégias se atualizam durante todo o século XX tendo como eixo central o disciplinamento e a utilidade do corpo. Para Foucault (2005, p. 301), é relevante a importância da Medicina, “dado o vínculo que estabelece entre as influências científicas sobre a população e sobre o corpo”. Tal saber/poder pretendia-se, desde o seu

surgimento, colonizador, invadindo, ocupando e conquistando novos territórios que iam do “interior para o exterior” (VIDAL, 2000, p. 512), e que ditavam as formas de respirar, de se movimentar, de asseio, de escrever, de ler, enfim, de viver, características de uma sociedade disciplinar híbrida com a sociedade de controle. Reforçando esta ideia, Foucault (1984, p. 80) afirma que “o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo [...]. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política”.

A biopolítica, que de acordo com Revel (2005, p. 27), “representa uma grande Medicina Social que se aplica à população a fim de governar a vida”. A biopolítica é uma tecnologia de poder que rege e regulamenta a vida, assimilando-a e reformulando-a. E o biopoder, segundo Gregolin (2007, p. 19-20), “materializa-se no governo de si: o sujeito deve autocontrolar-se, modelar-se a partir das representações que lhe indicam como deve (e como não deve) ser o seu corpo”. Isto nos reporta para aquilo que Foucault chama de governamentalidade, ou seja, o governo de si e dos outros por meio de técnicas de que produzem identidade. E é a partir dessa “sutil” e flexível apropriação do corpo, que Deleuze (1992) vai caracterizar como a transição da sociedade disciplinar para a de controle, marcada pela disseminação, horizontalização e impessoalidade do poder, estando diretamente ligada as inovações tecnológicas do mundo capitalista. Para Deleuze (1992) os mecanismos de vigilância da população se aprimoraram e passaram de uma vigilância institucional, da sociedade disciplinar, para uma vigilância geral, estendendo-se para todos os âmbitos da vida pública, não mais se localiza estritamente no indivíduo, mas no coletivo. O símbolo do controle não é mais o panóptico³, mas a web, pois é no ciberespaço que as informações e conhecimentos, elementos estratégicos para a manutenção do poder nessa nova sociedade informacional, são controlados. Pois, o triunfo das atividades, seja economicamente ou politicamente, depende na atualidade da capacidade do uso de informações e dos conhecimentos que as sociedades conseguem agregar.

Retomando então, a questão do saber/poder médico prescritivo que se atualiza neste período de transição social, final do século XX e início do XXI no Brasil, do qual emergem iniciativas que pareciam buscar a “transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si” (PEREIRA; BENEVIDES DE BARROS, 2009, p. 01). As propostas apresentadas pela Reforma Sanitária Brasileira (1970), o advento do Sistema Único de Saúde (SUS-1988) e a sua regulamentação com a aprovação das Leis do SUS (Lei nº 8080/1990), figuravam mudanças no olhar sobre o processo saúde-doença-cuidado, com vistas a humanização. Entretanto, pensando nas estratégias de saber/poder que se atualizam na sociedade de controle, fiquemos atentos as intenções das propostas que pregam transformações no modelo de atenção à saúde e que põe o usuário do SUS no papel central do cuidado de si.

Estas transformações, segundo Deleuze (1992), são marcadas pela crise das antigas instituições de confinamento (disciplinar) e fatalmente o aparecimento de novos dispositivos de controle, sem que as ferramentas disciplinares fossem extintas, mas sim aperfeiçoadas. O Estado que na sociedade disciplinar, era um grande ditador de condutas, através das instituições, se torna, na sociedade de controle, onipresente, modulando-as continuamente segundo variáveis cada vez mais complexas, deixando na mão dos indivíduos a suposta responsabilidade pela gestão do seu próprio cuidado. Houveram também mudanças nas relações antes permeadas pela hierarquia, vigilância individual, autoridade e centralização do poder, para um momento de perspectivas descentralizadoras, onde a participação de todos foi estimulada.

³ Era um edifício em forma de anel, no meio do qual havia um pátio com uma torre no centro. O anel dividia-se em pequenas celas que davam tanto para o interior quanto para o exterior. Em cada uma dessas pequenas celas, havia, segundo o objetivo da instituição, uma criança aprendendo a escrever, um operário a trabalhar, um prisioneiro a ser corrigido, um louco tentando corrigir sua loucura, e na torre, havia um vigilante. Disponível em: <http://michelfoucault.hotglue.me/Pan%C3%B3ptico>

No interior das sociedades de controles contínuos, os lugares são redefinidos por fluxos. O investimento não é mais no corpo propriamente dito; interessa agora é extrair o máximo de energias inteligentes, fazer participar, criar condições para cada um se sentir atuando e decidindo no interior das políticas de governos, em organizações não-governamentais e na construção de uma economia eletrônica (PASSETTI, 2000, p. 9).

A nova sociedade caracteriza-se justamente pela invisibilidade e pela virtualização do seu poder junto às redes de informação, pautada em fluxos que se atualizam constantemente e que são responsáveis pela construção de certas identidades. A normalização do sensível não foge a esses fluxos, ao passo que o saber/poder médico que a controla, trabalha neste momento, sob uma lógica onde todos são convocados e responsabilizados pela participação ativa no seu cuidado e no cuidado coletivo em saúde. Mas, se por um lado as tecnologias de poder se atualizam sobre os corpos em uma sociedade de controle, por outro, surgem novas formas corporais de resistência e transgressão que visam romper com esta lógica normalizadora.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: POTENCIALIDADES E LIMITES

Mas, como romper com a lógica da normalização do sensível no setor saúde em meio a esta transição entre as sociedades? Ceccim (2005) refere que de forma geral o setor saúde opera com uma lógica fragmentada, centrada no saber/poder médico, e essa fragmentação também tem gerado especialistas, intelectuais e consultores com uma noção de centralização de saberes que findam por se impor sobre os profissionais, os serviços e a sociedade e cuja consequência é a expropriação dos demais saberes e a anulação das realidades locais em nome do conhecimento/da expertise. Sabemos que o conhecimento auxilia na identificação dos problemas, “mas não permitem compreender sua singularidade, sua vigência subjetiva, suas conexões de sentido local”, pois deixam de fora a sensibilidade proporcionada pelo encontro, pelo olhar, pela escuta, pela percepção do outro (CECCIM, 2005, p. 164).

Apontamos então, neste ensaio, por um lado, as potencialidades da Educação Permanente em Saúde (EPS) à proporção que oferece um referencial teórico-metodológico orientado para uma ruptura desta normalização controlada pelo saber/poder médico. Este rompimento pode ocorrer a proporção que entendemos o trabalho em saúde como um espaço passível de brechas, e por isso, parcialmente controlável, parcialmente estruturado, de incertezas, de singularidades, e que se baseia nas relações entre as pessoas (profissionais, gestores, usuários, comunidade) no próprio cotidiano de trabalho. Assim,

Para ocupar o lugar ativo da Educação Permanente em Saúde precisamos abandonar (desaprender) o sujeito que somos, por isso mais que sermos sujeitos (assujeitados) pelos modelos hegemônicos e/ou pelos papéis instituídos precisamos ser produção de subjetividade: todo o tempo abrindo fronteiras, desterritorializando grades (gradis) de comportamento ou de gestão do processo de trabalho (CECCIM, 2005, p. 167).

Desta forma, a EPS aparece como alternativa à centralização vertical da norma médica, surgindo como uma proposta de descentralização do saber de referência ou de autoridade. A orientação é que o conteúdo do saber/poder seja produzido coletivamente, levando em conta o acúmulo de saberes dos trabalhadores e usuários, a socialização destes saberes entre profissionais e usuários, a problematização do cotidiano de trabalho, dentre outros. Com isso, através desta nova lógica deixa de ser somente valorizado o saber do médico sobre o paciente, para ser valorizado também o saber do paciente sobre si.

Se tomarmos os espaços instituídos através de marcos político-legais, a exemplo dos serviços de saúde, as práticas que se operam neles e por eles estão inseridas num plano de forças em permanente tensão entre o instituído e o instituinte. Nesse sentido, as práticas de EPS buscam contemplar os saberes dos diferentes atores que compõe os serviços: usuários, trabalhadores e gestores. Cada um entrando no cenário com seus conceitos, intencionalidades e projetos, e constituindo distintos modos

de relação, de encontro, e de atravessamentos entre as diferentes lógicas dos atores sociais envolvidos. Estes atores podem atuar neste cenário ratificando processos instituídos que atualizam a lógica médico-centrada, por exemplo, ou podem agir sobre uma lógica instituinte, produzindo novas possibilidades de ação, como a horizontalidade dos saberes entre profissionais e usuários. Em vista disso, o desafio que se coloca é o de produzir ações coletivas de saúde mais horizontais que escapem as prescrições e do exercício de verticalização do poder (MERHY; FEUERWERKER, 2014).

Os autores supracitados, apontam para a potência da horizontalização em espaços não organizados por forças instituídas como, por exemplo, uma praça onde “o acontecimento é a regra e os encontros são a constitutividade” (MERHY; FEUERWERKER, 2014, p. 101), perceberemos que não existe regra a ser imposta, a ser obedecida, isso conseqüentemente amplia as possibilidades de encontros e dos processos instituintes. A possibilidade de compreender esta convivência contaminante produtiva e criadora, do diferente em nós, da empatia, mas com a limitação instituída de cada um, como cenários democráticos e em produção, que não está dado. Com isso, conceitualmente, podemos nos arriscar a dizer que a EPS está fundamentada em uma perspectiva epistemológica e metodológica pós-estruturalista; pois, os conhecimentos por ela incorporados são construídos após o contato com a estrutura que excede os limites teórico-práticos garantidos pelo instituído e caminha orientado por um processo permanentemente estruturante e instituinte. Ou seja, a perspectiva pós-estruturalista propõe um pensamento de recusa aos fundamentos tradicionais da filosofia moderna, com suas ideias de verdade científica, objetividade e de racionalidade. O pós-estruturalismo supõe, epistemologicamente, que não só o conhecimento, mas a própria realidade investigada pela ciência é produzida discursivamente e isto requer que a articulação coerente desta abordagem implique, necessariamente, na realização de uma (auto)crítica sobre a própria concepção epistemológica, para isto, sua metodologia parte das características e da realidade contextual do problema a ser defrontado e não de uma metodologia pré-estabelecida e generalizada. (OLIVEIRA et al., 2013)

Entretanto, por outro lado, os limites da EPS podem aparecer a medida em que ela é capturada pelas ferramentas de controle, ou melhor, quando ela se institucionaliza enquanto política de pública, e a proposta se verticaliza. Em 2004 ela se organiza enquanto política pública no Brasil, através da Portaria nº 198/2004/MS, como componente da estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Desse modo, aquela proposta pedagógica que se fundamentava em uma lógica de problematização do cotidiano a partir do trabalho vivo em ato, com potencial transformador de uma consciência moral, política e econômica interna ao sujeito, pode ganhar potencial de ordenador externo, onde os trabalhadores são capacitados pelo Estado, por meio de cursos, para pensarem e trabalharem numa mesma lógica ditada pela política da EPS. Entretanto, para potencializar a EPS é preciso estar atento aos processos pedagógicos que contemplem as mais diversas e singulares experiências cotidianas, que tendem a fazer sentido aos trabalhadores, aqueles processos que levam em consideração os saberes e fazeres constituídos a partir das experiências no próprio local de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditando que a discussão trazida neste ensaio não se encerra por aqui, buscamos com ele entender como a Educação Permanente em Saúde oferece um referencial teórico-metodológico orientado para uma ruptura com essa normalização do sensível por meio do controle médico na atualidade, além de apontar as potências e os limites que a formatam para a constituição de uma sociedade de controle. Para isso, apresentamos como se deu a normalização do sensível através do discurso médico higienista no Brasil e percebemos que este discurso surgiu ainda no século XIX, coincidindo com o processo de consolidação e legitimação da ciência médica ocidental e com a conformação de um Estado Nacional Brasileiro.

A propagação teve na educação um importante aliado na popularização de seus ideais, passando por transformações, ganhando companheiros - outros profissionais de saúde - e se mantendo até os dias atuais como o modo predominante de se produzir saúde no Brasil, apesar de ter havido transformações. Em razão disto, Passeti (2000) afirma que os investimentos na produtividade do corpo foram se otimizando e se acumulando com o decorrer das sociedades: na sociedade de soberania castiga-se, na disciplinar busca-se utilidade econômica e docilidade política, na de controle exige-se participação e fluxo inteligente.

A presente reflexão não perdeu de vista, diante de suas possibilidades críticas, os limites da EPS, pois esses aparecem à medida em que ela é capturada pelas perspectivas disciplinar e de controle, ou melhor, quando ela se institucionaliza enquanto política pública, e se verticaliza. E procurou evocar as potencialidades desta proposta pedagógica que busca problematizar e desnaturalizar as práticas discursivas e não discursivas, provocando (des)aprendizagens nas práticas que circulam como verdades e que muitas vezes restringem a nossa capacidade de produzir novas práticas cotidianas.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8080/GM. Publicada em 19 de setembro de 1990.
- BRASIL. Constituição (1988). Emenda constitucional nº 9, de 9 de novembro de 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM. Publicada em 13 de fevereiro de 2004.
- BURITI, I. Leituras do sensível: escritos femininos e sensibilidades médicas no Segundo Império. Campina Grande: EDUFCG, 2011.
- CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface – comunic., saúde, educ. (Botucatu/SP). V. 9, n. 16, p.161-177, set. 2004/fev. 2005.
- DELEUZE, G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: _____. Conversações. Tradução Peter Pál Pelbart. São Paulo: Editora 34, 1992. p. 221-224.
- FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1984. p.277-293.
- FOUCAULT, M. Vigiar e punir: nascimento da prisão; tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis, Vozes, 1987. 288 p.
- FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976. In: _____. Em defesa da sociedade. Tradução Maria E. Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 285-315.
- GONDRA, J. G. Medicina, Higiene e educação escolar. In: LOPES, E. M. T; FARIA FILHO, L. M. e VEIGA, C. G. 500 anos de educação no Brasil. Belo Horizonte, Autêntica, 2000. p. 519 – 550.
- GREGOLIN, M. R. V. Análise do Discurso e mídia: a (re)produção de identidades. Dossiê. Comunicação, Mídia e Consumo. São Paulo, vol. 4, nº 11, nov. 2007, p. 11-25.
- MACHADO, R; LOUREIRO, Â; LUZ, R; MARLUCY, K. Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978. 559 p.
- MERHY E. E. FEUERWERKER L. C. M. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: FEUERWERKER, L. C. M. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação/ Org. Laura Camargo Macruz Feuerwerker. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p. - (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).
- OLIVEIRA, G; OLIVEIRA, A; MESQUITA, R. A teoria do discurso de Laclau e Mouffe e a pesquisa em Educação. Educação & Realidade, Porto Alegre, v.38, n. 4, out./dez. 2013. Disponível em: http://www.ufrgs.br/edu_realidade. Acesso em: 18 nov. 2016.
- PASSETTI, E. Anarquismos e Sociedade de Controle. Colóquio Foucault/Deleuze-2000/Unicamp-São Paulo.
- PEREIRA, E. H. P. BENEVIDES DE BARROS, R. D. Humanização. In: PEREIRA, I. B; LIMA, J. C. F. Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), 2009. 478 p.
- PESAVENTO, S. J. História & História Cultural. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.
- REVEL, J. Michel Foucault: conceitos essenciais. São Carlos: Claraluz, 2005.
- SANTOS, B. S. Um discurso sobre as ciências. 13ª ed. Porto, Afrontamentos, 2002.
- SOUZA, R. F. Alicerces da Pátria: História da Escola Primária no Estado de São Paulo (1890-1976). Campinas: Mercado de Letras, 2009.
- VIDAL, D. G. Escola Nova e processo educativo. In: LOPES, E. M. T; FARIA FILHO, L. M. e VEIGA, C. G. 500 anos de educação no Brasil. Belo Horizonte, Autêntica, 2000. 49 p.

MINIBIOGRAFIA

Acácia Priscilla de Souza Lírio (priscilla_lirio@yahoo.com.br)



Professora de Educação Física da Rede Estadual de Educação de Sergipe, Mestranda em Educação pela Universidade Federal de Sergipe, Especialista em Educação Física Escolar pela FASE- Faculdade de Sergipe (2011), Especialista em Saúde Mental e uso de Substâncias Psicoativas pela Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti - Universidade Federal da Bahia (2012), Especialista em Educação Permanente em Saúde pela Universidade Federal do rio Grande do Sul (UFRGS). Experiência na área de Educação, Saúde Mental, Educação Permanente em Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: educação em saúde e práticas corporais na saúde mental.

Link para Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9942220911922448>