


REFLETINDO SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA - RABISCOS, RISCOS E DISCRETAS OUSADIAS

REFLECTING ON HEALTH EDUCATION IN TIMES OF PANDEMICS – DRAWINGS, RISKS AND DARING

 <https://orcid.org/0000-0003-2072-0390> Marcia Raposo Lopes ^A

 <http://orcid.org/0000-0002-4687-3646> Heliana de Barros Conde Rodrigues ^B

^A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^B Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Recebido em: 07 abr. 2022 | Aceito em: 31 maio 2022

Correspondência: Marcia Raposo Lopes (marcia.lopes@fiocruz.br)

Resumo

Este ensaio tem o objetivo de problematizar os efeitos e movimentos produzidos pelas ações de educação em saúde quando massificadas, em especial, no contexto da pandemia de covid-19. Para tanto, inicialmente, ele retoma o histórico do desenvolvimento das atividades de educação em saúde no Brasil, buscando entender os diferentes formatos que ela assumiu, e assume ainda hoje, nas políticas e nos serviços públicos de saúde. A educação popular em saúde, que tem como base teórica os trabalhos de Paulo Freire aparece, então, como um importante desdobramento destas atividades em nosso país, a partir dos anos de 1980. As análises que se seguem utilizam os trabalhos de Michel Foucault notadamente os conceitos de biopolítica e governamentalidade para pensar criticamente, este processo, aprofundando o debate sobre o tema no contexto atual, imerso na pandemia da covid-19. Mesmo diagnosticando o lugar paradoxal que ocupa a educação em saúde no interior da saúde pública e da governamentalidade neoliberal, procura-se estabelecer um diálogo a partir dela, no intuito de facultar a invenção de novos sentidos, a produção de novas realidades.

Palavras-chave: educação em saúde, educação popular em saúde, biopolítica, pandemia de covid-19

Abstract

This article aims to problematize the effects and movements produced by mass health education actions, especially in the context of the covid-19 pandemic. Initially, it takes up the history of the development of health education activities in Brazil. It uses Michel Foucault's work, notably the concepts of biopolitics and governmentality, to analyze this process, especially in the context of the covid-19 pandemic. The paradoxical place of health education within public health is diagnosed. Even so, it seeks to establish a reflection in order to give rise to the invention of new meanings, the production of new realities.

Keywords: health education, popular health education, biopolitics, covid-19 pandemic



A Educação em saúde – localizando a questão

Entendemos por educação em saúde um conjunto bastante diversificado de ações que não estão restritas aos serviços de saúde; pelo contrário, podem ser idealizadas e realizadas em escolas, serviços comunitários, espaços de trabalho e, até mesmo informalmente, no cotidiano familiar. Seus objetivos, entretanto, sempre envolvem questões relacionadas à saúde e, de modo ampliado, ao bem estar de sujeitos e coletivos.

Mesmo se tomarmos como referência apenas as ações desenvolvidas a partir de serviços ou políticas sanitárias, é difícil chegar a uma definição única dos propósitos das atividades de educação em saúde ou a um formato exclusivo para sua realização. Tal definição e tal conformação dependem, nesse caso, do modo como são atravessadas pelas diferentes visões de educação em saúde presentes no cotidiano das unidades.

Em um pequeno texto que introduz um material educativo sobre educação em saúde, Morel, Pereira e Lopes (2020) destacam o lugar estratégico que essas ações podem assumir na construção do diálogo entre os serviços sanitários e a população. Nessa linha, assim comentam sobre sua importância para a defesa do direito à saúde:

Em um primeiro momento, podemos considerar que o principal objetivo destas práticas é o de transmitir informações sobre prevenção de doenças. Mas há outras possibilidades em jogo. Com base na educação em saúde podemos, por exemplo, conhecer melhor a realidade de vida das pessoas, suas necessidades, suas estratégias para se prevenir e cuidar, bem como suas expectativas com a prestação de qualquer atendimento em um serviço. Esta aproximação, que é um ponto de partida relevante para a organização de qualquer espaço dedicado ao atendimento dos usuários, pode contribuir não somente para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, mas também para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Afinal, defender que saúde é um direito de todos e dever do Estado só é possível na medida em que nos apropriamos deste conceito como construção histórica e social e não apenas como um atributo individual oposto ao adoecimento (MOREL; PEREIRA; LOPES, 2020, p. 18).

Realizadas cotidianamente no interior das unidades de saúde – seja a partir de propostas desenhadas nas políticas públicas, seja a partir da iniciativa coletiva ou individual dos profissionais de saúde –, as ações de educação em saúde, entretanto, podem estar ligadas à produção de certos movimentos e efeitos que gostaríamos de problematizar neste ensaio.

A educação em saúde no Brasil:

As primeiras intervenções ampliadas do Estado brasileiro no campo da saúde tiveram como alvo as epidemias nos grandes centros urbanos no final do século XIX. À época, tais epidemias vinham causando danos às exportações do país e, conseqüentemente, tornaram-se foco da ação estatal. Nesse sentido, acabaram por motivar práticas sistemáticas de educação em saúde. Num contexto extremamente estratificado do ponto de vista social e ainda marcado, inclusive, pela recém extinta, ao menos oficialmente, escravidão, estas práticas, bastante incipientes, eram caracterizadas por relações autoritárias e constituíam-se basicamente pela “imposição de normas de medidas e saneamento consideradas científicas pelos técnicos e burocratas” (VASCONCELOS, 2001, p. 26).

No início do século XX, as questões de saúde ganham ainda maior importância no debate político. A doença era então considerada a grande vilã que atrapalhava o processo de desenvolvimento nacional e o Estado, em resposta, passa a investir em campanhas de saneamento. O uso da força e da autoridade nessas campanhas era considerado um instrumento legítimo em prol de um fim desejável. Nesse contexto, a educação em saúde se expande sem, no entanto, mudar seu formato, que permanece autoritário e infantilizador da população.

Sobre o tema, assim fala Maciel (2009):

[...] as campanhas sanitárias eram compostas por vacina obrigatória, vistoria nas casas, internações forçadas, interdição, despejos e informações sobre higiene e a forma de contágio das doenças através de uma abordagem biológica e mecanicista, que eram ditadas de forma coercitiva e, muitas vezes, preconceituosa (MACIEL, 2009, p. 774).

Do início da era Vargas, nos anos 1930, até a década de 1970, a atuação estatal na área da saúde toma novos rumos: as ações de educação em saúde ficam mais restritas a populações marginalizadas e o investimento do governo se volta para a expansão da assistência médica individual às categorias de trabalhadores mais organizadas.

Ressalta-se, nesse longo período, a experiência do Serviço Especial de Saúde (Sesp) na região amazônica e no vale do Rio Doce. Criado em 1942 com a ajuda dos EUA, esse serviço visava intervir na precária situação de saúde de tais áreas, garantindo a produção, respectivamente, de borracha e manganês - insumos estratégicos - durante a segunda guerra mundial. A experiência do Sesp facultou a implementação, em solo brasileiro, de tecnologias de medicina preventiva, além de introduzir novas técnicas de difusão da informação nas ações de educação em saúde – sem modificar, contudo, a perspectiva autoritária nas relações estabelecidas com a população (VASCONCELOS, 2001).

Vale ainda notar, como apontam Silva et al. (2010), que a Fundação SESP, criada a partir de tal experiência, teve importante influência na introdução da educação sanitária nas escolas. Com forte cunho eugenista, essa forma de educação sanitária buscou:

[...] a criação de técnicas de regulação e normatização, visando criar um sistema fundamental de hábitos higiênicos, capaz de dominar, inconscientemente, toda a existência das crianças (SILVA et al., 2010, p. 2543).

Sendo assim, é possível afirmar que até a década de 1970, em nosso país, as práticas de educação em saúde, assim como as políticas de saúde pública em geral, tinham um viés extremamente conservador e se estruturavam no sentido de garantir a reprodução do status quo. Sustentadas por uma idealização da medicina científica, essas práticas (re)produzem relações de poder-saber e, como aponta Stotz (2005) a partir da leitura de Loyola e Boltanski, instauram “o distanciamento e a ruptura com o saber comum e o saber das outras medicinas que lhe fazem concorrência, disputando o monopólio legítimo do cuidado médico” (STOTZ, 2005, p. 11).

Iniciada em meados da década de 1960, a ditadura civil-militar, paradoxalmente, cria condições para a emergência de uma série de experiências comunitárias nas áreas ditas “sociais” – dentre elas a da saúde –, que acabam por impulsionar a constituição de algumas rupturas com o modelo cientificista e hierarquizante.

Nos movimentos sociais que foram se constituindo no processo de luta pela redemocratização do país, começam a surgir experiências de serviços comunitários de saúde, inspirados nas discussões sobre medicina comunitária e cuidados primários em saúde que vinham se difundindo nos EUA e na Europa. A vivência nesses serviços eventualmente permite que profissionais de saúde aprendam a se relacionar com os grupos populares, “começando a esboçar tentativas de organização de ações de saúde integradas à dinâmica social local” (VASCONCELOS, 2001, p. 28).

Tal processo não só acaba por possibilitar uma nova forma de interação entre profissionais de saúde e população pobre e/ou trabalhadora, como propicia a emergência de tensionamentos entre essa nova forma e aquela, tradicional e hegemônica, de assistência à saúde.

Sobre isso, diz ainda Stotz (2005), a partir do relato de algumas das experiências de mudança:

O trabalho de mobilização e organização popular, estruturado por uma aliança entre os profissionais e técnicos da saúde e as lideranças e os ativistas populares, faz avançar a luta pelo direito à saúde, afirmada em tentativas de organizar os serviços de modo alternativo que questionam o modelo vigente de atenção à saúde (STOTZ, 2005, p. 23).

Cumprer ressaltar que as práticas de educação em saúde são parte fundamental das ações então experimentadas. Atravessadas pelas discussões trazidas pela educação popular de Paulo Freire, elas se constituem a partir de uma lógica bem diferente daquela tradicionalmente desenvolvida pelo estado brasileiro, pois buscam romper com o autoritarismo e a normatização que invariavelmente as caracterizavam. Desvinculando-se de uma lógica puramente biomédica, base teórica dessas últimas características, a educação em saúde ganha um outro caráter político: em lugar da disciplina e do controle dos segmentos populares, busca a transformação da ordem social numa direção, se não radicalmente libertária, ao menos democrática: colocam-se em questão os determinantes sociais dos processos de adoecimento e procura-se refletir sobre os problemas de saúde juntamente com a população, e não para a população.

Como afirma Vasconcelos (2001), nestas experiências, “a educação em saúde busca ser uma assessoria técnica às demandas e iniciativas populares, bem como um instrumento de dinamização das trocas de conhecimento entre os atores envolvidos” (VASCONCELOS, 2001, p. 28).

Embora a discussão acerca da educação popular, tradicionalmente, pouco problematize o sujeito de conhecimento, ao analisar criticamente a produção do saber científico e ao trabalhar para ampliar as possibilidades de análise dos sujeitos envolvidos sobre o seu entorno, ela propicia alguns movimentos de desnaturalização de diversas ‘verdades’ estabelecidas. Pode-se pensar, por conseguinte, que a partir daí é possível favorecer processos subjetivos que não mais se encaixam perfeitamente nas estruturas que mantêm o status quo, incitando transformações, ainda que por vezes pequenas, nesses pilares. Tudo isso pode favorecer a construção de novas relações dos sujeitos inseridos nos processos educativos com os conhecimentos sobre saúde, levando a modificações nas relações de poder que invariavelmente as permeiam.

A conquista da visão da saúde como direito universal, no processo de abertura política do país, já no final dos anos 1980, é, em parte, fruto dessas experiências. O processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde, todavia, acaba, paulatinamente, por reduzir muito da sua força instituinte, em parte pelo fato de excluir dos debates a ênfase que deveria ser posta nas lutas e nos acontecimentos propiciadores de tal direito universal e de tal abertura política. Cumpre dizer que quando isso não ocorre, as instituições são alvo de um processo de equivalência generalizada, típico do capitalismo, que a Análise Institucional francesa chama de “Efeito Mühlmann” (HESS, 2007) – aproveitando-se, paradoxalmente, para criar tal denominação, dos estudos de um antropólogo alemão sobre o messianismo. Nessas “efetuações

Mühlmann”, “o instituído aceita o instituinte quando pode integrá-lo, quer dizer, torná-lo equivalente às formas já existentes” (LOURAU, 1973, p. 25).

Por sua vez, a difusão da atenção primária no Brasil, iniciada com o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde¹ no início dos anos 1990, é atravessada pelas propostas de atenção à saúde vividas no período anterior, tendo como ponto fundamental de atuação, portanto, a educação em saúde. Sua materialização, contudo, ainda se encontra fortemente permeada pelas práticas e saberes próprios da concepção biomédica, e por valores do ideário neoliberal que, então, se consolidava em nosso país.

Como conclusão parcial, pode-se afirmar que as atividades de educação em saúde, embora formalmente valorizadas e reconhecidas quanto à possibilidade de fomentar a participação social, quase sempre acabam por reproduzir as práticas verticais e normalizadoras características das políticas de saúde pré-SUS.

Nos anos 2000, o investimento na reorientação do modelo de atenção e na consolidação da atenção primária no Brasil através da Estratégia Saúde da Família (ESF) pouco muda esta situação. Embora enfatizada como atividade fundamental da atenção básica e entendida como voltada à construção da participação social na saúde, as práticas de educação em saúde, na ESF, não conseguem, em geral, escapar do modelo tradicionalmente construído no Brasil. Como nos apontam Meyer et al. (2006), falando sobre o que se tem feito em termos de educação em saúde no país:

Os projetos educativos em saúde seguem sendo majoritariamente inscritos na perspectiva de transmissão de um conhecimento especializado, que “a gente detém e ensina” para uma “população leiga”, cujo saber viver é desvalorizado e/ou ignorado nesses processos de transmissão (MEYER et al., 2006, p. 1336).

Para além dessa discussão, vinculada às relações entre conhecimento especializado, ou científico, e população leiga, parece-nos indispensável também problematizar os efeitos das práticas de educação em saúde, correntemente solicitadas pelos gestores das políticas públicas como ferramentas na luta contra os “vilões” do bem-estar. Como nos aponta Melo (2013) em seu estudo,

[...] os discursos oficiais sobre educação em saúde não têm o objetivo único e altruísta da promoção da saúde, da “salvação” ou do prolongamento da vida. Trata-se de um discurso que recai sobre a vida e suas formas de ser conduzida, produzindo tecnologias reguladoras, normas e padrões para a população e sua multiplicidade de processos vitais (MELO, 2013, p. 1218).

Discutir as práticas de educação em saúde e a forma como vão se difundindo nas políticas de saúde implica colocar em análise inclusive a noção de autonomia que, muitas vezes,

vem colada às propostas progressistas destas práticas. Encontramo-nos, frequentemente, diante de um paradoxo com relação à maneira como vivemos nossas vidas e cuidamos da nossa saúde. Por um lado, não há figura de autoridade a impor comportamentos, tampouco a punir objetivamente a não submissão a alguma das normas higiênicas. Ao mesmo tempo, entretanto, a busca por um ideal de saúde, apregoado incansavelmente pela mídia e pelas políticas e serviços sanitários, nos incita a exercer sobre nós mesmos, ‘livremente’, uma autovigilância permanente sobre o modo de gerir a vida e seguir um estilo de vida saudável (FURTADO; SZAPIRO, 2012).

Problematizando as práticas de educação em saúde

O que até o momento foi discutido nos alerta sobre a necessidade de problematizar de forma mais detida os programas e práticas de educação em saúde, em lugar de meramente incensá-los de forma apriorística para, em seguida, lamentar que tenham sido capturados pelos conhecidos autoritarismos nacionais e suas hierarquias.

Cumpramos primeiramente admitir, nesse sentido, que não é possível medir diretamente os efeitos de ações de educação em saúde, especialmente quando elas estão mais voltadas para a promoção da saúde. É possível, porém, afirmar sem maiores receios que o investimento na atenção primária em saúde e, portanto, o reforço dessa atenção no cotidiano dos usuários pode melhorar alguns dos índices de saúde da população e eventualmente, inclusive, sua qualidade de vida. (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Ao lado desses efeitos a princípio desejáveis, entretanto, como aponta Weber (2011) com apoio nas contribuições de Michel Foucault sobre biopolítica, a disseminação da educação em saúde é parte de uma engrenagem de controle social, constituindo-se em poderoso dispositivo de governo das populações. Neste sentido, atualmente, ela se torna instrumento importante do funcionamento do Estado Neoliberal.

As análises foucaultianas, notadamente as empreendidas a partir da segunda metade da década de 1970 (FOUCAULT, 2008a; 2008b), facultam perceber como a instituição de diferentes políticas estatais constitui um extraordinário mecanismo para regular e direcionar a conduta dos indivíduos e coletivos. Esta “condução das condutas” apoia-se, nas palavras de Rose (2011, p. 25), em promessas de nos tornarmos “mais inteligentes, sábios, felizes,

virtuosos, saudáveis, produtivos, dóceis, empreendedores, ou o que quer que seja”. Constitui-se, com isso, uma forma indireta e difusa de agir sobre a população, que muito pouco proíbe ou impede, já que age fundamentalmente à distância, ou seja, modificando o meio (comunicacional, cultural, educativo, urbano, sanitário etc.). Um quadro normativo, legal e moral é assim criado pelos processos de governo e o indivíduo, nele inserido, passa a orientar-se por um cálculo dos prazeres e das dores.

Somos tanto mais ‘livres’ para agir quanto mais soubermos integrar ao cálculo as punições e recompensas vinculadas aos atos e às probabilidades de sofrê-las ou de usufruir delas. (LAVALL, 2020, p. 41)

É a partir deste enquadre teórico-político que nos propomos a analisar o conjunto das políticas públicas de saúde, com suas crescentes recomendações médicas e prescrições acerca do como viver uma vida saudável e ter maior “qualidade de vida”. Nesse conjunto também se inserem, decerto, as ações de educação em saúde que disseminam tais proposições, seja nos serviços de saúde, seja nas escolas, seja na mídia. Produzem-se, dessa forma, padrões de saúde e modos de viver como um ideal a ser atingido, ou seja, estrutura-se um determinado campo de ação para os sujeitos.

Como nos apontam Furtado e Szapiro (2012):

Toda essa espiral de valores sanitários alimenta-se de discursos sobre qualidade de vida, aspirações de felicidade e de maior bem-estar que, como assinalou Lypovetsky (2007), o capitalismo de consumo consegue difundir em larga escala. A saúde, exaltada como valor supremo, tornou-se uma preocupação de todas as idades; ao mesmo tempo em que a prática médica se estende por todos os domínios da vida. (FURTADO; SZPIRO, 2012, p. 812)

Este tipo de ação no campo da saúde não é recente, evidentemente. Entretanto, sua implementação e difusão vêm crescendo de modo incessante e contínuo desde o surgimento de um discurso sanitário que propõe uma compreensão de saúde como algo que deve ser promovido e que, correlativamente, tem nas ações de educação em saúde, capilarizadas pela atenção sanitária, uma notável ferramenta de disseminação.

Na perspectiva desses discursos e ações, os indivíduos, devidamente informados, devem buscar continuamente enquadrar-se em estilos de vida saudáveis, seguindo ditames da ciência biomédica e servindo a objetivos de natureza produtiva. Cabe destacar, ainda, que no quadro do atual discurso sanitário da promoção da saúde, a educação em saúde torna-se uma forma específica de regulação dos corpos: muitas vezes, ela se constitui imputando aos indivíduos uma responsabilidade crescente na “administração de seus próprios riscos” (FURTADO;

SZAPIRO, 2012). A saúde pública tende, então, a individualizar as questões sanitárias, desconsiderando, com enorme frequência, as condições sociais e desresponsabilizando o estado pelas questões sanitárias vividas pela população.

Este processo vem atrelado, além do mais, a um conjunto de práticas autoritárias que desqualificam os saberes e as formas de vida construídas cotidianamente pelos segmentos populacionais mais pobres de nosso país. Tais práticas também primam por desqualificar conhecimentos e práticas de cuidado desenvolvidos nas próprias comunidades, os quais vêm dando respostas, de alguma maneira satisfatórias, aos sofrimentos e dificuldades vividos pelas pessoas em seu dia a dia. Produzem-se, hegemonicamente, visões e demandas medicalizadas relativas ao corpo, às relações e ao mundo que, longe de favorecerem a saúde, impulsionam o consumo - não só de consultas sistemáticas a diferentes profissionais detentores do saber “qualificado”, como de equipamentos e medicamentos. Faz-se girar, desse modo, uma grande indústria capitalista, sem produzir, na mesma proporção, ganhos sanitários para a população.

Como já em 1974 nos disse Foucault (2011), a medicina, desde meados do século XX, deixa de se vincular às questões econômicas apenas por seu efeito de garantir uma força de trabalho saudável, e se torna importante para a economia por sua capacidade de produzir diretamente riqueza, “na medida em que a saúde constitui objeto de desejo para uns e de lucro para outros”. (FOUCAULT, 2011, p. 18)

Como acima sugerimos, a propagação da educação em saúde favorece a criação de um ambiente propício para a disseminação do mercado médico, seja ele relativo a consultas profissionais propriamente ditas, seja a produtos requeridos para a assistência.

Podemos mesmo dizer que tais práticas educativas permitiram a criação de um mercado da saúde. Por meio delas, ou no mínimo com seu imprescindível auxílio, o corpo se torna objeto constantemente disponível às manipulações da ciência:

[...] esta nova ordem aspira não apenas a purificação biológica definitiva, pautada pela regeneração de uma raça, mas, também, a medicalização e a prevenção absolutas por meio da aceleração do processo de ‘endocolonização’ dos corpos com os produtos fabricados pela indústria biotecnológica atual (SANT’ANNA, 2002, p. 105)

Neste ponto, novamente retomando algumas discussões prévias, gostaríamos de ressaltar a ambiguidade que caracteriza o lugar ocupado pelas práticas de educação em saúde no contexto da saúde pública. Por um lado, a educação em saúde tem uma função regulatória: ela pode se instituir como uma das engrenagens da produção de enquadres subjetivos subjulgadores e, portanto, da produção/reprodução da sociedade desigual em que vivemos; por

outro, ela pode, eventualmente, favorecer a invenção de espaços onde seja possível forjar deslocamentos em relação a estes mesmos enquadres e a esta mesma sociedade.

Mesmo com as enormes dificuldades envolvidas nas tentativas de se deslocar da lógica mercadológica e de controle que perpassa o conjunto da saúde pública, insistimos em afirmar que a educação em saúde também pode favorecer relações e práticas de cuidado que escapem, em alguma medida, de tal lógica. A educação popular em saúde, por exemplo, quando valoriza o diálogo e os modos de cuidar advindos da experiência, quando busca ampliar a autonomia de sujeitos e grupos vinculando o cuidado ao compromisso com a construção da existência humana, pode produzir espaços de diferenciação e até mesmo de fuga aos padrões preponderantemente disseminados em nossa sociedade.

A educação em saúde no contexto da pandemia do coronavírus

O contexto trazido, nos últimos anos, pela pandemia de covid 19 nos exige com intensidade ainda maior o desenvolvimento de reflexões analítico-críticas sobre os processos de educação em saúde. A condição de fácil contágio e o consequente alastramento da doença pelo mundo impelem grande parte dos governos nacionais ao redor do planeta a adotar medidas que anteriormente pareceriam inimagináveis no momento histórico atual. Com isso, ganham realce especial conjunturas e relações características das sociedades contemporâneas que, se até então não eram invisíveis, estavam, talvez, tão próximas de nós, tão naturalizadas, que sequer as percebíamos ou nos víamos por elas afetados. Pode-se dizer, nesse sentido, que a pandemia se constituiu como um *analizador* (LAPASSADE, 1979; LOURAU, 2020) dos processos sociais em que estamos inseridos.

A Análise Institucional francesa designa, pelo termo *analizador*, acontecimentos que vêm a nosso encontro de forma inesperadaⁱⁱ e realizam uma tal decomposição de situações até então tomadas como naturais ou estabelecidas, que em consequência a análise se generaliza/socializa, dispensando para tanto, mesmo que apenas temporariamente, a mediação dos especialistas e/ou intelectuaisⁱⁱⁱ (L'ABBATE, 2004; RODRIGUES, 2004). Com efeito, muitas das considerações que se seguem de alguma forma recolhem discursos que permeiam nosso cotidiano desde o início da pandemia. Aproximam-se menos de eruditas análises provenientes, digamos, da Ciência Política, que do saber das pessoas, incapaz de unanimidade

e geralmente desqualificado - saber que constitui, no caso, uma espécie de contradição (FOUCAULT, 2002, p. 12) deflagrada pelo analisador covid-19.

É importante marcar, inicialmente, as relações de competição estabelecidas entre os estados nacionais, em detrimento de uma possível (ou impossível?) solidariedade global. Neste processo, evidencia-se a persistência do colonialismo: a divisão internacional do trabalho promove a exclusão de populações inteiras de países da periferia global do acesso a insumos médico-hospitalares como recurso para enfrentar a doença. Tornam-se nítidos também os efeitos devastadores do sucateamento dos sistemas públicos de saúde, inclusive nos países desenvolvidos, bem como a precariedade do tão propagandeado “direito à saúde” e das “políticas públicas de saúde” a ele geralmente associadas, por todo o globo.

Imersos neste contexto, os problemas próprios do campo da saúde pública se exacerbam, tornam-se mais prementes e amplificam/complexificam as questões que vínhamos discutindo no presente artigo, impulsionando novas análises sobre as mesmas.

Cumprido destacar, em primeiro lugar, o poder conferido à saúde pública, neste momento, de deliberar sobre a liberdade (ou não) de deslocamento das pessoas e, em alguns países, de controlar sua rotina e seus encontros. Se, como vimos acima, a saúde pública, no mundo contemporâneo, já tem o papel de propor aqueles estilos de vida saudáveis que devem ser seguidos pela população, no atual momento se ampliam ainda mais tal exercício normativo e sua legitimidade para promover uma ingerência reguladora no cotidiano de grupos e coletivos. Cabe à saúde pública, hoje, disseminar regras de conduta ‘seguras’, que envolvem, por exemplo, coibir o convívio e a troca de afeto presencial entre pessoas. Legitimadas pelo argumento da defesa da vida da população (em quase todos os países, e, embora de forma bastante contraditória, também no nosso), as autoridades do campo definem, quase sempre autoritariamente, os “comportamentos adequados” em meio à pandemia.

As campanhas e demais atividades de educação em saúde são instrumentos fundamentais neste processo. De maneira geral vemos, seja na mídia, nas redes sociais ou nas declarações públicas dos profissionais de saúde, a repetição das “regras de ouro” a serem seguidas pelo conjunto da população. Mas isso ocorre sem que, correlativamente, haja qualquer escuta em relação às suas condições - físicas, emocionais e/ou econômicas - de efetivamente segui-las e, em acréscimo, em relação às maneiras que as próprias pessoas vêm construindo para tornar este momento mais possível de ser vivido.

Em nosso país, este contexto vem acompanhado de um discurso obscurantista, encabeçado pelo presidente da República, mas, em certos momentos, presente também na mídia. Tal discurso nega a gravidade da covid-19 e busca desqualificar os cuidados recomendados pelos agentes de saúde pública para combatê-la. Constitui-se, com isso, uma espécie de disputa em torno do estatuto da verdade no âmbito das orientações sanitárias. A desautorização da ciência, promovida, notadamente, pelo poder executivo e seus apoiadores, acompanhada de uma intensa luta contra tal atitude, acaba por engendrar um processo bastante complexo. Sem desconsiderar, de modo algum, os efeitos patologizadores e mesmo necropolíticos^{iv} (MBEMBE, 2018) da primeira forma de ação, o enfrentamento da mesma, que acena com a “valorização da vida” nos embates contra a pandemia, reivindica, e por vezes alcança, um grau ainda maior de autocracia nos exercícios de poder do que o habitualmente utilizado tanto na saúde pública, em sentido amplo, quanto na educação em saúde. A partir de tal forma de empoderamento, as recomendações da ciência biomédica, inegável e inevitavelmente atravessadas pelos interesses da indústria farmacêutica e do complexo de cuidados em saúde (também em grande parte industrial), são brandidas como verdades absolutas. Com isso, vê-se dificultada uma maior aproximação à população em seu território, além de se generalizar o apagamento de uma discussão crítica relativa às questões sociais envolvidas no processo de disseminação da covid 19.

Em um artigo que discute a educação popular em saúde na pandemia, Morel (2020) faz uma análise interessante sobre o cenário assim engendrado:

Vemos o crescimento de um discurso obscurantista que nega tanto a gravidade da doença, quanto a importância dos cuidados para combatê-la. Esse discurso, recorrentemente reproduzido pelo presidente, busca tirar qualquer responsabilidade coletiva de cuidado com as pessoas mais vulneráveis, pois os que supostamente não estão em grupo de risco não precisam ter nenhum cuidado com a saúde e os que estão em grupo de risco devem ser cuidados somente pelas suas próprias famílias. Junto disso vemos o discurso bastante comum nas políticas de saúde de que somente as mudanças de hábitos individuais podem parar o avanço do vírus [...]. Ambos discursos desconsideram como a atenção às questões sociais é fundamental para barrar o avanço da pandemia em um país tão desigual como o Brasil. (MOREL, 2020, p. 2)

Todo este processo torna ainda mais visíveis as formas de relação hierárquicas, invalidadoras, desiguais, em que se apoiam não só as medidas sanitárias como a própria sociedade capitalista contemporânea. Nesses tempos de pandemia, percebe-se mais nitidamente a lógica biopolítica que estrutura as ações governamentais: em nome da vida, ou melhor, de um certo modo de vida e de certas vidas (não de todas), tornam-se dominantes determinadas maneiras normalizadas/normalizadoras de se conduzir. Ao mesmo tempo, cada vez mais se

restringem a potência dos encontros e as possibilidades por eles abertas, cada vez mais se descarta a força inventiva da alteridade e dos modos singulares de viver de sujeitos e grupos. Que vida é essa que estamos produzindo, quando alegamos “defender a vida”? Há como ser de outro jeito?

Decerto não duvidamos que as orientações sugeridas e as restrições impostas pelos governos em nome da saúde pública, se seguidas, têm potencial para salvar muitas vidas, diminuir o número de internações em hospitais e reduzir a pressão e o sofrimento a que estão expostos cotidianamente os profissionais de saúde que trabalham diretamente no atendimento à covid 19. Também é evidente que tais orientações e restrições estão ligadas à garantia do direito à vida e do direito à saúde, que, no geral, são considerados bandeiras fundamentais em governos democráticos. Também nos parece claro que diferentes ações de educação em saúde, no caso relativas aos cuidados na pandemia, são parte imprescindível da engrenagem que difunde essas orientações e restrições, o que faz com que se constituam, neste contexto, em valioso instrumento na luta em favor da vida.

No entanto, como sugerimos acima, tais ações têm igualmente efeitos em sentido contrário. Entendendo que a noção de vida, quando pensada em linha de fuga aos controles bio-necropolíticos, está relacionada à potência de agir, de transformar-se e de transformar o mundo, percebe-se como, no contexto da pandemia, elas se mostram bastante controversas. O isolamento entre pessoas e/ou entre grupos de referência e a atribuição simplista da responsabilidade por eventuais adoecimento e/ou transmissão a hábitos individuais já são processos bastante nefastos. Para além disso, no entanto, cumpre dar atenção aos modos de subjetivação que permeiam os processos sociais que estamos vivendo atualmente. Em nome da saúde, e não somente para evitar o vírus, mas para “viver bem no isolamento”, regulam-se formas de comer e se exercitar, de trabalhar e se relacionar sexualmente, de educar os filhos e fazer amizades....ou, inclusive, de fazer política. Produzem-se assim sujeitos “saudáveis” (ou “o mais ‘saudáveis’ possível”) e bem adaptados a seus espaços confinados (quando os têm), garante-se a produtividade daqueles que (ainda) estão no mercado de trabalho e perpetuam-se, sem maiores reflexões, formas de sociabilidade que sustentam o mundo desigual em que vivemos.

Considerações finais: percorrendo outras trilhas

Ao abordar a noção de *crítica* em Foucault, Lemke nos faz ver que ela “está sempre já envolvida com aquilo a que se endereça”; melhor dizendo, embora leve em conta o sistema normativo e institucional existente, a crítica, nos termos do filósofo francês, busca expor os limites de tal sistema – não para respeitá-los, mas exatamente no intuito de “explorar modos de transformá-lo”. Em suma, entendida em vertente foucaultiana, a crítica, se constitui como “uma vontade relacional produzida em confronto com formas concretas de governo” (LEMKE, 2017, p. 94).

Como também nos mostra Lemke (2017), tal forma de crítica envolve dificuldades, visto que precisa “lidar com o material que constitui o presente histórico”, o que implica a exigência de “negociar com as normas disponíveis, mesmo as rejeitando” (LEMKE, 2017, p. 95).

É nesse sentido que caminhamos ao pensar as atividades de educação em saúde hoje: mesmo diagnosticando o lugar paradoxal que ocupam no interior da saúde pública e da governamentalidade neoliberal, tentamos estabelecer um diálogo a partir delas, no intuito de facultar a invenção de novos sentidos, a produção de novas realidades.

Neste ponto, vale reatualizar as diretrizes da educação popular em saúde (EPS). Pautada em uma proposta de escuta aos usuários e de troca de conhecimento com os mesmos, o viés político de luta contra a opressão que a caracteriza apoia-se numa construção compartilhada – seja de saberes, seja de sentido para a sua própria atuação.

Em tempos de pandemia e de luta contra o “negacionismo” – talvez menos uma rejeição de saberes científicos do que afirmação de um modo de governar que, de tão grotesco, chega a parecer inevitável –, esta aposta da/na EPS já se produz enviesada. Diferentemente de outros enfoques críticos em saúde que constituem práticas predominantemente negativas – caracterizando-se, segundo Lemke (2017, p. 87), pela tríade *déficit* (há erros cognitivos, falsa consciência, distorções a corrigir), *dependência* (existem previamente tanto uma estrutura normativa a implantar como um futuro melhor a atingir) e *distância* (há uma assimetria entre o mundo da ciência e o da vida cotidiana) –, a crítica em moldes foucaultianos, que tentamos aqui, sem reducionismos, associar à EPS, não goza dessas prerrogativas transcendentais, ou mesmo transcendentais. Tal crítica se constitui como uma positividade, uma afirmação, marcada por gestos ético-políticos, ou por um *ethos*, que é facultativo – um convite, não uma condução de condutas. Ao não se apoiar no que seria, aprioristicamente, justo e verdadeiro para todos, mas na problematização do presente, na insubordinação quanto ao mesmo e na coragem

de se expor aos riscos de fazê-lo, essa crítica não pode, e principalmente não deve, ter um programa fechado e prévio à experiência daqueles que nela se envolvem – caso em que equivaleria às práticas governamentalizantes que questiona.

O cotidiano dos profissionais de saúde, ou pelo menos de boa parte deles, que tem na ciência o suporte de sua prática crítica – caracterizada, nos termos de Lemke, por déficit, dependência e distância –, está hoje fortemente marcado pela preocupação de fazer com que os usuários venham a aderir ao isolamento e às práticas de prevenção à Covid. Sem descartar tal preocupação, vê-se que ela inviabilizaria por princípio as propostas da EPS, as quais defendem o diálogo com os usuários, o conhecimento de sua realidade e a produção conjunta de novos sentidos para as situações vividas, bem como novas sociabilidades...quicá novos mundos?

Em um artigo voltado a apreciar os efeitos da teorização foucaultiana sobre o campo educativo, Aquino (2017) nos adverte do relevo singular do pensamento do filósofo francês, que supomos que deva ser levado em conta inclusive por aqueles que não se consideram orientados primordialmente por seus conceitos e categorias:

Com Foucault se instala algo duplamente inquietante e estimulante: a educação passa a se definir menos como um bem social inquestionável e mais como o conjunto variável de transações discursivas que opera em um momento histórico [...] a título de tutela e conservação de um certo tipo de memória da verdade. Despossuída de sua aura teleológica, [...] a educação nos é restituída como uma prática humana qualquer, podendo assumir [...] uma infinidade de formas e modos (AQUINO, 2017, p. 22)

Como educadores em saúde, ou como pesquisadores dos efeitos das práticas de educação em saúde, parece interessante acompanhar um pouco mais as considerações de Aquino (2017), pois, na sequência, esse professor brasileiro nos convida, foucaultianos ou não, a exercer uma permanente suspeita quanto ao que somos; ou, melhor dizendo, quanto ao que nos acostumamos a pensar que somos, e que ele assim retrata: “guardiães da retórica estereotipada e abstracionista da educação como progresso, emancipação e felicidade das massas” (AQUINO, 2017, p.23).

Já Sotiris (2020), tentando, assim como nós, problematizar a lógica biopolítica exacerbada na pandemia sem abrir mão da defesa da saúde pública, escreve:

Às vezes esquecemos que este último [Foucault] tinha uma concepção muito relacional das práticas de poder. Neste sentido, é legítimo perguntar se é possível uma biopolítica democrática ou mesmo comunista. Em outras palavras: é possível ter práticas coletivas que realmente contribuam à saúde das populações, incluídas as mudanças de comportamento em grande escala, sem uma expansão paralela das formas de coerção e vigilância? A resposta é afirmativa: o próprio Foucault, em seus últimos trabalhos, tende a essa direção, com os conceitos de verdade, parresía e autocuidado. Neste diálogo muito original com a filosofia antiga, ele propõe uma

política alternativa do bios que combina atenção individual e coletiva de maneira não coercitiva. (SOTIRIS, 2020, n.p.)

Efetivamente, não sabemos se uma biopolítica democrática é possível. Tanto as relações com o conhecimento científico como o reconhecimento do conhecimento popular teriam de se construir, para tanto, de formas alternativas, muito diversas das atualmente dominantes e não atravessadas pelas estruturas mercantis – o que, neste momento, parece muito difícil. Mas, efetivamente, a abertura para o diálogo por dentro da saúde pública e a problematização do cuidado a partir de outras lógicas podem nos ajudar a produzir *contracondutas educativas em saúde* que, novamente recorrendo a Aquino (2017, p. 27), seriam desejavelmente baseadas “na opulência, na descontinuidade e no trágico do grande arquivo do mundo”.

Referências

AQUINO, J.G. La teorización foucaultiana y sus efectos sobre el campo educativo. In: Cortés, O.P.; Vaca, M.T.S.; Bernal, O.O.P. (comp.) *Pensar de outro modo: herramientas filosóficas para investigar em educación*. Tunja, Colombia, 2017, p. 17-27.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, M. *Segurança, território, população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

FOUCAULT, M. *Nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina? In: Motta M.B. (org.) *Ditos e Escritos VII. Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011, p. 374-393.

FURTADO, M.; SZAPIRO, A. Promoção da Saúde e seu Alcance Biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. In: *Saúde Soc. São Paulo*, v. 21, n. 4, p. 811-821, 2012.

HESS, R. Do efeito Mühlmann ao princípio de falsificação: instituinte, instituído, institucionalização. *Mnemosine*, v. 3, n. 2, p. 148-163, 2007.

L'ABBATE, S. O analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num hospital universitário em Campinas: revelando e desvelando as contradições institucionais. In: Rodrigues & Altoé (orgs) *SaúdeLoucura*, n. 8, Análise Institucional, São Paulo: Hucitec, 2004, p. 79-99.

LAPASSADE, G. *El analizador y el analista*. Barcelona: Gedisa, 1979.

LAVAL, C. *Foucault, Bourdieu e a questão neoliberal*. São Paulo: Elefante, 2020.

LEMKE, T. *Foucault, governamentalidade e crítica*. São Paulo: Politeia, 2017.

- LYPOVETSKY, G. *A felicidade paradoxal: ensaio sobre a sociedade de hiperconsumo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- LOURAU, R. Analyse institutionnelle et question politique, *L'homme et la société* n° 29-30, 1973.
- LOURAU, R. Dos indicadores sociais aos analisadores sociais. *Mnemosine*. v. 16, n. 1, 2020, p. 232-246.
- MACIEL, M. Educação em saúde: conceitos e propósitos. *Cogitare Enferm*. Curitiba, v. 14, n. 4, p. 773-776, 2009.
- MACINKO, J.; MENDONÇA, C. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 18-37, setembro 2018.
- MBEMBE, A. *Necropolítica*. São Paulo: n. 1, 2018.
- MELO, L. Análise biopolítica do discurso oficial sobre educação em saúde para pacientes diabéticos no Brasil. *Saúde Soc*. São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1216-1225, 2013.
- MEYER, D. et al. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, 2006.
- MOREL, C.; PEREIRA, I.; LOPES, M. Educação em saúde: devemos insistir? In MOREL, C.; PEREIRA, I.; LOPES, M. (org.). *Educação em saúde: material didático para formação técnica de agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020, p. 16-18.
- MOREL, A. Da educação sanitária à educação popular em saúde: reflexões sobre a pandemia do coronavírus. In *Revista Estudos Libertários (REL)*, UFRJ, Rio de Janeiro, vol. 2. n 3; ed especial n. 1, 2020.
- RODRIGUES, H. B. C. Análise institucional francesa e transformação social: o tempo (e contratempo) das intervenções. In: RODRIGUES, H.B.C.; ALTOÉ, S. (Orgs.). *SaúdeLoucura* n° 8. Análise Institucional. São Paulo: Hucitec, 2004, p.115-164.
- ROSE, N. *Inventando nossos selfs: psicologia, poder e subjetividade*. Petrópolis: Vozes, 2011.
- SANT'ANNA, D. B. Transformações do corpo: controle de si e uso dos prazeres. In: RAGO, M.; ORLANDI, L.B.L.; VEIGA-NETO, A. (orgs.). *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002, p. 99-110.
- SILVA, C. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2539-2550, 2010.
- SILVA, L. Entre Conceito e Carne: os usos de Foucault para ler a pandemia do novo coronavírus. In *Dossiê Gênero, memória e cultura* Arquivos do CMD, vol 8, n.2. Jul/Dez 2019.

SOTIRIS, P. *Coronavirus contra Agamben. Por una biopolítica popular*. Uninómada Sur, 2020. Disponível em: <https://uninomadasur.net/?p=2575>. Acesso em 01 nov 2021.

STOTZ, E. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. *Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 9-30, 2005.

VASCONCELOS, E. *Educação Popular e atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 2001.

WEBER, C. Programa de Saúde da Família e o Governo das Populações. *Educ. Real.*, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 867-882, set./dez. 2011.

ⁱ O Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), posteriormente renomeado apenas como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), institucionalizou uma série de experiências práticas em saúde que vinham sendo realizadas de forma isolada e focal. Tinha como estratégia ofertar algumas orientações e cuidados simples em saúde a partir de pessoas da própria comunidade. Tal estratégia tinha custo baixo e grande impacto em importantes indicadores sanitários, como a mortalidade materna e infantil.

ⁱⁱ Os analisadores se associam ao inesperado, por mais que sejam eventualmente previsíveis para certos setores da sociedade – aqueles que têm acesso privilegiado a alguns segredos do poder.

ⁱⁱⁱ Em situações de intervenção feita a pedido de grupos ou organizações, a análise institucional procura construir dispositivos analisadores que simulem, embora sem jamais o conseguir integralmente, esses analisadores, ditos históricos.

^{iv} Embora Foucault (2002) não desconsidere o caráter eventualmente mortífero dos modos *biopolíticos* de governar – associando-os ao *racismo de estado*, segundo o qual alguns (as raças degeneradas) devem morrer para que outros possam melhor viver –, Mbembe (2018) ressalta que, mais do que “deixar morrer” – expressão foucaultiana –, tais modos são *necropolíticos*, pois efetivamente “fazem morrer”.