

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Maria Helena de Jesus Bernardo

A educação em saúde é área de entrelaçamento das ciências sociais, humanas e da saúde, comportando diversas tendências teóricas, éticas e políticas. Para Stotz (2007), trata-se de um campo de disputas entre práticas e concepções distintas, e variados são os termos utilizados para referir-se a esse campo: educação e saúde, educação para a saúde, educação sanitária, educação em saúde, educação e saúde, educação popular em saúde, dentre outros. Por se tratar de um conjunto heterogêneo de práticas, convém destacar com quais referências ele dialoga, haja vista a incorporação dos termos sem o pleno entendimento dos seus significados. Além disso, embora as práticas educativas em saúde façam parte dos processos coletivos de trabalho, elas tendem a ser atividades desvalorizadas ou secundarizadas, tanto no âmbito da assistência prestada quanto na formação profissional (VASCONCELOS, 2001).

O campo da saúde, por seu turno, consiste em uma das principais áreas de atuação profissional de assistente social, e as práticas educativas constituem-se como atividades potentes para o exercício da dimensão pedagógica. Desse modo, faz-se necessário reconstruir a trajetória das diferentes concepções de educação em saúde no Brasil e os diálogos possíveis como o projeto ético político do Serviço Social.

CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

As primeiras elaborações sobre educação e saúde, enquanto conjunto sistemático de orientações sobre os problemas de saúde, datam do final do século XIX e início do século XX e tiveram suas bases ancoradas no projeto da Higiene. O projeto da Higiene foi uma das iniciativas da medicina, perante as novas determinações de ordem econômica, que buscou interferir nas condições de saúde da população e atender às necessidades de reprodução da força de trabalho, postas pelas profundas transformações decorrentes da Revolução Industrial. Caracterizou-se por providências de cunho disciplinador e manejo sanitário, promovendo medidas de intervenção sobre as cidades e indivíduos (AROUCA, 2003).

O termo educação sanitária desdobra-se dessas práticas preventivas e no Brasil se desenvolve principalmente nas campanhas sanitárias das décadas iniciais do século XX, a partir da necessidade de gerenciamento das epidemias e doenças infectocontagiosas que ameaçavam a economia agroexportadora do país durante a República Velha. Tratavam-se das primeiras intervenções sanitárias por parte do Estado brasileiro, denominadas por Vasconcelos (2001) como “toca boiada”, de cariz higienista, autoritário, normativo e repressor. A classe trabalhadora e majoritariamente negra era o principal foco de intervenção, normalmente responsabilizada pelas precárias condições de vida, pela falta de higiene e saneamento básico de suas moradias. Eram comuns ações de vistorias nas casas, despejos, interdições, além da vacinação obrigatória e das informações verticalizadas sobre formas de contágio das doenças.

Com o início da Era Vargas e o impulso do processo de industrialização em 1930, a ação estatal no setor saúde investiu na construção de um sistema previdenciário para

determinadas organizações profissionais. As ações em saúde para esses segmentos se limitavam à assistência médica individual e curativa; as ações coletivas de saúde pública eram dirigidas às frações mais pobres da população, mantendo a ênfase higienista.

Posteriormente, nos anos 1940 e 1950, o termo educação sanitária será associado à medicina preventiva, desenvolvida inicialmente nos EUA e espalhada para o Brasil em contexto de pós-guerra e de propostas de desenvolvimento de comunidade. Diferente do ponto de vista biológico, a medicina preventiva adotava uma concepção ecológica sobre o adoecimento, que passa a ser apreendido pela relação de causalidade entre o agente etiológico, o ambiente e o indivíduo. A saúde não seria somente ausência de doença, razão pela qual os hábitos e costumes também precisavam ser investigados. Com base na crença de que as condições de saúde melhorariam à medida que a população alterasse seus costumes, os educadores sanitários investiam em métodos educativos mais persuasivos, visando ao convencimento e à moralização do trabalhador urbano.

A expressão Educação para a saúde passou a predominar na década de 1950 e igualmente se referia às ações de caráter preventivo, porém com maior apelo à participação popular. A educação seria um meio para atingir boas condições de saúde, desde que a população aderisse às recomendações sanitárias. Inovações metodológicas e técnicas de ensino são incorporadas nas práticas educativas em saúde, e o foco central passa a ser a família e a comunidade, que deveriam empregar esforços para melhorar os indicadores de saúde (AROUCA, 2003).

Com a instauração do regime ditatorial e militar no país em 1964, acirram-se as condições antidemocráticas no Brasil. O quadro de saúde da população alcançou níveis ainda mais graves com o aumento das taxas de mortalidade, morbidade e acidentes de trabalho, além da persistência de doenças como tuberculose, malária e doença de chagas. O investimento estatal priorizou a expansão de serviços privados e o incremento das tecnologias e da medicalização. Nesse cenário, as práticas educativas em saúde se restringiram ao espaço institucional, com limitada participação comunitária, e passaram a ser denominadas como educação em saúde, dado seu maior atrelamento institucional aos serviços e a incorporação de outros profissionais de saúde que não apenas educadores ou médicos.

Vasconcelos (2001) e Stotz (2007) enfatizam que as práticas educativas em saúde no Brasil, até a década de 1970, foram predominantemente de caráter preventivista, vinculadas ao paradigma biomédico e pautadas na transmissão vertical de informações, que, desvinculadas da realidade social, tendiam a se distanciar dos sujeitos, impondo intervenções em geral preconceituosas e coercitivas.

No âmbito internacional, principalmente a década de 1970 demarca a emergência da crise estrutural capitalista e um conjunto de medidas de contenção de despesas na saúde. No Brasil, vivíamos o recrudescimento antidemocrático, ao passo que surgiam, em cenário de resistência ao regime autoritário, movimentos sociais de críticas ao capitalismo que adensavam seus questionamentos sobre as iniquidades em saúde, a ineficácia do modelo biomédico e seu atrelamento aos interesses de acumulação do complexo médico-industrial. É nesse contexto, embora subsumidos pela repressão e medo, que várias experiências se desenvolveriam. A educação popular inspirada nas concepções pedagógicas de Paulo Freire se articula ao campo da saúde, e um movimento importante desponta a partir das experiências comunitárias que se mantinham como focos de resistência contra a ditadura

militar e como alternativas aos espaços institucionais – a Educação Popular em Saúde – de que trataremos mais à frente.

Os anos de 1980 deflagram o fortalecimento das forças democráticas sociais, impulsionando movimentos em vários campos da sociedade. Na saúde, o movimento sanitário se afirma entre os projetos de oposição à crescente mercantilização da saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federal e a promulgação do SUS certamente expressaram conquistas da sociedade brasileira, mas, ao mesmo tempo, revelaram as contradições presentes na política, e os ataques que se intensificariam ao longo dos anos de 1990 com o advento do neoliberalismo no Brasil.

A década de 1990 será marcada ainda por dois outros eventos importantes na saúde: a influência do movimento internacional de promoção da saúde e a criação do programa de saúde da família (atualmente Estratégia de Saúde da Família – ESF). Com expressiva mudança no modelo de atenção em saúde e foco na atenção básica, as práticas educativas consistirão em principais recursos para o trabalho comunitário. Para Stotz (2007), prevalecerá nesse período uma concepção de educação em saúde denominada por escolha informada ou desenvolvimento de habilidades pessoais, que ampliará, de alguma forma, a abordagem preventiva e vertical. Essas experiências na ESF (e posteriormente na política de promoção da saúde, que sofre significativa influência da concepção de saúde humanista liberal protagonizada pela OMS) investirão em ações que objetivam instrumentalizar os usuários para aquisição de novos hábitos e em abordagens de fortalecimento dos indivíduos no enfrentamento das condições adversas de saúde. Em que pese a sua maior abrangência, Stotz (2007) ressalta que esse enfoque permanece restrito, pois, ao dissociar as dimensões individuais e coletivas nas práticas educativas, apostando todas as cartas no indivíduo, reduz a complexidade do processo saúde e doença. Além disso, a desconsideração dos aspectos contextuais esvazia a perspectiva educativa. Pressupõe que as informações sejam suficientes para imprimir mudanças nos estilos de vida e os sujeitos “livres” para a tomada de decisão.

Outro enfoque abordado por Stotz (2007) nesse mesmo período e considerado alternativo ao anteriormente citado é o “radical”. Preconizado pelos herdeiros da medicina social que concebiam as práticas educativas como estratégias para transformações mais amplas na sociedade, estimulando a mobilização política e o engajamento social. A educação em saúde, nessa visão, seria um recurso para facilitar a luta política. A divergência com esse enfoque não repousa na leitura sócio-histórica do processo saúde doença, também compartilhada por Stotz (2007), mas na ênfase (quase que exclusiva) à participação política, sem levar em conta os aspectos particulares relativos à experiência de adoecimento da população, carregada por intenso sofrimento subjetivo.

As refutações tecidas por Stotz (2007) reforçam que essas vertentes, embora diferentes entre si, recaem em uma interpretação dicotômica da saúde, o que não converge com o ideal da integralidade, na acepção mais ampla do termo. O desafio reside justamente na organização de práticas de saúde que contemplem a dialética do individual e do coletivo (STOTZ, 2007). De nossa parte, acrescentamos que isso significa ponderar sobre a responsabilidade do Estado na gestão das políticas públicas, visto que valores e pesos diferentes são atribuídos aos papéis dos indivíduos no autocuidado e do Estado na proteção social.

Nesse sentido, Stotz (2007) e outros autores (VASCONCELOS, 2001; ASSIS, 2004) ressaltarão que, no Brasil, a Educação Popular em Saúde (EPS) sintetiza essas preocupações,

pois compreende a saúde como uma construção social e também como uma experiência singular e individual. A EPS comporta uma variedade de experiências com diferentes matizes teóricas, mas afinadas por uma leitura crítica de sociedade e com os princípios da educação popular de Paulo Freire.

A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE – EPS

Como apresentado, a educação em saúde é atravessada por distintas concepções de educação e saúde que vão incidir nas práticas educativas. Segundo Morosini, Fonseca e Pereira (2009), a lógica biomédica, ainda predominante na saúde, concebe a educação como um ato normativo de prescrição e instrumentalização, ou seja, um “ato de indicar o que deve ser feito e o modo de fazê-lo”, ou ainda um ato de capacitação estritamente técnica. Pautando-se numa “pretensa objetividade e neutralidade do conhecimento”, essa concepção compreende a saúde “como fenômeno objetivo e produto de relações causais”. Para as autoras, a objetivação das ações humanas resulta em práticas reducionistas e sujeitos apassivados. Na educação, o professor seria um mero transmissor de conhecimentos e, na saúde, o profissional seria um prescritor de condutas e o doente, um objeto ou um corpo manipulável.

Em contraposição a essa perspectiva tradicional de educação em saúde, tem-se a emergência de formas educativas mais dialógicas que assumem a dimensão política e buscam desvelar as contradições dos processos sociais e da saúde como resultado das condições de vida e de trabalho. A educação em saúde, quando ancorada no pensamento crítico, pode indicar maior integração entre os campos da educação e da saúde e presume um processo político-pedagógico que requer o desenvolvimento de um pensar problematizador e reflexivo.

Como dissemos anteriormente, tomaremos a EPS como referência. Sustentada pelo diálogo, problematização e participação, a educação popular em saúde compreende o usuário como sujeito e protagonista de sua história. A relação educativa é horizontal e baseia-se na troca entre saberes, na produção de sentidos e na construção coletiva do conhecimento. Na área da saúde, a EPS permite pensar a própria saúde de forma ampliada, não somente localizada na ausência ou presença de doença, mas também na sua relação direta com as condições de vida e de trabalho. As ações advindas dessa concepção não se esgotam no plano individualizado de maior acesso às informações, mas, sobretudo, no reforço à compreensão dos mecanismos que reproduzem as desigualdades e, por conseguinte, na construção de estratégias coletivas de garantia de direitos na saúde e nas lutas por políticas públicas mais equânimes.

Segundo Vasconcelos (2001), essas experiências inovadoras de Educação Popular em Saúde (EPS) surgem nos anos de 1970 por meio da interlocução de profissionais de saúde com grupos comunitários das periferias urbanas e rurais. Para Santos e Senna (2017), tais experiências foram fundamentais para multiplicar e fortalecer as proposições do movimento da reforma sanitária, uma vez que muitos profissionais integravam ambos os movimentos à época.

No processo de articulação com o movimento sanitário e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a EPS envidou esforços para atingir maior institucionalidade. Em 2005, a EPS passa a ser área técnica de secretaria do Ministério da Saúde (MS) e organiza um

conjunto de ações visando à multiplicação dessa prática da rede de saúde, à mobilização de lideranças, à capacitação de profissionais e gestores, além da produção de conhecimento. Assumiu, portanto, ao longo dos anos 2000, progressivo reconhecimento culminando na aprovação em 2013 da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS). Segundo Bonetti (2021, p. 24), a “a PNEP está abandonada pela atual gestão do MS (iniciada em 2019) e a área técnica responsável pela sua gestão foi eliminada da estrutura ministerial”.

Diferente das práticas populistas de desenvolvimento de comunidade do anos 1950 e 1960, o adjetivo popular da EPS não condiz com a ideia de “ensinar a população a sair da pobreza”; ao contrário, tem sentido político porque assume o compromisso de suas ações com a justiça social, com os segmentos subalternizados e com a realidade concreta na qual as pessoas vivem, de modo a construir mediações com a diversidade e os diferentes modos de vida e pensar. Por isso que, do ponto de vista pedagógico, as atividades de EPS partem “de onde as pessoas estão”, de suas experiências, seus saberes, cultura e formas de organização.

A EPS tem um amplo campo de atuação, haja vista seu compromisso com a construção da consciência sanitária junto às classes populares. Espaços comunitários, organizações populares e movimentos sociais são espaços oportunos para o trabalho coletivo em saúde. Mas, no âmbito dos serviços e nos diferentes níveis de atenção em saúde, observa-se maior visibilidade dessas experiências nas práticas de prevenção e promoção da saúde. Ao que parece, esses níveis de atenção requisitariam mais diretamente ações de cunho educativo.

A EPS tem potencialidade para: ampliação do trabalho clínico/assistencial, superando a ênfase biomédica, no processo de formação junto à população e às equipes, na gestão participativa, na produção de materiais educativos e, finalmente, na reorientação dos serviços, no sentido de favorecer a integralidade da atenção e a participação dos usuários no seu processo de cuidados.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL

A dimensão pedagógica crítica que orienta o trabalho profissional requer a articulação das demais dimensões constitutivas da profissão; logo, as práticas educativas em saúde desenvolvidas por assistentes sociais guardam conexões com os princípios e valores do projeto ético-político da categoria. Para Abreu e Cardoso (2009), a dimensão pedagógica assume um lugar estratégico porque atravessa diferentes níveis de ações profissionais, influenciando os modos de pensar, sentir e agir da população usuária.

As práticas educativas envolvem um conjunto de ações de informação, reflexão e organização objetivados em recursos técnico-operativos (dispositivos grupais em suas diferentes modalidades, materiais educativos e de comunicação em saúde, dentre outras) que podem e devem ser redimensionadas nos diferentes espaços sócio-ocupacionais a partir da realidade local e das expressões da questão social materializadas em necessidades de saúde. As práticas educativas, portanto, não se restringem aos processos socioassistenciais realizados diretamente com os usuários ou nas ações de mobilização, mas também permeiam as experiências de gestão e ensino, essas últimas relativas à educação permanente em saúde. Em resumo, são inúmeras as possibilidades de atuação profissional no campo das práticas educativas em saúde, como são múltiplos os desafios para o exercício profissional em contexto neoliberal e de ascensão do conservadorismo.

As lutas de fortalecimento do SUS como política pública, em contraposição às investidas do capital constituem um cenário no qual as práticas educativas em saúde vão, de igual maneira, ser tensionadas entre perspectivas educativas tradicionais e propostas pautadas no diálogo e na participação, pleiteando espaços institucionais e a hegemonia de projetos mais democráticos e equânimes na saúde. O (a) assistente social faz parte dessas lutas e as ações educativas têm potencial para politizar demandas, produzir conhecimento crítico e fortalecer os espaços coletivos de participação da população usuária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, M. M.; CARDOSO, F. G. Mobilização social e práticas educativas. Cadernos Capacitação em Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais, p. 686-702. Brasília, 2010.
- AROUCA, S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003.
- ASSIS, M. Promoção da Saúde e Envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – ENSP, RJ, 2004.
- BONETTI, O. P. Por uma institucionalidade transformadora e contra-hegemônica: reflexões sobre o inédito viável da Política de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Interface (Botucatu), 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.200660>>. Acesso em 2 de dez. de 2022.
- FREIRE, P.; CECCIM, R. (Intr.). Pacientes Impacientes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Educação Popular, p. 32-43. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- MOROSINI, M. V; FONSECA, A. F; PEREIRA, I. B. Educação em Saúde. In: PEREIRA, I. B; LIMA, J. C. F. (Orgs.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, EPJV, 2009.
- SANTOS, M. A; SENNA, M.C.M. Educação em Saúde e Serviço Social: instrumento político estratégico na prática profissional. Revista Katálysis, v. 20, n. 3, p. 439-447, Florianópolis, set./dez. 2017.
- STOTZ, E. Enfoques sobre educação popular. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Educação Popular. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. Interface, v. 5, n. 8, p. 121-126, São Paulo, 2001.