

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONCEITOS E PROPÓSITOS

Marjorie Ester Dias Maciel¹

RESUMO: Com o objetivo de promover reflexão a respeito das mudanças no conceito de educação em saúde e de seus objetivos realizou-se um levantamento de suas práticas ao longo da história da saúde pública no Brasil. Verificou-se que a educação em saúde tradicional, utilizada desde a República Velha não é adequada para melhorar as condições de saúde da população e não está condizente com os propósitos do atual sistema de saúde. Assim, outros modelos e concepções de educação em saúde surgiram. Sendo eles, a educação popular em saúde e a educação dialógica, tendo como base o diálogo e a melhoria das condições de vida da população.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde; Saúde pública; Prática de saúde pública.

EDUCATION IN HEALTH: CONCEPTS AND INTENTIONS

ABSTRACT : With the aim to promote a reflection regarding the concept of the education in health and its objectives it was done a survey of its practical through the history of the public health in Brazil. It was verified that the education in traditional health, used since the Old Republic is not adjusted to improve the conditions of health of the population and don't agrees with the intentions of the current system of health. Thus, other methodologies and conceptions to educate in health appeared. Being them, popular education in health and dialogical education with basis on dialogue and the improvement on population's life conditions.

KEYWORDS: Education in health, Public Health, Practice of Public Health.

EDUCACIÓN EN SALUD: CONCEPTOS Y PROPÓSITOS

RESUMEN: Con el objetivo de promover reflexión al respecto de las mudanzas en el concepto de la educación en salud y de sus objetivos fue hecho un levantamiento de sus prácticas a lo largo de la historia de la salud pública en el Brasil. Fue verificado que la educación en la salud tradicional, usada desde la República Vieja no es adecuada para mejorar las condiciones de salud de la población y no está condcente con los propósitos del sistema actual de salud. Así, otros modelos y concepciones de educación en salud surgieron. Siendo ellos, la educación popular en la salud e la educación dialógica, teniendo como la base el diálogo y la mejoría de las condiciones de vida de la población.

PALABRAS CLAVE: Educación en la Salud, Salud Pública, Práctica de Salud Pública.

¹Enfermeira. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem de Fátima do Sul-MS da disciplina Saúde Mental.

Autor correspondente:

Marjorie Ester Dias Maciel

Fátima do Sul

Rua Tenente Antonio João, 800 - 79700-000 - Fátima do Sul-MS, Brasil

E-mail: marjorieester@yahoo.com.br

Recebido: 28/12/08

Aprovado: 20/11/09

INTRODUÇÃO

A educação está presente a todo o momento na vida do ser humano. Ela prevê interação entre as pessoas envolvidas dentro do contexto educativo e destas com o mundo que as cerca, visando a modificação de ambas as partes⁽¹⁾. Porém, é processo complexo e não existe uma definição única.

No caso específico da educação em saúde pode-se dizer que seus conceitos e propósitos adaptaram-se conforme as mudanças de paradigma que ocorreram no setor saúde e foram também influenciadas pelas transformações ocorridas nos processos pedagógicos da educação escolar de maneira geral⁽²⁾.

Para entender como se processaram essas alterações, convém lembrar que durante séculos o método de educação empregado era a mera transmissão de conhecimentos sem reflexão crítica, conhecido como educação bancária. Tal método ficou assim denominado porque na visão dos professores a mente do educando era como um banco no qual o educador depositava conhecimentos para serem arquivados (decorados) sem serem questionados a respeito do seu teor. Assim, o conteúdo desse tipo de educação é dissociado da realidade do educando servindo apenas para manter a dominação sobre a massa⁽³⁾.

Ao transportar a educação bancária para o setor saúde percebe-se que essa se assemelha com a educação em saúde realizada de forma tradicional. Isto porque na educação em saúde tradicional transmite-se aos sujeitos normas (conhecimento) de forma prescritiva através de palestras para evitar a doença sem levar em conta a realidade individual. Assim, cabe a estes somente acatá-las para que não fiquem doentes e quando tais normas não são executadas conforme foram prescritas pelos profissionais de saúde, estes sujeitos tornam-se os culpados por seus próprios problemas de saúde, que na verdade são originários ou influenciados por fatores sociais, culturais e financeiros. Esse fenômeno descrito acima, muito comum é denominado de “culpabilização da vítima”⁽⁴⁾ e acaba por isentar o profissional quanto a responsabilidade sobre as condições de saúde da população ao individualizar o processo de adoecimento⁽⁵⁾.

Essa visão culpabilizadora do indivíduo/vítima começou a ser superada somente a partir de mudanças ocorridas nas práticas e conceitos de saúde. Com essas alterações, a saúde passou a ser entendida como resultante das condições de vida da população, influenciadas por fatores de cunho socio-econômicos,

tendo as suas práticas voltadas prioritariamente para a prevenção de doenças e agravos e não somente para cura conforme outrora.

Embasada por essas transformações de paradigma sanitário, a educação em saúde passa a adquirir nova configuração, a fim de tornar-se realmente capaz de promover mudanças de comportamentos e a melhora na saúde da população.

Assim, as ações educativas em saúde passam a ser definidas como um processo que objetiva capacitar indivíduos ou grupos para contribuir na melhoria das condições de vida e saúde da população⁽⁶⁾ devendo ainda estimular a reflexão crítica das causas dos seus problemas bem como das ações necessárias para sua resolução.

Sendo assim, esse artigo pretende promover reflexão sobre as modificações na concepção e nos objetivos da educação em saúde, através da descrição de fatos históricos que modificaram as práticas de saúde pública, incluindo a educação em saúde.

UM BREVE HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE TRADICIONAL NO BRASIL

A educação em saúde tradicional, inicialmente chamada de Educação Sanitária, surge no Brasil a partir da necessidade do Estado brasileiro de controlar as epidemias de doenças infecto-contagiosas que ameaçavam a economia agroexportadora do país durante a República Velha, no começo do século XX. Nesse período a população brasileira era atingida por doenças como a varíola, febre amarela, tuberculose e sífilis, que estavam relacionadas às péssimas condições sanitárias e socio-econômicas em que o povo vivia⁽⁶⁻⁷⁾.

Sem se importar com o componente socio-econômico o governo da época, de ideologia liberal-oligárquica enfrentava os problemas de saúde pública por meio de campanhas sanitárias voltadas para combater as epidemias, ou seja, depois que as doenças já haviam tomado grandes proporções. Este modelo de intervenção ficou conhecido como campanhista e foi concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificavam os meios, e no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação⁽⁸⁾.

Como produto dessa visão, 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⁽⁹⁾. Tão ditadora foi a campanha sanitária contra a febre amarela coordenada pelo médico sanitarista Oswaldo Cruz que essa foi batizada pela imprensa como “Código de Torturas”⁽¹⁰⁾.

Durante esse momento a população não era persuadida ou sensibilizada sobre os benefícios da vacina ou sobre higiene, ela tinha que acatar as ordens. Os lares e os corpos eram violados para se fazer a vacina obrigatória, sem respeito aos valores de ordem moral da população, já que as mulheres e os filhos ficavam sozinhos em casa enquanto o marido estava no trabalho e o lar era invadido por estranhos⁽¹¹⁾.

Diante desse contexto que muitos autores chamam de “despotismo sanitário”⁽¹¹⁻¹²⁾ e da insatisfação popular, acabou culminando na Revolta da vacina em 1904, como uma manifestação popular contra a vacina obrigatória para a varíola, tendo como principal fator desencadeante, o desencontro entre a política esclarecida e os valores populares que tinham a ver com a inviolabilidade do lar⁽¹¹⁾. Essa afirmativa traduz a falta de diálogo e entendimento no discurso da educação em saúde das autoridades sanitárias para com o povo.

Superada a República Velha, com o início da Era Vargas, começa em 1930 a criação de Centros de Saúde para difundir ainda mais as noções de higiene individual e prevenção de doença infecto-parasitária. Porém, a saúde da população continuava a declinar, começando a haver nesse período uma valorização da assistência médica individual em detrimento da saúde pública⁽⁸⁾. Assim, as ações educativas em saúde nesse período, ficaram restritas aos programas e serviços destinados à população de baixa renda⁽⁴⁾.

Com a Revolução de 1964, em que o governo militar ascendeu ao poder, inicia-se no país um período de repressão e a saúde da população piora ainda mais, fato este evidenciado pelo recrudescimento de doenças como a tuberculose, malária e doença de Chagas e pelos altos índices de mortalidade, morbidade e acidentes de trabalho⁽⁶⁾.

Diante desses fatos, os profissionais de saúde, insatisfeitos com essa situação, começaram no início da década de 70, experiências de educação em saúde voltadas para a dinâmica e realidade das classes populares. A essas experiências muitas vezes realizadas em parcerias com outros segmentos sociais, deu-se o nome de Movimento Popular em Saúde ou Educação Popular em Saúde⁽⁴⁾.

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

A Educação Popular em Saúde configura-se como um processo de formação e capacitação que se dá dentro de uma perspectiva política de classe e que toma parte ou se vincula à ação organizada do povo para alcançar o objetivo de construir uma sociedade nova de acordo com seus interesses. Ela é caracterizada como a teoria a partir da prática e não a teoria sobre a prática como ocorre na educação em saúde tradicional⁽¹³⁾.

Seguindo a ideologia freireana, o objetivo da educação popular em saúde não é formar sujeitos polidos, que bebam água fervida, mas ajudar as classes mais humildes na conquista de sua autonomia e de seus direitos⁽¹⁴⁾. Para tanto, a Educação Popular em Saúde é pautada no diálogo e na troca de saberes entre o educador e educando, em que o saber popular é valorizado e o alvo do Movimento Popular em Saúde está nas discussões sobre temas vivenciados pela comunidade que levem a mobilização social para uma vida melhor⁽⁴⁾.

Convém salientar que a educação popular não é o mesmo que educação informal. Enquanto a educação popular é um meio de busca para a melhoria das condições de vida da população, a educação informal é aquela que se processa fora do âmbito escolar, continuando muitas vezes atrelada à maneira convencional de educação.

Com a consolidação da Reforma Sanitária, culminando com a criação do Sistema Único de Saúde-SUS, em 1988, com a proposta de um novo modelo de atenção em saúde voltado para a prevenção e a integralidade no atendimento, a educação popular em saúde passou a ser mais difundida. Neste cenário também propiciou o surgimento de outro modelo de educação em saúde denominado por alguns especialistas da área como dialógico ou radical.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE DIALÓGICA OU RADICAL

Esse modelo de educação em saúde é assim denominado por caracterizar-se pelo diálogo bidirecional entre as duas partes envolvidas no processo educativo, profissional de saúde e comunidade⁽¹⁵⁾. É radical por que rompe com as práticas educativas tradicionais como, por exemplo, as palestras e os grupos de patologias. Outras características importantes desse modelo são a valorização do saber popular, o estímulo e respeito à autonomia do indivíduo no cuidado de sua própria saúde e o incentivo à sua

participação ativa no controle social do sistema de saúde do qual é usuário. Por essas características percebe-se que esse modelo se enquadra às demandas do atual sistema de saúde, o SUS, uma vez que essas características coincidem com as diretrizes desse sistema, como o controle social e a autonomia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verifica-se que a educação em saúde tradicional, refletindo a postura e os interesses das classes dominantes, tinha como escopo manter o povo sobre regras de higiene e comportamentos “adequados” muitas vezes descontextualizados da realidade comunitária, para controle de doenças infecto-contagiosas. Estes procedimentos educativos eram feitos através do diálogo unidirecional no fluxo profissional de saúde – população, em que o conhecimento popular era totalmente desprezado.

Todavia, esse método mostrou-se ineficaz para atingir tais propósitos. Ao invés disto, em algumas situações, ele contribuiu para agravar ou criar outros problemas devido à imposição do seu autoritarismo, como no episódio da Revolta da Vacina. Porém, devido a esses fatos e ao surgimento do SUS, no qual a promoção da saúde e a qualidade de vida passam a ser tratados como prioridades, houve a necessidade de se adotar novas formas de educação em saúde.

Assim, nessa conjuntura, contata-se que as metodologias de educação em saúde mais adequadas para poder satisfazer as necessidades de saúde da população, preservando a sua autonomia, valorizando o seu saber e buscando uma melhoria na sua qualidade de vida são a educação popular em saúde e a educação dialógica, na qual uma complementa a outra. Isto por que, ambas mantêm o diálogo com a população e troca de saberes e enquanto o movimento popular em saúde prima pela luta de uma sociedade mais justa, a educação dialógica incentiva a autonomia do cuidado em saúde e a participação do indivíduo no controle e fiscalização do serviço de saúde .

REFERÊNCIAS

- Girondi J, Nothaft S, Mallmann F. A metodologia problematizadora utilizada pelo enfermeiro na educação sexual de adolescentes. *Cogitare Enferm*. 2006 Maio/Ago;11(2):161-5.
- Maciel MED. A educação em saúde na concepção do agentes comunitários de saúde de Fátima do Sul-MS [monografia]. Campo Grande (MS): Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 2008.
- Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 38ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2004.
- Vasconcelos EM. *Educação popular e atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec; 1999.
- Pimenta DN, Leandro A, Schall VT. A estética do grotesco e a produção audiovisual para educação em saúde: segregação ou empatia? O caso da leishmaniose no Brasil. *Cad Saúde Publ*. 2007; 23(5):15-22.
- Kwamoto EE. *Enfermagem comunitária*. São Paulo: EPU; 1995.
- Andrade LOM. *SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento*. São Paulo: Hucitec; 2001.
- Polignano MV. *História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão*. 2007. [acesso em 2007 Dez 26]. Disponível: http://www.internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.rtf.
- Pedrosa JIS. *Promoção da saúde e educação em saúde*. In: Castro A, Malo M, organizadores. *SUS: resignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec; 2006.p.59-64.
- Viveiro AA. *A revolta da vacina [periódico na Internet]*. *Rev Eletron Ciênc*. 2003 [acesso em 2007 Dez 20]. Disponível: http://www.cdcc.sc.usp.br/ciencia/artigos/art_21/revoltavacina.html.
- Carvalho JM. *Abaixo a vacina*. *Rev Nossa História*. 2004;50-7.
- Gonçalves RS. *A construção jurídica das favelas do Rio de Janeiro: das origens ao código de obras de 1937. Os urbanitas*: *Rev Antr Urb*. 2007 Fev;4(5):20-3.
- Hurtado C. *A educação popular: conceito que se define na práxis*. 2007. [acesso em 2007 Dez 20] Disponível: <http://www.redepopsaude.com.br/varal..>
- Souza AC, Colomé ICS, Costa LED, Oliveira DLLC. *A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde*. *Rev Gaúcha Enferm*. 2005 Ago;26(2):147-153.
- Alves VS. *Um modelo de educação em saúde para o programa de saúde da família: pela integralidade e reorientação do modelo assistencial*. *Interface*. 2005 Fev;9(16):39-52.