

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO TRABALHO DE ENFERMAGEM

ALVA HELENA DE ALMEIDA
CARLA ANDREA TRAPÉ
CASSIA BALDINI SOARES

PONTOS A APRENDER

1. As especificidades do processo de trabalho educativo, o papel social do enfermeiro e as particularidades da ação educativa como instrumento do processo de trabalho assistencial ou gerencial da enfermagem.
2. A dimensão social e política da educação em saúde, relacionando-a ao contexto sócio-histórico brasileiro.
3. Os diferentes enfoques da educação em saúde, identificando suas tradições e como interferem na prática assistencial.
4. Os principais aspectos constitutivos da pedagogia histórico-crítica e seu potencial emancipatório.

PALAVRAS-CHAVE

Processo de trabalho educativo, educação em saúde, abordagens educativas em saúde, educação emancipatória, pedagogia histórico-crítica.

ESTRUTURA DOS TÓPICOS

Introdução. Mas, o que é educação? As bases da educação em saúde no Brasil: coerção, controle e culpabilização individual. Abordagens de educação em saúde. Resumo. Propostas para estudo. Atividade sugerida. Referências bibliográficas. Para saber mais.

INTRODUÇÃO

As ações educativas fazem parte da prática social da enfermagem, seja em atividades planejadas, seja na atenção a intercorrências. Ao se comparar essas práticas às demais atividades assistenciais, um observador descuidado pode considerar que são mais simples, demandam menos tecnologia e estão mais livres de danos ou consequências que as demais atividades da enfermagem.

O fato é que há relatos de que as práticas pedagógicas desenvolvidas pelos profissionais de saúde e particularmente pela enfermagem configuram-se como práticas burocratizadas, ritualizadas, com base em “prescrições pedagógicas” e “médico-sanitárias”, que beiram o senso comum. Elas se orientam por uma concepção ilusória de que educação em saúde constitui um processo individual, que tem por finalidade mudanças de comportamento orientadas por padrões de normalidade sanitária socialmente aceitos.

Tais constatações revelam que muitos educadores não sabem por que e para que estão agindo, isto é, não têm clareza da dimensão sociopolítica da educação, tampouco do papel do educador como agente social capaz de propor e realizar mudanças. É o que atesta a história da educação em saúde, exercida num passado não tão distante por profissionais como Oshiro, educadora sanitária que em 1983 fez um importante resgate histórico das práticas educativas em saúde brasileiras, atestando essa realidade das práticas pedagógicas.

MAS, O QUE É EDUCAÇÃO?

O conceito de educação tomado como referência neste capítulo é de inspiração marxista. Para Marx, o processo de educação é o livre processo de desenvolvimento das potencialidades humanas¹, o que significa dizer que a educação plena não se restringe ao ensino de habilidades técnicas necessárias para o trabalho, ela é ampla e fala em nome de um processo de formação em que se possa desfrutar dos bens culturais que os homens foram acumulando durante todo o processo histórico.

Diversos autores da área de educação de influência marxista e humanista serão aqui tomados como referência para elucidar diferentes aspectos desse conceito. Eles partem da consideração inicial de que, dentre as atividades humanas, a educação é uma das mais complexas e importantes. Trata-se de elemento central na construção da própria humanidade de tal forma que a compreensão da natureza da educação passa pela compreensão da natureza humana, expressa pela capacidade de antever o resultado do trabalho, assim como escolher a melhor forma de obter tal resultado. Para eles, o trabalho educativo concebe-se historicamente, ou seja, a serviço do processo evolutivo da humanidade, como o trabalho que conduz a algo. Trata-se então dos conhecimentos, ideias, conceitos, valores, símbolos, hábitos, atitudes, habilidades, da produção do saber sobre a natureza e sobre a produção humana²⁻⁵.

No intercâmbio com a natureza, o homem se socializa e produz sistemas de símbolos que representam e apreciam valorativamente os produtos do trabalho e as relações sociais que se estabelecem. O processo educativo é *a via específica e privilegiada para o acesso à produção e usufruto dos bens culturais* criados pelos homens no processo de transformação da natureza⁶.

Dessa forma, é possível dizer que a prática social da educação diz respeito à formação do homem adequada às necessidades e tarefas da sociedade que se constitui e desenvolve. Paro⁷, um desses teóricos da educação, concebe o processo pedagógico como um trabalho, uma ação humana intencional, adequada a uma finalidade, cuja produção não é material. A educação – enquanto uma relação social que se dá entre sujeitos – pressupõe a apropriação de um saber historicamente produzido, e que permanece incorporado ao educando para além da situação de aprendizado propriamente dita. Assim, o educando não se apresenta unicamente como consumidor ou objeto do trabalho pedagógico, mas também na condição de sujeito ou coprodutor. Se o trabalho pedagógico se realizou a contento, considera-se que o educando transforma-se no processo⁷.

Trabalho

Segundo Marx⁸,

“Antes de tudo, o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, seus braços e suas pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza extrema e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo das forças naturais. Não se trata aqui das formas instintivas, animais, de trabalho. Quando o trabalhador chega ao mercado para vender sua força de trabalho, é imensa a distância histórica que medeia entre sua condição e a do homem primitivo com sua forma ainda instintiva de trabalho. Pressupomos o trabalho sob forma exclusivamente humana. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha supera mais de um arquiteto ao construir sua colmeia. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade. No fim do processo do trabalho, apa-rece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade. E essa subordinação não é um ato fortuito. Além do esforço dos órgãos que trabalham, é mister a vontade adequada que se manifesta por meio da atenção durante todo o curso do trabalho. E isto é tanto mais necessário quanto menos se sinta o trabalhador atraído pelo conteúdo e pelo método de execução de sua tarefa, que lhe oferece por isso menos possibilidade de fruir da aplicação das suas próprias forças físicas e espirituais.”

Elementos do processo de trabalho educativo⁷:

- objeto – conhecimento a ser transformado, o educando é coprodutor (sujeito);
- meios/instrumentos – a escola, a abordagem pedagógica, as estratégias, as aulas, os equipamentos, os livros etc.;
- finalidade – transformar a capacidade de compreensão dos sujeitos sobre um determinado conhecimento;
- produto – não material, não se trata de um objeto tangível, mas um “serviço”; algo para além da situação de aprendizado prioritariamente dita, saber incorporado, conhecimento utilizado pelo educando mundo a fora;

AS BASES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL: COERÇÃO, CONTROLE E CULPABILIZAÇÃO INDIVIDUAL

A educação não se processa apenas na escola. O indivíduo, ao chegar à escola, já está impregnado de saberes transmitidos por outras agências de socialização, como a família e a mídia. Na escola, o saber instituído é transmitido por professores que já sofreram uma socialização em todos os espaços da vida social. Tanto os conteúdos quanto seus transmissores estão impregnados pelos valores dominantes¹.

Em cada momento histórico, em face das necessidades de produção e como respostas às necessidades e às reivindicações coletivas, a sociedade organiza instituições voltadas para a assistência à saúde. A educação em saúde articula-se com as instituições de saúde, subordinando-se aos seus objetivos sociais e técnicos, ao modo como se organizam os serviços de saúde, assim como ao ideário técnico e científico de cada período.

No final do século XVIII, o início do capitalismo industrial, a consolidação da burguesia no poder e a reorganização do papel do Estado levaram à redefinição da medicina como uma prática social por sua extensão institucionalizada para toda a sociedade. Uma das tarefas do Estado passou a ser o controle pela saúde da população, estabelecendo-se a polícia médica, inicialmente na Alemanha e depois

em outros países europeus, que se caracterizou pela “educação do povo em matéria de saúde”, por meio da polícia, utilizando-se de almanaques populares e visando a difundir preceitos de saúde.

Em meados do século XIX, o crescimento do capitalismo, com a aceleração da industrialização, a aglomeração nos grandes centros urbanos e a propagação de doenças ligadas a condições de vida precárias, propiciou o que na Inglaterra foi denominado sanitário – um projeto de saúde pública a propor medidas sanitárias capazes de controlar os assim considerados fatores responsáveis pelo aparecimento das doenças na coletividade. Paralelamente, o grande avanço na produção do conhecimento possibilitou a compreensão dos mecanismos de transmissão de doenças, tanto pelo avanço das ciências naturais quanto da biologia, propiciando o desenvolvimento da bacteriologia e da teoria bacteriana. Dessa forma, nesse contexto enfatiza-se o modelo unicausal de saúde-doença, em contraposição à teoria miasmática, que prevalecia até então. A partir desse avanço, a epidemiologia passou a estruturar conhecimentos sobre a saúde e a doença.

A teoria miasmática foi construída no período feudal sob domínio das representações mitológico-religiosas, pautava-se na crença de que a doença provinha dos “maus ares”, identificando a origem das enfermidades nos elementos do meio externo⁹.

A teoria unicausal, contemporânea ao século XIX, atribuía a um agente biológico – bactéria ou vírus – o aparecimento da(s) doença(s).

No Brasil, as práticas educativas praticamente não existiam até que fossem necessárias como instrumentos de poder a serviço das classes dominantes, que percebiam os problemas de saúde da população como potenciais riscos para as ordens econômica e política.

As primeiras práticas “educativas” da saúde pública, efetivamente oriundas do Estado, tinham a clara finalidade de sanear os portos a fim de atender aos interesses das oligarquias paulistas. Esse período foi conhecido como o da polícia sanitária, fundamentada principalmente em práticas de invasão do domicílio, vacinação em massa e isolamento dos doentes. Nesse contexto, a educação tinha como objetivos impor autoritariamente os dogmas advindos das descobertas bacteriológicas¹⁰. O educador era um doutrinador que impunha

receitas para se ter saúde por meio da regulamentação e do controle dos comportamentos e hábitos de higiene das classes subalternas¹¹.

Nos Estados Unidos da América (EUA), no início do século XX, no contexto de expansão da industrialização, com concentração crescente de imensos grupos populacionais nas cidades, particularmente imigrantes, que viviam em condições precárias, estabeleceu-se o denominado modelo médico-sanitário, apoiado por instituições como a Cruz Vermelha e a Fundação Rockefeller, cujo ideário era o desenvolvimento de postos sanitários permanentes, que vieram a sustentar o modelo dos centros de saúde e a adoção de assistência preventiva.

Essa nova concepção de saúde pública chegou ao Brasil na segunda década do século XX, influenciando a organização dos serviços de saúde pública e apoiando-se no entendimento de que as enfermidades coletivas eram consequências da baixa consciência sanitária dos indivíduos. Para que essa consciência fosse transformada, propiciando a melhoria das condições de saúde, as pessoas deveriam ser “educadas” e os centros de saúde seriam as instituições propagadoras das informações de que a população precisava¹². Essas ideias encontraram em Geraldo Paula Souza um seguidor, cujo discurso se fundamentava no pensamento de que, se as pessoas adquirissem consciência sanitária, ninguém ficaria doente¹³. Ocorreu, dessa forma, uma ênfase no desenvolvimento e aperfeiçoamento das individualidades, responsabilizando-se os cidadãos pelos cuidados com sua saúde.

Essa concepção tornou a educação sanitária um instrumento da saúde pública, cuja finalidade consistia no controle dos problemas de saúde e não na compreensão pelos grupos sociais a respeito dos determinantes de saúde-doença e, portanto, das ações necessárias para a transformação da situação de saúde e de assistência à saúde.

Por pelo menos duas décadas, a educação sanitária desenvolvida no país utilizou-se de duas frentes de intervenção: no interior da saúde pública, por meio dos centros de saúde e das campanhas sanitárias, e no interior do ensino, pelo ensino de saúde ministrado pelas educadoras de saúde – professoras (de ensino fundamental) – que recebiam formação em saúde em curso ministrado por médicos sanitários do Instituto de Higiene da Universidade de São Paulo.

Nesse período, os dispositivos de normatização higiênica, propostos pela educação sanitária, encontraram ampla possibilidade de desenvolvimento no aparato do Estado, como o próprio curso de

formação do educador sanitário e a criação da Inspetoria de Educação Sanitária, e no campo da cultura, o controle pré-nupcial e do pré-natal. As ideias de higiene se difundiram amplamente para o ambiente físico, social, moral, político, familiar, sexual e do trabalho.

O decreto n. 9.322, de 1938, criou, no Estado de São Paulo, a Seção de Propaganda e Educação Sanitária (SPES) para ensinar ao povo as noções primordiais de higiene, atribuindo ao indivíduo a culpa de ter ou não ter saúde, desvinculando a problemática do contexto social: "a culpa da pobreza é dos próprios pobres, que são doentes porque não se preocupam em ter uma alimentação sadia, que têm vermes porque são preguiçosos e não constroem latrinas, não usam sapatos e não vão ao médico (...)."

A ideologia impunha a associação da riqueza com o indivíduo bonito, rijo, saudável, conhecedor dos problemas de saúde e das soluções, ao mesmo tempo que associava a pobreza à preguiça, à tristeza, à feiura, à anormalidade, à ignorância e à doença. As mensagens contidas nesses materiais pautavam-se numa perspectiva autoritária, enfatizando a formação de hábitos sadios. A partir de 1939, são produzidas as coleções *Publicações populares do SEESP*, sendo a primeira o *Livro da mãezinha*, que apresentava os seguintes objetivos: "divulgar os conhecimentos modernos de puericultura, ensinando às mães o que precisam saber para criar filhos sadios, informando-as principalmente no sentido de evitar erros alimentares de consequências funestas." Compunham a coleção: *A última caçada* (sobre a raiva), *Pacto com o demônio* (sobre o alcoolismo) e *O gigante invisível* (sobre a tuberculose). Esse modo de pensar não era restrito ao SPES. Nessa época, criou-se o almanaque *Jeca Tatu*, de Monteiro Lobato, que expressava as ideias vigentes na época:

- Jeca Tatu – pobre, feio e doente;
- mulher – magra, feia e doente;
- filhos – pálidos, tristes e doentes;
- solução para seus problemas – o médico e o remédio.

Fonte: Melo³.

dução científica, o Estado brasileiro firmou um acordo com o governo norte-americano para exploração da borracha e de minérios, ao mesmo tempo que importou um novo modelo de saúde pública por meio da fundação SEESP (Serviço Especial de Saúde Pública). Foi papel dessa instituição introduzir a ideologia do desenvolvimento de comunidades, da participação comunitária, da educação de grupos, além de ter influenciado a mudança do currículo do curso de educador sanitário, que passou a ser denominado, a partir de 1967, educador em saúde pública.

A educação sanitária acompanhou programas de saúde que foram se interiorizando, a fim de educar o homem do campo para a utilização de técnicas agrícolas modernas e garantir o aumento da produção. Também estimulou a participação de indivíduos na formação de grupos (desenvolvimento e organização de comunidades), além de ter incorporado inovações tecnológicas e de metodologias, sob forte influência das áreas das ciências do comportamento. Os fatores sociais, econômicos e culturais passaram a ser considerados não só como elementos que deveriam ser diagnosticados e contornados, mas também porque se constituíam em barreiras que deveriam ser rompidas pela ação educativa, sob responsabilidade do educador em saúde pública¹³.

A introdução dos educadores no setor saúde, ao final da década de 1960, foi dificultada por causa da instalação da ditadura militar, período em que as questões sociais eram da ordem da segurança nacional e a participação comunitária era considerada subversiva¹³. Assim, o único campo que restou foi o da educação para o planejamento familiar, remetendo-se mais uma vez à questão do poder sobre a população, dessa vez por meio do controle de natalidade.

Nesse mesmo período, difundia-se, nos EUA, uma nova concepção de saúde: H. R. Leavel e E. G. Clark elaboraram o modelo da História Natural da Doença (HND) ou da multicausalidade. Segundo essa teoria, a saúde seria resultado do equilíbrio de três elementos: o indivíduo, o meio ambiente e o agente etiológico. A doença, então, como resultado do desequilíbrio entre esses elementos, passou a ser considerada como resultado de uma sucessão linear de fatos naturais¹¹ explicitados por uma relação de multicausalidade: fatores biológicos, demográficos, econômicos, sociais, culturais e ecológicos, cada um deles considerado igualmente determinante¹⁴.

Em meados da década de 1940, após a II Guerra Mundial, período de marcante dinâmica social, desenvolvimento tecnológico e pro-

A partir dessa teoria, três níveis de prevenção e as ações sanitárias correspondentes são previstos. A educação sanitária aparece em todos os níveis de prevenção, destacando-se na prevenção primária as medidas de promoção da saúde e de prevenção de doenças. Essa ação educativa é considerada um processo individual de formação ou mudança de conduta, com base em valores culturalmente dominantes. O modelo HDN passou a ser adotado no Brasil nos anos 1950.

No contexto da história natural da doença, o processo de adoecimento é interpretado a partir do rompimento do equilíbrio estabelecido entre o homem, o ambiente e os fatores determinantes da doença, que estabelecem uma homogênea combinação, e para qual se considera uma dimensão biológica (natural) e outra social. Nesse sentido, Arouca afirma ser a saúde tomada como um estado relativo e dinâmico de equilíbrio entre esses fatores e a doença, por conseguinte, seu desequilíbrio¹⁴.

Nessa lógica, conforme afirma Stotz¹⁵, a educação em saúde é reconhecida do ponto de vista tradicional como uma área de saber técnico, voltada para instrumentalizar o controle dos doentes.

A educação em saúde, expressão que indica o vínculo estabelecido com os serviços de saúde, destina-se a desempenhar um papel de controle social dos doentes e ou das populações “de risco”, compreendendo um amplo leque de atividades: assegurar adesão às terapêuticas; lidar com o abandono dos tratamentos; a negociação da prescrição médica até outras prescrições relativas à prevenção de comportamentos de “risco” como o consumo de drogas (legais e ilegais); falta de higiene e sedentarismo¹⁵.

Nos anos 1970, com o fim do “milagre brasileiro”, foi se configurando uma nova conjuntura econômica, política e social. A deterioração das condições de vida se acentuava, expressa nos altos índices de mortalidade infantil, a insatisfação popular com o regime de crescimento e as oposições estavam mais organizadas. Teve início então a distensão que preparava a transição para a democracia.

Conforme discutido no Capítulo 1, o processo de democratização do país envolveu, no final dos anos 1970 e ao longo da década de 1980, vários setores da sociedade civil na luta pela ampla consolidação dos direitos sociais, dentre eles o da saúde. A compreensão do processo saúde-doença como produto das relações sociais assim denominado – socialmente determinado – passou a ser defendido por segmentos sociais e correntes teóricas em contraposição à teoria da

multicausalidade. Essa concepção, acompanhada de ampla mobilização social, contribuiu para a incorporação ao texto constitucional do direito à saúde, garantido como uma política de Estado, aliada a outras políticas sociais e organizado como um sistema público e universal de prestação de serviços de saúde à população.

O capítulo 1 também problematiza que, desde o início da década de 1990, a implementação dessa política – o Sistema Único de Saúde (SUS) – vem enfrentando as profundas mudanças no modelo político-econômico, expressas na redução do papel do Estado como provedor e do estabelecimento do livre mercado como regulador do acesso dos cidadãos aos direitos sociais. Nesse cenário, tem relevância a implantação das políticas focalizadoras dirigidas a grupos de maior vulnerabilidade social, com destaque para o Programa Saúde da Família (PSF)*, estratégia adotada pelo Ministério da Saúde (MS) na década de 1990, para extensão da cobertura assistencial por meio da atenção primária, em contraposição às políticas universais.

Paralelamente, no contexto internacional, tiveram relevância as conferências e proposições a respeito da promoção da saúde – marco teórico e de políticas sanitárias adotadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-americana da Saúde (Opas) –, focadas nas estratégias de escolha pessoal e responsabilidade individual pela saúde. A promoção da saúde, assim compreendida, volta-se majoritariamente para o disciplinamento da vida social e culpabiliza o indivíduo pela sua condição ao desconsiderar o peso fundamental da estrutura social na qual ele se insere¹⁶⁻¹⁸.

Assim, apesar das mudanças pelas quais a concepção de educação em saúde passou ao longo do tempo, ela manteve um caráter prescritivo e normativo que advoga um comportamento saudável de caráter individual, sem que sejam problematizadas as raízes do processo saúde-doença, mecanismo que contribuiria para um processo de transformação da realidade de saúde-doença dos grupos e das classes sociais.

* Desde 2008 o Programa Saúde da Família (PSF) denomina-se Estratégia de Saúde da Família.

ABORDAGENS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Baseado na contribuição de Vargas e Soares¹⁹, que descreveu e comparou as metodologias das ações educativas em saúde utilizadas em comunidades rurais (Brasil e Peru), a partir da concepção de educação e o tipo de participação social, e também na proposição teórico-pedagógica de Soares, Salum²⁰, utilizar-se-á, neste texto, três enfoques de educação em saúde: tradicional, da moderna saúde pública e da saúde coletiva.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE TRADICIONAL

A educação em saúde denominada tradicional (Quadro 10.1) pauta-se na concepção de educação tradicional, cuja importância e influência antecedem à institucionalização do ensino pela escola. Seus princípios assentam-se no saber enciclopédico transmitido pela figura do professor – autoridade inquestionável na relação ensino-aprendizagem. Nessa concepção, a abordagem pedagógica limita-se à transmissão do conhecimento por meio da exposição pelo professor ou livro, cabendo ao aluno a memorização e a reprodução mecanizada das informações recebidas. Estabelece-se entre o educador e o educando uma relação vertical de quem, por um lado, domina um determinado saber e de quem, por outro, na condição de elemento vazio, recebe e depende do saber a ser transmitido.

Quanto à concepção de saúde, esta se baseia na ausência de doença, que seria causada por um agente etiológico pautando-se na lógica construída a partir da teoria unicausal, que ganhou força principalmente a partir da teoria bacteriológica com o desenvolvimento científico e com a descoberta do microscópio.

A educação em saúde tradicional pauta-se então na transmissão de informações do detentor do conhecimento (profissional da saúde) para se evitar a doença causada por algum desequilíbrio. Tal concepção coaduna-se com o enfoque preventivo discutido por Storz,¹⁵ que se mostra predominante nos serviços de saúde há décadas e baseia-se no comportamento dos indivíduos e suas consequências na etiologia das doenças modernas – as crônico-degenerativas –, para as quais os comportamentos são considerados fatores de risco. Nesse enfoque, a

Quadro 10.1 Educação em saúde tradicional.

Conceito de educação	Tradicional (meados do século XIX)
Conceito de saúde-doença	Lógica unicausal
Objetivo	Prevenção e controle de doenças em um conjunto de indivíduos
Objeto	Indivíduos com determinada patologia
Participação dos sujeitos	Nula
Instrumentos	Folhetos, palestras
Finalidade	Tratar e prevenir a doença na população
Exemplo	Prática educativa voltada a pacientes hipertensos “problemáticos”: <ul style="list-style-type: none"> • instrumentos – “palestra”; • objetivos – orientar quanto à alimentação (dieta hipossódica) e medicação (uso correto de anti-hipertensivos); • finalidade – aderir ao tratamento

educação em saúde visa a estimular os indivíduos a adotar estilos de vida mais saudáveis, por meio do repasse de informações, individualmente ou em grupos, acompanhado ou não de perguntas.

Essa concepção hegemônica de educação nos serviços de saúde encontra-se fortemente vinculada à perspectiva socialmente disseminada pela cultura da biossocialibilidade, para a qual se criam modelos ideais de sujeitos baseados no desempenho físico – tônus muscular, desempenho corporal, capacidade aeróbica – e se estabelecem novos parâmetros de mérito e reconhecimento, pautados em constantes biológicas, taxas de colesterol, glicemia, novos valores com base em regras higiênicas e regimes de ocupação de tempo²¹. O caráter da educação em saúde é extremamente autoritário, reproduzindo os conhecimentos e a ideologia dos técnicos. A “ação educativa” pretende assim difundir a instrução, transmitir conhecimentos e hábitos de higiene cientificamente elaborados²². Tal abordagem ainda encontra eco nas práticas atuais quando se considera a imposição de alimentos que precisam ser escoados no mercado como fontes nutricionais, ou a contração para conter a explosão populacional em momentos em que o capital não precisa de uma reserva de trabalhadores.

Assim, o objeto do processo educativo é constituído pela ocorrência da doença em um conjunto de indivíduos, definindo-se como finalidade a cura ou a prevenção dessa doença. Os instrumentos se restringem às palestras, às orientações individuais, aos documentos impressos que comumente não propiciam a participação dos sujeitos. As pessoas assumem a característica de recipientes que deverão receber informações, sem que se considerem suas experiências anteriores ou sua realidade social.

Uma atividade educativa nos moldes da educação em saúde tradicional muito frequente nos serviços de saúde brasileiros é a realização de palestras dirigidas aos pacientes hipertensos – uma das atividades oferecidas aos grupos populacionais atendidos pelo PSF. De uma maneira geral, tais atividades se restringem às orientações sobre restrições na alimentação e uso correto da medicação, sem promover espaço para que os usuários do serviço de saúde se coloquem ou façam perguntas, muito menos que discutam, por exemplo, a dificuldade de adesão ao tratamento. Como a explicação apoia-se na genética, as pessoas devem seguir regras estritas para contorná-la.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA MODERNA SAÚDE PÚBLICA

Essa abordagem educativa (Quadro 10.2) desenvolvida pelos enfermeiros e outros profissionais de saúde toma por referência a concepção de educação denominada escola nova ou escolanovismo, cuja principal característica é a não diretividade, expressa pelo reconhecimento do aluno, seus interesses e suas atitudes como o centro do processo educativo. A relação professor-aluno pauta-se na aceitação incondicional do aluno e de suas diferenças, por meio de atividades em grupo, jogos e sob forte influência da psicologia²².

Coerente com essa perspectiva de educação, a concepção de saúde que prevalece é a da multicausalidade, ou seja, saúde é o bem-estar geral e depende de vários fatores: biológico, psicológico e, entre eles, o chamado fator social. Tal concepção de saúde está de acordo com a visão da educação presente na escola nova que considera as diferentes características biológicas e psicológicas dos alunos, mas sem problematizar o papel social da educação e sua relação com a estrutura da sociedade. Da mesma forma, a concepção de saúde-doença visa como resultado de diversos fatores, mas para as

Quadro 10.2 Educação em saúde na perspectiva da moderna saúde pública.

Conceito de educação	Escola nova e pedagogia tecnicista (final do século XIX)
Conceito de saúde-doença	Multicausal
Objetivo	Melhorar “a qualidade de vida” das pessoas sem modificar a estrutura da sociedade
Objeto	População pobre doente ou com risco de adoecer (homogeneidade)
Participação dos sujeitos	Apenas para legitimar o saber do técnico
Instrumentos	Grupos educativos – mudança de hábitos, alternativas focais
Finalidade	Tratar e prevenir a doença na população sem transformar a realidade
Exemplo	Prática educativa voltada a pacientes hipertensos adultos da área de abrangência de uma unidade básica de saúde (UBS): <ul style="list-style-type: none"> • instrumento – grupo; • objetivos – identificar a importância dos hábitos alimentares e os benefícios da atividade física no controle da hipertensão; • finalidade – responsabilizar-se por suas escolhas quanto aos hábitos saudáveis

contradições de classe, pois desloca o processo saúde-doença para o âmbito do indivíduo, negando sua dimensão coletiva. Assim, saúde se restringe à ausência de doença e não se caracteriza como processo determinado pelos potenciais de fortalecimento e desgaste das formas de trabalhar e viver²³.

Dessa forma, educação em saúde objetiva educar as pessoas para melhorar a situação de vida, agindo sobre os diversos fatores, mas sem considerar as questões sociais como determinantes e muito menos as diversas inserções sociais de cada grupo social com suas necessidades específicas, reduzindo-se as ações ao que pode ser realizado segundo a realidade local por meio de programas focais, de forma assistencialista.

Tal abordagem aproxima-se de outros dois enfoques, denominados por Stotz¹⁵ de enfoque da escolha informada e enfoque de desenvolvimento pessoal, que têm sido desenvolvidos no cenário de implantação do ESF. Ambos baseiam-se na transferência da responsabilidade

social sobre a saúde para o indivíduo, e do aperfeiçoamento humano por meio da educação, minimizando o papel da estrutura social na determinação dos problemas de saúde. No primeiro caso, ocorre a enfatização do lugar do indivíduo, da sua privacidade e dignidade, propondo uma escolha informada sobre os riscos à saúde. No segundo modelo, ainda que semelhante ao anterior, existe uma preocupação em aumentar as capacidades dos indivíduos em relação à comunicação, ao conhecimento do corpo, de leis e normas, além da habilidade de estar ou trabalhar em grupos. O que se questiona é: qual a porcentagem da população que efetivamente tem “autonomia” para escolher?

Nesse sentido, a eficácia da educação na perspectiva da moderna saúde pública se expressa em comportamentos específicos como: deixar de fumar, cumprir o calendário vacinal, desenvolver práticas higiênicas, usar os serviços para prevenção do câncer, realizar exames periódicos. Encontra consonância também com a generalização do método da administração supervisionada de dosagem (DOT) – programa de controle da tuberculose oriundo dos tratamentos psiquiátricos¹⁵.

Sendo assim, o objeto do processo de trabalho educativo volta-se para a população pobre doente ou com risco de adoecer considerada como uma grande massa homogênea sem se ter em conta as especificidades de cada grupo social. A finalidade do processo educativo é tratar e prevenir a doença na população por meio de alternativas pontuais e iniciativas individuais, “fortalecendo a autonomia” com o objetivo de enfraquecer os movimentos de reivindicação por um Estado que garanta o direito à saúde, responsabilizando o indivíduo por satisfazer seus interesses no mercado ou na sociedade civil.

Os instrumentos frequentemente utilizados nessa abordagem são os grupos educativos que visam à mudança de hábitos e incentivam a qualidade de vida. Nesses grupos, os sujeitos podem até ser convidados a falar, mas no final quem deterá o conhecimento com as informações corretas será sempre o trabalhador de saúde, não havendo construção conjunta de conhecimento.

O mesmo grupo educativo sobre hipertensão citado na abordagem anterior pode ser exemplificado na abordagem da educação em saúde na perspectiva da moderna saúde pública por meio de uma conversa sobre qualidade de vida e da importância de se mudar os hábitos alimentares, bem como os benefícios da atividade física, sempre permeados pela culpabilização individual pela falta de cuidado

com a própria saúde. As pessoas podem fazer perguntas e participar do grupo, mas as orientações finais “corretas” serão dadas pelo profissional de saúde. Questões como falta de acesso a uma alimentação saudável, questões ideológicas propagadas pela mídia ou os determinantes sociais (como desemprego e violência) relacionados ao estresse, que por sua vez dificultam o controle da pressão arterial, por exemplo, não são discutidos.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA SAÚDE COLETIVA: A EDUCAÇÃO EMANCIPATÓRIA

Essa abordagem de educação em saúde (Quadro 10.3) assenta-se nas teorias críticas da educação, que se desenvolveram mais fortemente no Brasil no final da década de 1970. Pautaram-se na compreensão de que a educação é um fenômeno socialmente determinado, o que significa reconhecer que ela nem sempre se apresentou como se apresenta contemporaneamente, sendo o acesso a ela dependente da inserção social dos sujeitos – que podem ter uma educação mais técnica, por exemplo, apenas para o trabalho manual – e enfim significa reconhecer que a formação social educa na medida de suas necessidades de continuidade. Atualmente, fala-se muito, por exemplo, em “mão de obra qualificada”. Mas quais são as áreas do mercado que precisam de força de trabalho “qualificada”? De qual classe social são os que vão se “qualificar”? Essa equação foi completamente desconsiderada na escola nova e na pedagogia tecnicista discutida anteriormente²⁴. As teorias críticas incorporam a compreensão de tais contradições para explicar como a educação é desenvolvida em cada etapa da formação social. Essa perspectiva teórica também defende a necessidade de que os indivíduos se posicionem em relação a essas contradições.

Diante de tal compreensão, o trabalho educativo objetiva transcender o polo técnico, sem o negar, alcançando o polo político, que requer posicionamento e contestação frente aos problemas sociais. Essa concepção encontra ressonância no enfoque radical do qual fala Storz¹⁵. O seu caráter emancipador encontra-se justamente na capacidade de incentivar a discussão sobre a realidade e a inserção dos homens nessa realidade, implicando necessariamente a contestação dos problemas. É uma educação que desaliena porque vai além de

Quadro 10.3 Educação em saúde na perspectiva da saúde coletiva

Conceito de educação	Teorias críticas da educação (final da década de 1970)
Conceito de saúde-doença	Determinação social do processo saúde-doença
Objetivo	Instrumentalizar a população para agir no controle das políticas públicas
Objeto	Perfis epidemiológicos
Participação dos sujeitos	Ativa
Instrumentos	Grupos educativos, dramatização, oficinas
Finalidade	Transformação dos perfis epidemiológicos
Exemplo	Ação educativa voltada a moradores da área de abrangência da UBS preocupados com a hipertensão: <ul style="list-style-type: none"> • instrumento – oficinas, grupos de discussão, entre outros; • objetivos – discutir os problemas relacionados às formas de trabalhar e de viver que implicam a manifestação da hipertensão; • finalidade – compreender as relações entre as formas de trabalhar e viver e a hipertensão, e instaurar práticas coletivas de fortalecimento e superação

desenvolver as habilidades necessárias para o trabalho, criticando a mera reprodução de ações e advertindo os homens sobre os perigos do seu tempo, para que, consciente deles, possam reagir em vez de serem levados por prescrições alheias²⁵.

Não se pretende com isso afirmar que a educação seria a responsável pela mudança da formação social, como se ela fosse capaz de determinar as relações sociais, recaindo-se assim em uma visão de mundo idealista, ou em uma visão acrítica de educação. O que se defende é que a educação, “percebida como prática social, uma atividade humana e histórica que se define no conjunto das relações sociais, no embate dos grupos ou classes sociais, sendo ela mesma forma específica de relação social”²⁶, tem o poder de interferir nas relações sociais, contribuindo para sua transformação.

Tal educação só é possível a partir de uma pedagogia crítica que supere a perspectiva crítico-reprodutivista, reconhecida nas obras de

Louis Althusser e de Pierre Bourdieu. Por isso, adota-se, na saúde coletiva, a pedagogia histórico-crítica – fortemente influenciada pela obra de Antonio Gramsci²⁴. As teorias de fundamento crítico-reprodutivista diferem da histórico-crítica porque partem do pressuposto de que toda educação reproduz as ideias dominantes, fazendo dessa forma a crítica do existente, mas projetando a imutabilidade das relações de dominação da sociedade capitalista por meio da educação, que invariavelmente acaba reproduzindo as relações sociais de produção.

A concepção de saúde que apoia a escolha da abordagem emancipatória para as práticas educativas em saúde, coerentemente, também considera o processo saúde-doença um processo social, cujos determinantes encontram-se na estrutura e na dinâmica social, a exemplo dos da educação. Conforme os grupos se inserem na sociedade, as formas de trabalhar (momento de produção) se processam com mais ou menos desgaste, com mais ou menos fortalecimento (estabilidade no emprego, cargas de trabalho, acesso a transporte para ir trabalhar, satisfação no trabalho, entre outros). O trabalho, por sua vez, determina as formas como as pessoas vivem (momento de reprodução – acesso à educação, a serviços de saúde, ao lazer, entre outros). É da luta entre fortalecimentos e desgastes advindos do trabalho e da vida que depende o processo saúde-doença. Assim, o fato de diferentes grupos trabalharem e viverem com diferentes potenciais de desgaste e de fortalecimento resulta em diferentes maneiras de se desenvolver o processo saúde-doença. Esse é o modelo da determinação social da doença que embasa o referencial teórico da saúde coletiva e fundamenta-se na compreensão de autores latinos como Asa Cristina Laurell e Jaime Breilh e inspiraram autoras brasileiras como Vilma Machado de Queiroz e Maria Josefina Leuba Salum.

O processo de trabalho educativo nessa abordagem objetiva instrumentalizar os grupos e as classes sociais para compreender os determinantes do processo saúde-doença, bem como apoiar o movimento social no processo de interpelação do Estado por melhores condições de trabalho e vida e por alocação adequada de serviços de saúde. Conforme visto anteriormente, essa abordagem encontra-se muito próxima do enfoque denominado radical por Stotz¹⁵, cuja lógica educativa é a luta política pela saúde, reconhecendo que as causas básicas dos problemas de saúde estão na estrutura social. O

âmbito de ação é o Estado, e as intervenções deste expressam-se por meio de medidas legislativas e normativas.

Discute-se, assim, por um lado, que as condições e as razões que levam as pessoas a adotarem “comportamentos ou atitudes não saudáveis” não são objeto de preocupação da maioria dos técnicos e nem dos dirigentes dos serviços de saúde, cabendo aos indivíduos seguirem a norma ou as prescrições apresentadas. Por outro lado, os serviços de saúde desempenham, no modelo capitalista, a função de controle social, com a finalidade de prevenir, suprimir ou manipular as condições injustas geradas por esse sistema, tratando-as como “problemas de saúde”¹⁵.

Para a saúde coletiva, o objeto – aquilo no qual centra sua preocupação – a ser transformado são os perfis epidemiológicos dos grupos sociais e a finalidade se constitui na transformação dos perfis epidemiológicos²³. A educação em saúde é um valioso instrumento da saúde coletiva, que é acionado tanto pelo processo de trabalho assistencial, quanto pelo processo de trabalho gerencial.

Por sua vez, o processo educativo em si irá acionar instrumentos específicos, como é o caso dos grupos educativos, das dramatizações, das oficinas. Ressalta-se que o fato de se utilizar oficinas ou dramatizações, por si só, não necessariamente garante o processo emancipatório, sendo necessário haver uma construção conjunta de conhecimento, envolvendo efetivamente educadores – trabalhadores de saúde – e educandos – usuários dos serviços de saúde.

Dessa forma, o grupo educativo com usuários hipertensos se constitui em prática emancipatória na medida em que se discutem, por exemplo, problemas do bairro que interferem na saúde. É necessário que haja espaço para discutir as dificuldades para uma “vida saudável”, quando, por exemplo, o trabalho é repetitivo e exaustivo, ou quando se vive em bairros cuja ausência do Estado é marcante. Evidentemente, não se dispensam orientações a respeito da alimentação, da medicação ou de exercícios físicos, mas o processo educativo permite que se supere a compreensão estritamente biológica, buscando compreender os determinantes da hipertensão para o grupo de participantes. Como orientar caminhadas ou uma vida saudável se não há áreas de lazer no bairro ou o córrego transborda nas enchentes invadindo as casas? O grupo de hipertensos, dessa forma, conforma-se com o espaço para discutir essas questões e apoiar a mobilização e a organização da população para exigir intervenções das autoridades.

Educação emancipatória: a contribuição de Paulo Freire e de autores marxistas como Vázquez, Lukács, Paro, Mészáros e Saviani (pedagogia histórico-crítica)

Uma concepção de educação que instrumentalize os grupos e as classes sociais a compreender as raízes da desigualdade na produção da saúde-doença pode ser encontrada nas formulações de Paulo Freire.

Paulo Freire

Paulo Freire participou ativamente de movimentos populares iniciados na década de 1960, por meio do trabalho de alfabetização de adultos. Essa experiência, que se inscreve no campo da educação popular, vem sendo utilizada em vários setores, pois deixou como herança o método que incorpora a discussão sobre a relação entre o enorme contingente de dominados e a minoria dominadora, e a relação de dominação pela força e pela consciência e que se propõe, no interior dessa relação, buscar a superação da dominação²⁷.

[...] pouco importa se uns o entenderam melhor do que outros, se existiram os que compreenderam realmente seu pensamento ou não. A maior contribuição de Paulo Freire talvez seja ter conseguido comunicar-se e conectar-se com a fibra mais amorosa e genuína de muitas pessoas – babel de idades, raças, credos, posições econômicas, sociais e ideológicas, níveis educativos, profissões e ocupações – ajudando-os a saberem que existe uma relação entre ambas, que tal relação pode ser tanto de cumplicidade quanto de ruptura, útil tanto para oprimir quanto para libertar. Paulo Freire, o grande comunicador, o grande inspirador, conseguiu que milhões de pessoas no mundo descobrissem e extraíssem o melhor de si mesmas: seu lado humano, terno, generoso, sua capacidade para comover-se, a convicção e a energia necessárias para converter-se em voluntário, em inventor, em herói, em revolucionário. Em um mundo em que se agigantam velozmente tanto a riqueza como a pobreza, no qual o individualismo arrasa com o sentido comum e com a mais básica solidariedade, onde proclama não só o fim das ideologias, mas também o fim do trabalho, Freire continuou falando, até o último momento, de esperança, de libertação e de utopia, palavras que muitos já consideraram fora de moda e em desuso (p. 242)²⁸.

Segundo Paulo Freire²⁹, toda prática educativa pressupõe a existência de sujeitos (um que ensinando aprende e outro que aprendendo ensina), a existência de objetos (conteúdos a serem ensinados e aprendidos), envolve o uso de métodos, técnicas e materiais, e implica, em função de seu caráter direto, objetivos e ideais. O processo educativo, portanto, nunca é neutro e sim político.

Dessa forma, o método de Paulo Freire fundamenta-se nos seguintes princípios²⁹:

- a educação nunca é neutra – a educação tanto pode ser voltada para manter a situação existente por meio da imposição sobre a população dos valores e da cultura dominante, como pode ser um elemento de libertação, ajudando a transformar as pessoas em seres críticos, livres, analíticos, ativos e responsáveis;
- a pertinência (questões de importância atual para a população) – as pessoas participam sempre que as situações lhes provoquem sentimentos intensos, pois há um vínculo estreito entre o sentimento e a motivação para agir;
- a ação de problematizar – todas as pessoas envolvidas no processo educativo devem ser consideradas como indivíduos críticos, criativos e capazes de atuar. O educador tem o papel de auxiliar os educandos a identificar o problema, encontrar suas causas fundamentais e maneiras para iniciar a mudança da situação;
- o diálogo – para que seja possível descobrir a solução válida para os problemas todos têm que ser alunos e professores. A educação deve ser um processo de aprendizado mútuo, já que os educadores têm muito que aprender com a população; a reflexão e a ação – a maior parte do aprendizado verdadeiro e da mudança radical ocorre quando uma comunidade experimenta insatisfação em algum aspecto de sua vida. O educador pode propor a discussão sobre uma situação na qual os membros da comunidade podem deter-se e refletir de maneira crítica sobre o que fazer, identificar e buscar habilidades ou informações novas que são necessárias e então planejar as ações a seguir.

Tais princípios remetem ao processo de olhar para a realidade, teorizá-la, pautando-se em conceitos e concepções, e então transformá-la, por meio de práticas, para então novamente refletir. É a categoria práxis que explica esse processo.

Vázquez³⁰ traz as bases filosóficas que permitiram compreender essa categoria, que fundamenta todas as práxis sociais, inclusive a educativa. Para compreender a práxis, três conceitos são fundamentais: o de atividade teórica, o de atividade prática e a interdependência entre elas. O caráter teórico se refere à consciência propriamente dita; formulando finalidades ou produzindo conhecimento, a ciência não consegue por si própria transformar de fato a realidade, materializando-se em uma nova realidade. Embora se processe uma transformação de seu objeto – percepções, representações, em um produto – teorias, leis, hipóteses –, sua finalidade é a de explicar a realidade ou transformá-la idealmente, mas não materialmente. Já a atividade prática é adequada a um fim que, para ser cumprido, necessita de atividade teórica – consciência. A atividade prática, instruída pelo movimento da consciência, materializa-se em um produto a partir da ação sobre um dado objeto – natureza, sociedade, homens – produzindo uma nova realidade.

O fato é que à medida que se complexificam as relações sociais, novas formas de práxis se desenvolvem para atender diferentes necessidades, como é o caso da práxis artística, científica, educativa, entre outras. No caso da ciência, a finalidade da atividade prática é teórica, o que se deseja transformar é o estado do conhecimento sobre um determinado objeto. No caso da educação, a finalidade não é imediatamente teórica, mas a de impulsionar a atividade prática corresponsável³⁰.

Por isso é que, na ontologia de Lukács, a educação é definida como uma práxis que não está relacionada à transformação direta da natureza em um produto material, mas uma práxis que busca influenciar na escolha das alternativas a serem adotadas por outros indivíduos, visando a convencê-los a agir numa determinada direção³¹.

Se o homem não tem suas necessidades atendidas pela natureza e precisa combatê-la, domá-la, para garantir a sobrevivência, ele necessita aprender a produzi-la, aprender a agir sobre a natureza. Assim, nas comunidades primitivas, no próprio ato de viver os homens se educavam e educavam as novas gerações⁵.

Pode-se dizer então que enquanto práxis social, a práxis educativa, que ocorre no curso da sociabilidade, é um instrumento de apropriação do saber culturalmente acumulado e de elaboração de esboços que incidirão sobre a transformação de diferentes práxis sociais e, portanto, sobre o processo de hominização.

Hominização

É do filósofo Álvaro Vieira Pinto a expressão hominização, quando trata da teoria da cultura, explicando que a cultura é uma manifestação histórica do processo de hominização:

No homem [...] ao longo do processo de sua formação como ser biológico, as transformações do organismo lhe foram permitindo, em virtude do desenvolvimento da ideiação reflexiva, inovar as operações que exercem sobre a natureza, e com isso praticar atos inéditos, [...] [que] vão-se acumulando na consciência comunitária [...] recolhidos, conservados e transmitidos de uma geração a outra. A cultura é, por conseguinte, coletânea do processo de hominização [...] duas faces de um só e mesmo processo, que passa de principalmente orgânico [...] a principalmente social [...] (p. 122)²³.

Compreendendo a educação como uma mediação no interior da vida social, Saviani propõe os elementos da pedagogia histórico-crítica: ao se encontrarem, agente e sujeito estão em níveis diferentes de compreensão da prática social. O educador tem uma compreensão, denominada pelo autor “síntese precária”, resultado da acumulação entre teoria e prática e que, certamente, não comporta ainda a experiência com os atuais alunos; a compreensão do aluno é de caráter sincrético, quase sempre com análises de senso-comum a respeito de suas experiências. O professor realiza a mediação entre o aluno e o conhecimento que se desenvolveu socialmente tratando de discutir os principais problemas colocados pela prática social, disponibilizando os conhecimentos e as ferramentas para instrumentalizar os alunos com as ferramentas culturais necessárias à compreensão e à efetivação de uma nova prática social. Mas não é possível chegar à síntese sem a mediação da análise da interconexão e do movimento dos elementos da prática social por referência à totalidade. Processando-se

a catarse*, trata-se de expressar a nova elaboração a que se chegou, demonstrando a efetiva incorporação dos instrumentos culturais, transformados agora em elementos ativos de transformação social.

Os métodos postulados pela pedagogia histórico-crítica de Saviani deverão superar a dicotomia novo-velho, incorporando elementos de ambos e promovendo a integração entre educação e sociedade, o que permite colocar professor e alunos como sujeitos sociais; deverão incentivar o diálogo dos alunos entre si e deles com o professor, valorizando a cultura historicamente acumulada.

Mas como é que se manifesta a educação diante das inflexões e da evolução do mundo capitalista?

Sob a ordem do capital, ensinam os autores marxistas, a essência do homem, que se realiza por meio do trabalho – práxis produtiva –, converte-se em *negação de sua humanidade*, constituindo-se em elemento de degradação e escravização. Como consequência, a educação burguesa constrói um divisor de águas entre o que se pretende oferecer àqueles que vão realizar o trabalho manual e àqueles a quem destina o trabalho intelectual¹⁸.

A formação dos trabalhadores manuais integra então elementos da atividade prática, dispensando-se a atividade teórica ou minimizando seu espaço, já que não seria necessária para que o trabalhador bem treinado leve a cabo a transformação no objeto de trabalho pretendida pela valorização do capital. Consolida-se uma cisão entre atividade prática e atividade teórica, sendo, portanto, impossível se falar em práxis¹⁸.

Vale-se aqui ainda de Mészáros³³, na crítica à educação institucionalizada que, sob o domínio do capital, procura garantir que os indivíduos adorem as metas de reprodução do sistema, internalizando a legitimidade da posição que lhes foi atribuída na hierarquia social, ou seja, os indivíduos acreditam que estão em posição subordinada porque é assim que deve ser. Isso ocorre porque estão “contaminados” por um quadro de valores que legitima os interesses das classes dominantes, tornando a situação de exploração quase que “natural”.

* O termo catarse é compreendido no sentido gramsciano, ou seja, como “o processo de compreensão dos elementos estruturais da sociedade na dimensão superestrutural”²⁴. Nessa perspectiva teórica do autor, faz parte da dimensão superestrutural o aparato ideológico de Estado que, por sua vez, é reflexo do conjunto de ideias da classe dominante.

Pode-se dizer então, ainda que parcialmente que, do ponto de vista do capitalismo, a educação – porque uma prática necessária ao processo de produção – institui-se como um processo de trabalho que tem objeto, meios e instrumentos e uma finalidade voltados à manutenção e à reprodução de valores e de práticas hegemônicas.

Mas a educação não se processa somente por meio das instituições formais. As considerações de Mészáros³³ permitem afirmar que a educação, complementarmente à educação institucional, acontece em todos os espaços da vida social como importante instrumento do capital de disseminação ampla da ideologia dominante sustentando, na dimensão superestrutural, a manutenção e a reprodução da base econômica.

Na mesma direção, Mészáros³³ também aponta caminhos tendo como meta uma educação para além do capital que passe pela substituição de formas enraizadas de valores dominantes por uma consciência crítica a respeito da real forma de exploração capitalista e das formas de superação.

Tomando então como referência teórica os ensinamentos desses autores, propõe-se como instrumento de educação em saúde a oficina emancipatória definida a partir dos fundamentos histórico-críticos – a união dialética entre teoria e prática, a mediação do professor entre os alunos e o conhecimento acumulado, a disponibilização das ferramentas culturais e sua efetiva incorporação pelos sujeitos – como um instrumento do processo de trabalho educativo capaz de proporcionar um espaço de retomada da essência humana, de que os sujeitos, agentes e coprodutores, participam com a finalidade de desinternalizar valores ideológicos de legitimação dos interesses dominantes e assim contribuir para a consolidação de práxis sociais criativas e libertadoras, buscando superar a dicotomia entre teoria e prática¹⁸.

RESUMO

O texto propôs uma análise da importância das ações educativas na prática social da enfermagem, explicitando a influência dos valores e interesses em disputa na sociedade e as escolhas acerca das estratégias e dos conteúdos que permeiam essas ações. Discutiu-se a função da educação enquanto uma atividade humana, desenvolvida como um processo de trabalho, dotado de objeto, finalidade, meios

e instrumentos. Recuperaram-se os aspectos históricos relevantes das práticas educativas em saúde no Brasil, relacionando-as aos modelos de saúde predominantes. Discutiram-se as implicações das práticas educativas para a atenção à saúde, a partir de três abordagens teórico-metodológicas: educação em saúde tradicional, educação em saúde na moderna saúde pública e educação em saúde na saúde coletiva. Definiu-se educação emancipatória, a partir do arcabouço histórico-crítico e foram recuperadas em particular as contribuições de Paulo Freire.

PROPOSTAS PARA ESTUDO



- O que é educação?
- Quais são as vertentes da educação em saúde?
- O que é educação emancipatória? Descreva a contribuição dos diferentes autores para a construção do arcabouço teórico-metodológico da educação emancipatória.
- Dê um exemplo de ação educativa realizada a partir dos fundamentos da saúde coletiva.

ATIVIDADE SUGERIDA

Em grupo, construa um projeto educativo a partir do seguinte roteiro:

- a. defina uma necessidade de saúde de moradores da área de abrangência de uma unidade básica de saúde (UBS), que será alvo de projeto educativo a ser disparado pela equipe da atenção básica e justifique a escolha;
- b. defina o objeto do processo educativo – conhecimentos que se deseja transformar e grupos de sujeitos que farão parte da ação educativa –: quanto aos conhecimentos, por exemplo, conhecimentos sobre participação social e direitos de proteção social; compreensão sobre as raízes dos problemas de

¹⁸ Roteiro adaptado de instrumento educativo utilizado no ensino de educação em saúde da enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em diferentes disciplinas.

- saúde que afetam os moradores do bairro; compreensão sobre os componentes estruturais que encontram-se em jogo no consumo de tabaco entre adolescentes; quanto aos sujeitos que farão parte da ação educativa, por exemplo, jovens de diferentes grupos sociais de um bairro ou município; moradores de rua do centro; usuários de *crack* de praças e outros espaços públicos; mulheres que enfrentam violência doméstica moradoras da área de abrangência de uma UBS, entre outros;
- c. elabore uma introdução que problematize a temática escolhida, recorrendo à bibliografia atualizada sobre o assunto;
 - d. construa as considerações teóricas que norteiam o projeto – a definição do objeto foi feita mediante uma visão de mundo, uma dada teoria explicativa do processo saúde-doença (determinação social do processo saúde-doença; necessidades de saúde como necessidades de reprodução social; processo de produção em saúde como resposta às necessidades) e uma dada concepção de educação (emancipatória) que norteia o projeto. Explícite essas teorias, pois elas constituem o marco teórico da ação educativa. A partir delas, o grupo irá propor a operacionalização do processo educativo;
 - e. descreva os objetivos educacionais e os conteúdos a serem abordados;
 - f. explicita as estratégias a serem utilizadas para atingir os objetivos;
 - g. explicita a forma de avaliação.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Viana N. Marx e a educação. Revista Estudos/UCG 2004;31(3):543-66.
2. Suchodolski B. Teoria marxista da educação. vol. 1. Lisboa: Estampa; 1976.
3. Suchodolski B. A pedagogia e as grandes correntes filosóficas. 3. ed. Lisboa: Horizonte; 1984.
4. Saviani D. Escola e democracia. Campinas: Autores Associados; 2003.
5. Saviani D. Educação socialista, pedagogia histórico-crítica e os desafios da sociedade de classes. In: Lombardi JC, Saviani D (orgs.). Marxismo e educação. Campinas: Autores Associados; 2005.
6. Severino AJ. Filosofia. São Paulo: Cortez; 1994.

7. Paro VH. A natureza do trabalho pedagógico. In: Paro VH. Gestão democrática da escola pública. 3. ed. São Paulo: Ática; 2006. p. 29-37.
8. Marx K. O Capital. In: Centelha – Promoção do livro. Coimbra: SARL; 1974. Trad. de Martins JT, Moreira V. Disponível em: <http://www.marxists.org/portugues/marx/1867/ocapital-v1/index.htm>.
9. Rosen G. Uma história da saúde pública. Rio de Janeiro: Hucitec-Unesp; 1994.
10. Mehry E. A educação e a saúde: visão histórica. In: Anais do Encontro de Educadores de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1984.
11. Costa NR. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. Cad CEDES 1987;4:44-53.
12. Rosen G. Da polícia médica à medicina social. Rio de Janeiro: Graal; 1980.
13. Melo JAC. Educação sanitária: uma visão crítica. Cadernos CEDES 1987;4:28-43.
14. Oshiro JH. Educação para a saúde nas instituições de saúde pública. [Dissertação.] São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1988.
15. Storz EN. A evolução histórica da educação e saúde, seus fundamentos e as mudanças individuais e coletivas analisadas a partir de um olhar do autor sobre o valor social da saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. p. 46-57.
16. Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. Cienc Saúde Colet 2004;9(3):669-78.
17. Storz EN, Araújo JWG. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. Saúde Soc 2004;13(2):5-19.
18. Soares CB. Consumo contemporâneo de drogas e juventude: a construção do objeto na perspectiva da saúde coletiva. [Tese de livre-docência.] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.
19. Vargas MN, Soares LTR. O trabalho educativo em saúde nas comunidades rurais: as experiências de enfermagem no Brasil e no Peru. Esc Anna Nery, Rev Enferm 1997;1(2):54-71.
20. Soares CB, Salum MJL. A instrumentalização da inteligência popular e a intervenção em saúde coletiva. [Documento de apoio pedagógico.] São Paulo: Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1999.
21. Ortega F. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. Interface (Botucatu); 2004;8(14):9-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.

- php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100002&lng=en. doi: 10.1590/S1414-32832004000100002. Acesso em 25/02/2010.
22. Donato AF. Algumas considerações sobre tendências pedagógicas e educação e saúde. Boletim do Instituto de Saúde 2009;48:3-14.
 23. Queiroz VM, Salum MJL. Reconstituindo a intervenção de enfermagem em saúde coletiva. In: Livro resumo do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1996 out 6-11; São Paulo. São Paulo: ABEn-Seção-SP; 1996. p. 347. Texto integral mimeografado gentilmente cedido pelas autoras.
 24. Saviani D. Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações. 8. ed. Campinas: Autores Associados; 2003.
 25. Freire P. Educação como prática da liberdade. São Paulo: Paz e Terra; 2000.
 26. Frigotto G. Educação e a crise do capitalismo real. São Paulo: Cortez; 2000.
 27. Merhy E. Saúde e movimento popular: o relato de uma experiência. Cad Cedes 1987;4:44-53.
 28. Torres RM. Os múltiplos Paulo Freire. In: Freire AMA (org.). A pedagogia da libertação em Paulo Freire. São Paulo: Ed. Unesp; 2001. p. 231-42.
 29. Freire P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2002.
 30. Vázquez AS. Filosofia da práxis. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1977.
 31. Tassigny MM. Ética e ontologia social da educação. Rev Bras Educ 2004;25(1):82-93.
 32. Pinto AV. Ciência e existência. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1985.
 33. Mészáros I. A educação para além do capital. São Paulo: Boitempo; 2005.

PARA SABER MAIS

- Almeida AH. Educação em saúde: análise do ensino na graduação em enfermagem no estado de São Paulo. [Tese.] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2009.
- Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1996.
- Pereira ÉG, Soares CB, Campos CMS. Uma proposta de construção da base operacional do processo de trabalho educativo em saúde coletiva. Rev Latino-Am Enfermagem 2007;15(6):1072-9.
- Trapé CA, Soares CB. A prática educativa dos agentes comunitários de saúde à luz da categoria práxis. Rev Latino-Am Enfermagem 2007;15(1):142-9.

PARTE

4

O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA – DIMENSÃO PRÁTICA/OPERACIONAL

- Capítulo 11** Modelos de atenção à saúde no Brasil
- Capítulo 12** Projetos e ações inovadoras na atenção primária à saúde
- Capítulo 13** Instrumentos de leitura de necessidades de saúde: geoprocessamento, inquérito populacional e Cipesce®