



# EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA REVISÃO HISTÓRICO-CRÍTICA COM ENFOQUE NO MUNICÍPIO DE SOBRAL – CE

HEALTH EDUCATION: A HISTORICAL-CRITICAL REVIEW WITH A FOCUS ON THE CITY OF SOBRAL, CE, BRAZIL

*Cheila Portela Silva* <sup>1</sup>  
*Angelo Brito Rodrigues* <sup>2</sup>  
*Carla Lidianny Bezerra Silva Oliveira* <sup>3</sup>  
*Thamy Braga Rodrigues* <sup>4</sup>  
*Nayana Rocha Soares* <sup>5</sup>  
*Maria Socorro de Araújo Dias* <sup>6</sup>

## RESUMO

*O presente estudo consistiu em uma revisão histórico-bibliográfica e documental acerca do tema Educação em Saúde, com enfoque no município de Sobral – CE. Com caráter qualitativo, descritivo e analítico, esse estudo foi realizado no período de outubro de 2006 a outubro de 2007. Para sua realização, partiu-se do pressuposto de que a Educação em Saúde, tradicionalmente, foi utilizada pelo Estado como instrumento de manutenção da ordem e das classes sociais. Ainda, discute novas tendências educativas em saúde, com ênfase no modelo dialógico; questiona se tal modelo configura-se como uma ruptura de cunho ideológico com o modelo tradicional ou apenas uma mudança metodológica. Propõe a diferenciação das ações de Educação em Saúde e as informações, recomendações e prescrições em saúde, defendendo que a Educação em Saúde consiste em um processo de organização político comunitária para discutir e intervir nos macrodeterminantes do processo saúde-adoecimento.*

**Palavras-chave:** Saúde. Educação em Saúde. Condições Sociais. História. Cultura.

## ABSTRACT

*This study is a historical-bibliographic and documental review concerning the theme Health Education with a focus on the city of Sobral, CE, Brazil. It has a qualitative, descriptive, and analytical nature and was conducted between October 2006 and October 2007. It is based on the assumption that Health Education has been traditionally used by the State as an instrument to maintain order and social classes. It also discusses new educational trends in health with an emphasis on the dialogical model; it questions whether such a model represents an ideological rupture with the traditional model or if it is only a methodological change. A differentiation between Health Education actions and information is proposed, as well as recommendations and prescriptions in health, defending the view that Health Education consists of a process of political communitarian organization that discusses and intervenes in the macro-determinants of the health disease continuum.*

**Key words:** Health. Health Education. Social Conditions. History. Culture.

1 - Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral.

2 - Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará - UFC.

3 - Enfermeira e Membro do Laboratório de Pesquisa Social, Educação Transformadora e Saúde Coletiva (Labsus) – Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA.

4, 5 - Enfermeira da Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

6 - Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA. Coordenadora do Laboratório de Pesquisa Social, Educação Transformadora e Saúde Coletiva (Labsus).

## 1 INTRODUÇÃO

Propor uma discussão histórica acerca do tema Educação em Saúde pressupõe considerar as diferentes concepções, arcabouços ideológicos e práticas que determinaram as significações da saúde, em si, ao longo da história.

Considerando os temas cultura e subjetividade e, ainda, a relação entre ambos, poderíamos discutir os vários sentidos da saúde, fazendo diferentes leituras dos fatores que influenciam sua significação. Os muitos sentidos possíveis da saúde se devem à diversidade cultural (o que nos remete a uma leitura transcultural e/ou intracultural), às subjetividades no interior de cada cultura e à interação entre estes dois aspectos<sup>1</sup>.

Além das dimensões cultural e subjetiva, consideramos que a saúde tem uma dimensão sócio-material que influencia sua conceituação, podendo ser “historicizada”, isto é, compreendida de acordo com o contexto histórico no qual está considerada. Assim, a saúde pode assumir importância como “bem a ser conquistado”<sup>2</sup>, como “atestado de normalidade”<sup>2</sup> ou “direito universal”<sup>2</sup>, dependendo das formas como são estabelecidas as relações sociais em determinados lugar e tempo.

Nesta perspectiva, estratégias para o alcance da saúde também têm assumido diferentes formas, tal como ocorre nas práticas de Educação em Saúde que, enquanto prática social carregada de significações, objetivos e ideologias subjacentes, desempenha papel significativo neste sentido.

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) trouxe em seu bojo uma ambiciosa proposta: reorientar o modelo de atenção à saúde, pautando-se em princípios complexos, como a integralidade, a equidade, a universalidade e a participação social. Neste contexto, a Educação em Saúde tradicional passa a ser questionada e busca-se sua resignificação nos cenários de práticas em saúde. O município de Sobral-CE, cenário de diversas experiências inovadoras no campo da atenção primária a partir da implantação da ESF, começa a pautar uma nova forma de relação entre a comunidade e os profissionais e serviços de saúde, com indicativos de superação do modelo tradicional de Educação em Saúde<sup>3</sup>.

A necessidade de compreender a forma como as práticas de saúde são moldadas e remoldadas em diferentes contextos nos levou a levantar a seguinte indagação: quais discursos, ideologia e tensionamentos vem motivando e determinando as práticas educativas em saúde ao longo da história?

## *A implantação da Estratégia Saúde da Família trouxe em seu bojo uma ambiciosa proposta: reorientar o modelo de atenção à saúde, pautando-se em princípios complexos, como a integralidade, a equidade, a universalidade e a participação social*

Para responder a esta questão, realizamos o presente estudo, que objetiva analisar as diferentes significações, objetivos e práticas que nortearam as ações educativas ao longo da história, segundo a literatura científica, incluindo as produções locais acerca do tema. A opção por incluir estes estudos de base local é justificada pela intencionalidade de identificar a produção científica de uma Universidade situada no contexto de existência de um movimento contra-hegemônico nos modos de fazer Educação em Saúde.

## 2 METODOLOGIA

O presente estudo foi do tipo qualitativo, bibliográfico-documental, descritivo e analítico. Para a obtenção dos dados, recorremos a bancos de dados eletrônicos do Scielo e Bireme, utilizando as palavras-chave: “Educação em Saúde” e “História da Educação em Saúde”. Utilizamos também como fonte de dados bibliográficos o acervo monográfico da Biblioteca setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual Vale do Acaraú, selecionando as monografias do Curso de Enfermagem dessa Instituição referente ao tema Educação em Saúde. A opção por esta fonte está respaldada pelas contribuições de Sobral como um município que avançou de forma significativa na implantação da ESF. Por conseguinte, o sistema de saúde de Sobral, tornou-se um cenário favorável à produção científica acerca de diversos temas da saúde, sendo a Educação em Saúde uma temática em destaque pelo número de estudos desenvolvidos, tendo foco a ESF.

Foram consultados, ainda, panfletos e relatórios das Conferências Municipais de Saúde do município de Sobral, contendo, inclusive, a distribuição das áreas em que ocorreram as pré-conferências locais de saúde.

O período de coleta de dados ocorreu entre outubro de 2006 e julho de 2007. Utilizamos como referencial teórico-metodológico a hermenêutica-dialética<sup>4</sup>.

### 3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A seguir apresentamos os principais núcleos de sentido, extraídos a partir dos dados coletados.

#### ***O modelo educativo tradicional: higienização, contenção e normalidade***

Desde a Antiguidade o conceito de saúde está associado ao conceito de normalidade, a padrões socialmente aceitos, estimados e desejados, implicando, portanto, na normatização e no estabelecimento de um ideal a ser atingido<sup>5</sup>.

Em função disto, alguns autores acreditam que as práticas de saúde pública, mesmo as anteriores ao século XIX, como a quarentena e o isolamento, sempre foram normativas e visavam assegurar o ideal de saúde. Assim, os profissionais de saúde recomendavam “moderação no comer, beber, relacionar-se sexualmente, banhar-se e suar”<sup>5</sup>.

Foucault<sup>6</sup> acreditava, no entanto, que apenas a partir do século XIX a medicina passou a ser normativa. Segundo esse autor, a partir deste período de “modernidade”, deu-se a invenção política da saúde como a maior riqueza das nações, concebida como fonte das demais riquezas. Isto porque, para sustentar o ideal de desenvolvimento do capitalismo, o rendimento e a saúde individual passaram a ser indispensáveis ao bom funcionamento da nova engrenagem social, que dependia da mão de obra da massa trabalhadora. Assim, a industrialização e a complexificação do trabalho tornaram necessário o estabelecimento de novas normas e padrões de comportamento<sup>5</sup>.

Neste contexto, a promoção da saúde da massa populacional, pela via da normalização dos corpos, seria uma importante estratégia política, executada pela medicina por meio de um discurso essencialmente valorativo<sup>5</sup>.

Em decorrência da industrialização, as cidades européias cresceram de forma desordenada, o que favoreceu a precarização das condições de trabalho, moradia e nutrição das classes populares. Tal cenário era considerado ameaçador à ordem social aspirada pelas classes dominantes, por um lado, pela possibilidade de rebelião dos populares, cuja aglomeração nos bairros

poderia precipitar a organização política; por outro, pelo risco de epidemias associadas às condições de vida, atingindo, em seguida, as classes dominantes<sup>7</sup>.

Todos estes fatores criaram um cenário propício para o desenvolvimento de estratégias de Educação em Saúde impregnadas por um discurso sanitário higienista subjacente, traduzido em intervenções normalizadoras, que tradicionalmente têm marcado o campo de práticas da educação em saúde<sup>7</sup>. E que ao considerarmos, desde o século XIX, “a medicalização da vida social vinculava-se a um controle do Estado sobre os indivíduos, no sentido de manter e ampliar a hegemonia da classe dominante”<sup>8</sup>.

No Brasil, a tendência européia foi seguida e as primeiras práticas educativas em saúde sistemáticas foram desenvolvidas no início do século XX<sup>8</sup>, com o objetivo de conter epidemias nos grandes centros urbanos, que comprometiam a agroexportação brasileira, compatível com os objetivos desenvolvimentistas da época<sup>9</sup>. Em nome do ideal de desenvolvimento, eram justificadas as “ações de disciplinamento das classes populares e a difusão de regras de higiene e de condutas morais: o exercício do controle social e sanitário”<sup>10</sup>.

As práticas educativas, nesta perspectiva, concentravam-se nas cidades e desenvolviam-se em torno da moralidade e da disciplinarização higiênica<sup>7</sup> através do fortalecimento da figura do profissional de saúde e do seu saber técnico, detentor exclusivo do poder de cura e controle sobre a doença<sup>10</sup>.

As descobertas bacteriológicas reforçaram tal cenário, reduzindo a doença a uma relação de causa e efeito, de ordem estritamente biológica, desconsiderando as relações e questões sociais que a determinavam, bem como o processo histórico de sua origem e manutenção<sup>11</sup>.

Este quadro justificava a importância do fortalecimento institucional das práticas sanitárias observada, por exemplo, na criação, em 1920, da cátedra de higiene na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro<sup>12</sup>. Também na mesma década, houve o deslocamento da

*Alguns autores acreditam que as práticas de saúde pública, mesmo as anteriores ao século XIX, como a quarentena e o isolamento, sempre foram normativas e visavam assegurar o ideal de saúde*

ação da polícia médica para a educação sanitária, de forma semelhante ao modelo norte-americano<sup>13</sup>.

A partir de então, a educação passou a ser voltada para a escola formal, em que prevalecia “a visão positivista subjacente de que a educação poderia corrigir, através da higiene, a ignorância familiar que comprometia a saúde da criança, e de que a saúde individual era a base da estabilidade e segurança da nação”<sup>8</sup>.

Entre as décadas de 1950 e 1960, houve um período em que havia “a articulação entre a saúde e a educação, integradas nas propostas das políticas oficiais”<sup>14</sup>, que levaram a modificações institucionais significativas, como a “valorização da higiene mental, a implantação das escolas maternas, creches e parques infantis, dentre outros”<sup>8</sup>. Todo este movimento se pautava por uma ideologia modernizadora, encaminhando a hegemonia da burguesia industrial no domínio estrutural da sociedade<sup>15</sup>. Nesse contexto, a pedagogia da saúde ganhava um “cunho modernizador, que tinha por meta remover os obstáculos (culturais e psicossociais) às inovações tecnológicas de controle às doenças”<sup>16</sup>.

A “Educação em Saúde é um processo essencialmente ativo que envolve uma mudança no modo de pensar, sentir e agir dos indivíduos, visando à obtenção da saúde, tal como definida pela OMS, ou seja, representando um bem-estar físico, mental e social”<sup>17</sup>.

A partir de então, inicia-se um período em que as práticas educativas, da forma como estavam estruturadas, são submetidas a questionamentos e reflexões, sob influência das transformações que ocorriam no campo da Pedagogia. Neste contexto, novos conceitos e práticas passam a ser defendidos no âmbito da Educação em Saúde, principalmente entre estudiosos oriundos da universidade.

No entanto, as Diretrizes da Educação para a Saúde da década de 80 do século passado, ainda definiam Educação em Saúde como “uma atividade planejada que objetiva criar condições para produzir as mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde”. Subentende-se aqui que a Educação em Saúde, tal como definida pelas diretrizes, tem como intenção nítida reforçar padrões de saúde concebidos pelo governo para a população.

Entretanto, embora, neste período, tenha havido uma reorientação do discurso oficial da Educação em Saúde, as práticas educativas concretas continuavam pautadas em “métodos e estratégias dos modelos teóricos da psicologia comportamental, acarretando, em decorrência, um profundo hiato entre a teoria e a prática”<sup>18</sup>.

## *A Educação em Saúde é um processo essencialmente ativo que envolve uma mudança no modo de pensar, sentir e agir dos indivíduos*

Estudos desenvolvidos, a partir de 2000, pela Universidade Estadual Vale do Acaraú acerca da Educação em Saúde mostraram que, no que se refere ao cenário do município de Sobral, não há grandes divergências entre as práticas concretas de Educação em Saúde quanto àquelas hegemônicas no contexto nacional.

O banco de dados da Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde da referida Universidade possui quatro produções acerca da temática: Sousa e Silva<sup>19</sup>, Braz e Chagas<sup>20</sup>, Radnai e Chagas<sup>21</sup>, Silva e Dias<sup>3</sup>. Assim, observamos que a reflexão científica na área é bastante recente no município.

O estudo feito em 2001, desenvolvido na atenção básica do município de Sobral, constatou que os profissionais realizavam Educação em Saúde principalmente de forma individualizada, nas consultas, no formato de orientações acerca dos comportamentos e estilos de vida considerados saudáveis pelos profissionais, e que deveriam ser adotados pela população<sup>19</sup>.

No que se refere ao impacto das ações na comunidade, as autoras apontam que os profissionais acreditam que “a mudança de hábitos está longe de acontecer”. A esse respeito, as autoras acreditam que “os enfermeiros devem compreender que isso [a mudança de comportamentos] envolve mudanças de hábitos, crenças e valores arraigados durante toda uma vida, exigindo, desta forma, que o enfermeiro trabalhe de forma mais dinâmica, criativa e interativa (...)”<sup>19</sup>.

Dessa forma, no início da década de 2000, as ações educativas, em Sobral, estavam direcionadas para mudanças individuais de comportamentos, e a postura analítica das autoras indica que a Universidade local partilhava este pensamento. Daí, inferimos que mesmo o discurso oficial e o pensamento acadêmico não haviam sofrido influência das discussões que ocorriam no âmbito nacional acerca da necessidade de reorientar as concepções e práticas de Educação em Saúde.

Cinco anos depois, Radnai e Chagas<sup>21</sup> se propuseram a avaliar a qualidade das ações educativas desenvolvidas

## *Há enorme lacuna de informações dos usuários acerca de seu processo patológico e das alternativas terapêuticas a que são submetidos*

por enfermeiros da atenção básica de Sobral, à luz do referencial de Donabedian. Os pontos principais de avaliação foram: as ações ou atividades realizadas, as metodologias e recursos adotados, as dificuldades encontradas e a investigação, junto aos usuários, da apreensão do conteúdo das ações educativas. As autoras concluem que, embora os enfermeiros busquem desenvolver ações educativas, “predomina um modelo assistencial que privilegia as ações curativas e centra-se no atendimento individual, segundo uma visão estritamente biológica do processo saúde-doença”. Apontam ainda que as ações educativas são organizadas em aulas ou palestras não participativas, que visam à modificação de comportamentos e condutas individuais, consideradas inadequadas pelos profissionais.

Dessa forma, observamos que, neste período, as ações educativas continuavam pautadas no modelo educativo tradicional de Educação em Saúde, embora a Universidade já conseguisse pontuar estes elementos de forma reflexiva, o que indica que o discurso da Educação em Saúde começava a ser redefinido. Entretanto, tal perspectiva crítica era ainda incipiente o que pode ser evidenciado no fato de que a avaliação do impacto do trabalho educativo na comunidade foi realizada com base no conhecimento técnico apreendido pelos usuários. A esse respeito, Radnai e Chagas<sup>21</sup> sistematizam os achados da seguinte forma: “há enorme lacuna de informações dos usuários acerca de seu processo patológico e das alternativas terapêuticas a que são submetidos”. Assim, embora já apontassem como aspectos negativos a educação não participativa e a perspectiva comportamental, a própria análise do estudo foi permeada por uma concepção bancária de educação, além de ter permanecido centrada na doença, já que a atividade educativa era considerada “de qualidade” quando os usuários “passavam a saber mais” sobre determinada doença ou processo terapêutico.

Buscando contrapor tais perspectivas educativas em saúde, adotadas, de modo geral, no Brasil, inclusive em Sobral, alguns autores têm discutido, na atualidade, uma

nova tendência na área, denominada modelo dialógico de Educação em Saúde<sup>7,22</sup>. Para estes autores, o modelo dialógico constitui-se em uma possibilidade de superação do modelo educativo tradicional, como discutiremos (e questionaremos) a seguir, após contextualizar o processo de construção desta nova perspectiva.

### ***Educação em Saúde e o modelo dialógico: ruptura ideológica ou metodológica?***

A partir de 1960, foi incorporada uma idéia de participação da população nos processos educativos, embora, neste período, tal participação significasse a cooperação das populações com agentes e serviços de saúde que atuavam em zonas rurais e periferias urbanas<sup>8</sup>. Apesar dessa preocupação com zonas específicas do meio rural e urbano, prevalecia “a centralização administrativa da política nacional de saúde”<sup>16</sup>. Ainda, é lícito enfatizar que essa orientação permaneceu até recentemente<sup>8</sup>.

O surgimento da Medicina Comunitária nesse período associa-se a “um apelo à participação da comunidade para a solução dos problemas de saúde nela vivenciados”. No entanto, a autora considera que a idéia de culpabilização permanecia, não mais centrada nos sujeitos individualizados, mas na coletividade: a população passava, portanto, a ser a responsável por seus problemas de saúde e, conseqüentemente, pela solução deles, o que suscitava a necessidade de que as pessoas fossem conscientizadas disso. Entretanto, “os determinantes sociais desses problemas não eram levados em consideração”<sup>7</sup>.

Ao mesmo tempo em que o regime militar foi restritivo em relação às atividades educativas em saúde nos espaços institucionais, despertou a insatisfação na população o que incitou, “ao longo da década de 1970, a organização de movimentos sociais que reuniram intelectuais e populares”<sup>7</sup>. Nesse momento histórico em que o autoritarismo e a normatização eram recebidos com hostilidade pela população, também as práticas educativas foram alvo de críticas, já que eram marcadas por essas características. Os movimentos, comprometidos com as necessidades e possibilidades das classes populares, encaminharam uma nova articulação entre a educação e a saúde, em que, além da causalidade biológica, as condições de vida e trabalho passam a ser consideradas como fatores predisponentes essenciais<sup>8</sup>.

Dentre os esses movimentos, destaca-se o movimento da Educação Popular em Saúde<sup>23</sup>, que “foi precipitado pela insatisfação de alguns profissionais de saúde com os serviços oficiais”<sup>7</sup> e os levou a aproximar-se dos

contextos das periferias dos grandes centros urbanos e regiões rurais, onde residiam as classes populares, provocando uma “reorientação de suas práticas com a finalidade de enfrentar de forma mais global os problemas de saúde identificados”<sup>7</sup>. A proposta de utilização de novas metodologias em educação popular, bem como o contexto político, fizeram com que fossem retomadas as discussões acerca da proposta pedagógica de Paulo Freire<sup>7</sup>.

A pedagogia de Paulo Freire só foi assimilada às ações de saúde após sucessivas reformas políticas e que, ainda assim, não foram incorporadas ao contexto geral do país<sup>8</sup>, fato observado, inclusive, no município de Sobral.

No plano teórico, a partir do trabalho de Paulo Freire, a concepção dialética da educação passou a fundamentar o campo da pedagogia, o que influenciou o setor saúde e contribuiu para a disseminação teórica do denominado “modelo dialógico de educação em saúde”.

O modelo dialógico emergente justifica a utilização do termo por ser o diálogo o principal instrumento das práticas educativas nesta perspectiva, já que nela se reconhece o usuário como sujeito que possui um saber legítimo, embora diferente do saber técnico-científico<sup>7</sup> e um modelo dialógico e participativo onde profissionais e usuários têm papéis diferentes, mas atuam como iguais<sup>22</sup>.

Outras características do modelo dialógico incluem: a proposição de práticas educativas sensíveis às necessidades dos usuários<sup>7</sup>, incluindo crenças, hábitos, papéis, condições objetivas em que vivem e o envolvimento dos indivíduos nas ações de forma não impositiva<sup>22</sup>; compreensão da situação de saúde e consequente desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde<sup>7</sup>; capacitação dos indivíduos para que possam decidir sobre as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde<sup>24</sup>.

A partir da análise do discurso que sustenta o modelo dialógico, as mudanças metodológicas que caracterizam as práticas nesta perspectiva são facilmente identificáveis, já que a imposição, a determinação de condutas e a inquestionabilidade do saber técnico-científico, intrínsecos às práticas educativas tradicionais são completamente negadas no modelo dialógico. Assim, metodologicamente, a Educação em Saúde é redesenhada, passando a ser permeada pelo diálogo, pactuação e horizontalização entre usuários e profissionais.

Estudo recente desenvolvido em Sobral mostra que práticas educativas na perspectiva dialógica podem ser observadas no município, ainda que não sejam

tão expressivas<sup>3</sup>. Ainda, aponta o fato de que alguns profissionais, ao prescreverem medicamentos e realizarem orientações, partem das necessidades e da realidade dos usuários, evitando a prescrição absolutamente vertical de condutas, regras e tratamentos.

Desta forma, o estudo mostra a ruptura metodológica a qual nos referimos anteriormente; entretanto, as ações educativas dialógicas, predominantemente, continuam objetivando mudanças individuais de comportamento, mesmo que estas sejam buscadas por meio de uma nova postura metodológica.

Assim, a Educação em Saúde continua associada à prescrição de comportamentos e ações; a dialogicidade do processo confere uma nova configuração no relacionamento entre usuários e profissionais, porém, em uma perspectiva não diferentemente do modelo tradicional, individual. Em termos operacionais, a Educação em Saúde continua no plano dos microdeterminantes de saúde, sendo restritiva e higienista, atrelada a discussões “micro”.

Evidente que não devemos negar as transformações metodológico-conceituais acerca da Educação em Saúde, no entanto essa transformação possui mais uma “conotação” metodológica que mesmo ideológica. Afirmamos, portanto, que não há uma ruptura com os princípios ideológicos que sustentavam as práticas educativas dominantes, mas uma nova roupagem destas práticas, discussão a qual o estudo de Silva e Dias<sup>3</sup> não faz referência.

Assim, podemos perceber que o papel dos usuários do sistema de saúde, mesmo na perspectiva das práticas educativas dialógicas, não se refere à organização, controle social e discussão dos elementos sócio-estruturais que influenciam o processo saúde-doença.

#### ***A inversão do “objeto” de controle na Educação em Saúde***

Partindo dos pressupostos apresentados anteriormente, é possível afirmar que a Educação em

*A Educação em Saúde é redesenhada, passando a ser permeada pelo diálogo, pactuação e horizontalização entre usuários e profissionais*

Saúde continua sendo elemento de reprodução, de manutenção do poder em determinadas figuras sociais, como os profissionais de saúde e o próprio Estado: é uma continuidade do controle sobre os modos de vida de determinadas populações.

A educação, de modo geral, sempre funcionou como aparelho ideológico do Estado, sustentando a ideologia da divisão de classes, através do controle das classes “baixas” da sociedade<sup>25</sup>. Em contraposição a essa lógica naturalizada, Freire<sup>26</sup> propõe que a educação culmine com a conscientização, isto é, a aproximação crítica da realidade. Assim, as pessoas seriam “educadas” não na perspectiva da adaptação a determinadas circunstâncias de vida, “fugindo” de riscos individuais, mas para participarem de forma crítica, consciente, autônoma e ativa nos processos de transformação dos macrodeterminantes do processo saúde-adoecimento.

Concordando com tais afirmações, defendemos, neste estudo, a importância de refletir sobre a possibilidade de entender a educação (em saúde) não mais como um instrumento de transmissão e determinação de coisas e idéias, mas como práxis efetiva, processo crítico-reflexivo de transformação da realidade.

Assim, propomos “sinonimizar” Educação em Saúde e organização da comunidade, esta última com o intuito de refletir e planejar intervenções coletivas e participativas nos macrodeterminantes de saúde. Ainda que coexistindo com as informações, recomendações e prescrições em saúde, a Educação em Saúde não pode mais ser confundida com tais práticas.

Entender a comunidade como sujeito do processo educativo exige mais do que a escuta passiva do usuário, mas suscita a necessidade de considerar a capacidade de decidir, planejar e agir da comunidade. Assim, a Educação em Saúde deve estar focada na reflexão a respeito das condições sócio-estruturais da população. É a inversão do controle: não mais uma população controlada, mas que controla os determinantes do processo saúde-adoecimento e também decide sobre o planejamento em saúde.

Assim, propomos uma estreita associação entre a Educação em Saúde e o controle social, defendendo que a prática educativa tenha como principal foco a ampliação da participação popular nos processos decisórios em saúde.

Consideramos a importância da criação de instâncias e dispositivos que objetivem ampliar a participação popular na gestão em saúde, como os Conselhos de Saúde e as Conferências Municipais. Entretanto, queremos chamar atenção para o fato de que, ainda assim, tais

estratégias podem ser pontuais ou centralizadoras, dependendo da forma como são conduzidas.

Propomos associar a figura dos conselheiros municipais de saúde, por exemplo, ao intelectual orgânico<sup>25</sup>. O teórico defende a constituição de “intelectuais orgânicos”, pessoas capazes de elaborar, coerente e criticamente, a experiência de sua própria classe social, sem desligar-se dela. Neste sentido, os conselheiros municipais, aproximando-se da gestão do sistema de saúde, passando por capacitações no âmbito da gestão e ampliando suas perspectivas, saberes e habilidades, o que os torna, além de representativos, capazes de sistematizar problemas e propostas que representem os interesses de sua classe social.

Entretanto, mesmo considerando a importância de se “constituir intelectuais orgânicos para o controle social”, o fato de que estes são representativos não exclui a necessidade de que os “não intelectuais orgânicos” participem ativamente das decisões e planejamento. Isto porque, embora a “aquisição de capacidade intelectual” dos conselheiros possa ampliar a organização e a participação popular, é preciso refletir sobre a possibilidade de que estes representantes, uma vez “aproximando-se” do sistema de saúde e dos profissionais (das classes dominantes) que os compõem, se distanciem da classe social que representam.

Ao nos referirmos a esta possibilidade, não colocamos em julgamento o papel exercido pelos Conselhos de Saúde em suas esferas, no controle do sistema de saúde, por meio de fiscalização, acompanhamento dos processos decisórios e na “defesa” da ideologia do Sistema Único de Saúde. Buscamos, ao invés disto, suscitar a discussão sobre a necessidade de ampliar a conotação de controle social, não restringindo à atuação dos Conselhos de Saúde.

Partindo destas idéias, reafirmamos a importância de que a Educação em Saúde seja instrumento de controle social; propomos a inversão do controle: a comunidade, organizada e dotada de representantes, controlando, de forma coletiva, os sistemas locais.

*A Educação em Saúde  
deve estar focada na  
reflexão a respeito  
das condições sócio-  
estruturais da  
população*

## *Devemos priorizar em nossa prática profissional uma Educação em Saúde, sob uma perspectiva dialógica, que tenha como objetivo a discussão horizontal junto à comunidade*

No mesmo sentido, as Conferências Municipais, embora importantes espaços de deliberação devem ser o momento em que se reafirmam propostas e projetos já planejados e discutidos, processualmente; não podem ser consideradas o único momento de participação popular capaz de envolver os “não intelectuais orgânicos”.

No município de Sobral, momentos históricos recentes nos remetem à reflexão acerca da descentralização do planejamento em saúde: em 2005, as conferências locais ocorriam em cada área descentralizada de saúde, na sede urbana e nas regiões distritais<sup>27</sup>, sem exceção. Assim, cada território constituía espaço de deliberação no “período pré-conferência” (municipal), o que facilitava o acesso e o envolvimento das pessoas nas discussões.

Por outro lado, em 2007, observou-se um processo de centralização das “pré-conferências”, já que um território sediava a discussão de vários outros<sup>27</sup>, implicando na necessidade de deslocamento, tanto entre os bairros, na sede urbana, como entre diferentes distritos, na zona rural e periurbana. Evidentemente, a dificuldade de deslocamento ao longo das pré-conferências acabava sendo fator restritivo à participação popular.

Assim, convidamos à reflexão sobre a necessidade de favorecer a ampliação da participação popular nos processos de planejamento de forma não pontual, fortalecendo a representatividade dos Conselhos Locais. Como possibilidade para o alcance deste objetivo, colocamos a realização de ações educativas sistemáticas, na perspectiva da organização popular e do controle social, a princípio, nos espaços da atenção básica, caracterizada pelo contato prolongado e contínuo com os usuários, além da sua potencialidade de conhecer o território e as respectivas necessidades de saúde.

## **4 CONCLUSÕES**

Consideramos que, hegemonicamente, a Educação em Saúde tem sido utilizada com o objetivo de controlar os modos de vida da população e adaptá-la

às estruturas sociais naturalizadas. Apontamos como positiva a reflexão teórica acerca de novas estratégias metodológicas, como o modelo dialógico de Educação em Saúde, mas chamamos a atenção para a necessidade de não cair em armadilhas ideológicas, atentando para o fato de que rupturas puramente metodológicas não correspondem à superação da concepção tradicional de Educação sem Saúde. Propomos, por fim, que a Educação em Saúde seja diferenciada das “informações”, “recomendações” e “prescrições em saúde”, assumindo seu caráter “prático”.

Dessa forma, acreditamos que devemos priorizar em nossa prática profissional uma Educação em Saúde, sob uma perspectiva dialógica, que tenha como objetivo a discussão horizontal junto à comunidade, potencializando o processo de organização político-comunitária para discutir e intervir nos macrodeterminantes do processo saúde-adoecimento. Assim, será possível que a Educação em Saúde atue como instrumento de promoção da saúde, em sua conotação macro-política. Sendo assim, objetiva-se desencadear o (não fácil) processo de inversão do controle, agora centrados sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e protagonizados pelos sujeitos sociais da comunidade.

## **5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1 CONCONE, M.H.V.B. Os sentidos da saúde: uma abordagem despretensiosa. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A. (org). O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- 2 MINAYO, M.C.S. Um desafio sociológico para a educação médica. Revista Brasileira de Educação Médica (ABEM) 15(1):25-32, 1991.
- 3 SILVA, C.P.; DIAS, M.S.A. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Sobral. Sobral: UVA, 2007.
- 4 MINAYO, M.C.S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, MCS; DESLANDES, SF (ORG). Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 380p. (Coleção Criança, Mulher e Saúde)
- 5 COELHO, M.T.A.D.; ALMEIDA FILHO, N. Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A. (org). O clássico e o novo:

tendências, objetos e abordagens em ciências sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

6 FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense, 1977.

7 ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface v.9 n.16 Botucatu set./fev. 2005.

8 MOHR, A.; SCHALL, V.T. Rumos da educação em saúde no Brasil e sua relação com a educação ambiental. Cad. Saúde Pública v.8 n.2 Rio de Janeiro abr./jun. 1992.

9 SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.115-36.

10 COSTA, N. R. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. Cad. Cedes, n.4, p.5-27, 1987.

11 LOUREIRO, S. A questão do social na epidemiologia e controle da esquistossomose mansônica 1. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, 84 (supl.I): 124-133, 1989.

12 PEIXOTO, A. Clima e Saúde. 2. ed. São Paulo: Nacional, 1975.

13 LIMA, G. Z. Saúde escolar e educação. São Paulo: Cortez, 1985.

14 MELO, J. A. C., 1987. Educação sanitária: uma visão crítica. Cadernos do CEDES, 4: 28-64.

15 LUZ, M. T. As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

16 CANESQUI, A. M. Trajetória da educação popular nas instituições estaduais de saúde. In: PAIVA, V. (Org.) Perspectivas e Dilemas da Educação Popular, Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

17 MARCONDES, R. S. – Educação em saúde na escola.. Revista de Saúde Pública. São Paulo, 6:89-96,1972.

18 GAZZINELLI, M.F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Cad. Saúde Pública v.21, n.1, jan./fev. 2005.

19 SOUSA, V.B.; SILVA, L.M.S. A prática de educação em saúde por enfermeiros do Programa Saúde da Família de Sobral. Sobral: UVA, 2001.

20 BRAZ, A.O.; CHAGAS, M.I.O. Práticas educativas dos profissionais de saúde da família: representações sociais de médicos e enfermeiros. Sobral: UVA, 2005.

21 RADNAI, G.P.; CHAGAS, M.I.O. Qualidade das ações educativas em saúde desenvolvidas por enfermeiros do Programa Saúde da Família de Sobral: Avaliação à luz do referencial de Donabedian. Sobral: UVA, 2005.

22 BRICEÑO-LÉON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. Cad. Saúde Pública, v.12, n.1, p.7-30, jan./mar., 1996.

23 VASCONCELOS, E.M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. Cadernos de Saúde Pública, v.14, sup.2, p.39-57, 1998.

24 CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. Ó. R. A educação em saúde na prática do PSF. Manual de enfermagem. Disponível em: < [www.ids-saude.org.br/enfermagem](http://www.ids-saude.org.br/enfermagem) >. Acesso em: 17 fev. 2003.

25 GRAMSCI, A. Os Intelectuais e a Organização da Cultura. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

26 FREIRE, P. Conscientização Teoria e Prática da libertação: Uma introdução ao Pensamento de Paulo Freire. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

27 SOBRAL. Programação da Conferência Municipal de Saúde. Mimeo. 2007.

