



REH- REVISTA EDUCAÇÃO E HUMANIDADES

Volume I, número 1, Jan-Jun, 2020, pág.291-305.

ARQUEOLOGIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: concepção e desenvolvimento de um campo disciplinar

Darlisom Sousa Ferreira

Elizabeth Teixeira

Anete Leda de Oliveira Martins

Gesiane Araújo Frota

Cleise Maria de Goes Martins

RESUMO: Este texto tem como objeto a historiografia das práticas educativas em saúde, suas conexões com o campo educacional brasileiro, e a interface deste com as políticas de saúde no Brasil. Trata-se de um artigo bibliográfico e histórico documental que tem como objetivo descrever e discutir sob o olhar da filosofia e da história da educação brasileira as relações entre estes campos, respondendo questões relativas ao surgimento histórico das práticas em saúde no contexto político, ideológico, social, econômico e as relações micro e macro estruturais destes cenários. Destaca a relevância da competência educativa do enfermeiro, e expressa uma breve reflexão sobre a importância das práticas educativas na saúde do indivíduo, família e comunidade. Nesse sentido, percorre as origens do sanitarismo campanhista, as discussões de saúde e doença, os embates políticos e ideológicos para a construção de um sistema público de saúde, os fundamentos da ação pedagógica na saúde e as contribuições desta na construção e formação de indivíduos para uma sociedade global e saudável.

Palavras – Chave: Educação em Saúde, História, Políticas de Saúde no Brasil, Competência Educativa do Enfermeiro.

ABSTRACT: This text has as its object the historiography of educational health practices, their connections with the Brazilian educational field, and its interface with health policies in Brazil. This is a bibliographic and historical documentary article that aims to describe and discuss the relations between these fields under the perspective of philosophy and the history of Brazilian education, answering questions related to the historical emergence of health practices in the political, ideological context, social, economic and micro and macro structural relations of these scenarios. It highlights the relevance of the nurse's educational competence, and expresses a brief reflection on the importance of educational practices in the health of the individual, family and community. In this sense, it goes through the origins of campaign sanitation, the discussions of health and disease, the political and ideological clashes for the construction of a public health system, the foundations of pedagogical action in health and its contributions in the construction and training of individuals to a healthy global society.

Keywords: Health Education, History, Health Policies in Brazil, Educational Competence of Nurses.



REH- REVISTA EDUCAÇÃO E HUMANIDADES

INTRODUÇÃO

O presente artigo traz uma reflexão, de natureza bibliográfica e histórico documental sobre a constituição do campo da educação em saúde, suas conexões com o campo educacional brasileiro e a interface deste com as políticas de saúde no Brasil.

A educação e a saúde constituem campos de conhecimento e de práticas independentes, ainda que profundamente interligados. Expressam áreas interdisciplinares, que nem sempre se articulam e se integram. No entanto, em nossas práticas profissionais na área de saúde, sistematicamente falamos que estamos desenvolvendo ações de educação em saúde, sem que fique explicitado, no entanto, o referencial teórico que orienta direta e indiretamente nossa forma de pensar, e de fazer educação em saúde.

Em relação à saúde, pode-se dizer que a ação educativa é um elemento constitutivo do processo de trabalho do enfermeiro. Sobretudo no campo da saúde pública, é histórica a presença do enfermeiro educador junto às famílias e comunidades.

Muitas vezes, a educação em saúde ainda é entendida como transmissão de conhecimento acerca de conteúdos predefinidos pelos profissionais da área de saúde, modelo que, por vezes, não atende satisfatoriamente às necessidades de aprendizagem do público, nem jovem, nem idoso. Isso ocorre porque, para educar alguém, é preciso ir ao encontro dos interesses do educando, oferecendo conteúdos e práticas que estejam em consonância com suas atividades. Somente dessa forma é que as ferramentas oferecidas pela ação educativa poderão servir para a realidade dos sujeitos envolvidos na ação.

Para Sabóia (2003) na prática educativa em saúde, esse poder disciplinador também pode ser evidenciado. A ordem para o atendimento, os critérios de inclusão e/ou exclusão do cliente nos grupos, os nomes utilizados que rotulam os clientes com essa ou aquela doença, o fornecimento de medicações específicas apenas para os que frequentam “as palestras”, a distância entre os valores dos profissionais e da clientela, a utilização de material didático e do conteúdo (às vezes inadequado) e até mesmo a linguagem são estratégias do poder disciplinador.

Uma das vertentes, que discute estas lacunas pode ser encontrada em Foucault (1996). Esse autor assinala que tal fato pode ser melhor apreendido, quando se pensa num grupamento discursivo mais elevado, que nos permita focalizar o poder disciplinar, que



REH- REVISTA EDUCAÇÃO E HUMANIDADES

regulamenta e controla os saberes, inclusive da educação.

As práticas educativas em saúde surgem no Brasil no início do século XX, quando o país se encontrava assolado por epidemias e graves problemas sociais, decorrentes da intensa urbanização, sob o impacto do incremento demográfico. Nessa época, a educação em saúde assumiu conotação de determinar normas de conduta moral, de convívio social e de higiene, consideradas capazes de modificar hábitos e de adaptar os indivíduos às condições de vida (CARDOSO DE MELO, 1984 apud SABÓIA, 2003).

Ao me debruçar sobre o estudo da educação no campo da saúde, constato o quanto é importante compreender que a saúde e a doença, tal qual a educação, são fenômenos do viver que decorrem das situações da vida e das relações que os grupos sociais mantêm, com seu meio e com outros grupos sociais. Penso que para o avanço deste olhar torna-se indispensável traçar o contexto histórico em que estes campos se articulam, dialogam e se entrecruzam, a fim de identificar a realidade atual construída ao longo do tempo e a relação homem meio sob o enfoque da filosofia e da historiografia.

Nesse sentido, tento captar no movimento da história os processos que consolidaram o campo da educação em saúde, as disputas entre os modelos de saúde, estatal e popular, além de apresentar a proposição de um olhar de enfermeiro e educador em saúde.

Julgo necessário destacar, que meu olhar, não se faz oportuno, pelo simples argumento de atender ao modismo de um campo emergente, mais sim, do compromisso de acreditar no paradigma de que é mais fácil ter saúde que adoecer compreender as lacunas do processo de ensinar, aprender e apreender em saúde e cuidado com e entre o outro, particularmente, nos territórios amazônicos.

Para um estudo desta natureza é necessário examinar determinadas conjunturas nos seus aspectos econômicos, políticos e culturais. Assim, é possível identificar fatos produzidos pelos discursos de autoridades, leis, documentos, intervenções, notícias e manifestações de entidades ou grupos, para então investigar a correlação de determinantes e conseqüências, bem como proceder a diferentes análises.

Para Ginzburg (1989) o método indiciário acompanha os homens desde os tempos mais antigos da história, desde que o homem aprendeu a reconstruir as formas e movimentos das presas invisíveis pelas pegadas na lama, ramos quebrados, bolotas de esterco, tufos de pêlo [...]. Aprendeu a farejar, registrar, interpretar e classificar pistas infinitesimais. O autor assinala que a escrita foi inventada a partir da necessidade de transmissão de saberes e ganhou



REH- REVISTA EDUCAÇÃO E HUMANIDADES

dimensões materiais, existindo uma ponte entre o pensamento antigo e o moderno.

Portanto, com base nesse referencial oriundo da disciplina História e Filosofia da Educação Brasileira, busco levantar os principais fatos político-institucionais produzidos ao longo da história, os embates ideológicos e a posição dos atores frente às transformações sociais, passando a destacar a concepção e crescimento da história do campo da educação em saúde.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: DA CONCEPÇÃO – O Tempo de Controle

Ao analisarmos historicamente a Educação em Saúde (ES) no Brasil, notamos que, durante muito tempo, do século XIX até meados do século XX, esse processo foi denominado educação sanitária, cujo foco central esteve situado na relação do homem com o meio ambiente. Os conteúdos que estavam presentes nessa concepção eram ligados às regras e as normas de prevenção de doenças através da orientação de um *viver higiênico*¹ (ACIOLI; DAVID, 2008).

O campo da ES foi fortemente influenciado pelo *higienismo*². Esse tipo de abordagem educativa que enfatizava a responsabilidade individual, no que se refere à mudança de hábitos ou de estilos de vida, parece ainda bastante presente nas práticas desenvolvidas nos serviços de saúde. De certo modo, essa visão ainda influencia a forma como a enfermagem atua educativamente.

No Brasil, no início do século, o *higienismo* expressava também uma forma de controle do estado em relação à população, em especial aos grupos sociais mais penalizados. A chamada “educação sanitária” cumpria o papel de controlar a vida cotidiana das famílias pobres. Chalhoub (1996) ressalta a correlação feita em fins do século XIX entre pobreza e ocorrência de doenças e epidemias. A administração pública brasileira associava as ações de saneamento nas cidades com a incorporação de um modelo europeu de civilização.

¹ O termo viver higiênico usado por Peregrino (2000) e que marcou esse momento refere-se aos conteúdos das ações de educação em saúde que abordavam: a higiene pessoal, a limpeza domiciliar, o manejo para consumo de águas e dos alimentos, a destinação do lixo e dos dejetos.

² O higienismo ou o caráter higienista das ações educativas é um princípio doutrinário muito presente nas ações de saúde e remota ao século XIX, inspirado pela revolução bacteriana. Parte da idéia que ficou muito difundida após as descobertas de Pasteur, de que a higiene – ou seja, a eliminação de microrganismos e bactérias – é à base da ação educativa, e a educação em saúde deve, prioritariamente, buscar fazer com que as pessoas “sujeitas” passem a ser “limpas”. As práticas educativas inspiradas no higienismo pressupõem a necessidade de ensinar às famílias pobres hábitos de higiene e cuidados para ter saúde.



REH- REVISTA EDUCAÇÃO E HUMANIDADES

Traçar um histórico da ES significa pensar a saúde pública e os sistemas públicos de saúde, além de vasculhar o passado na tentativa de remontar a evolução das *Políticas Públicas de Saúde*³ no Brasil.

Durante o período colonial no Brasil (1500-1808), as políticas públicas voltadas à questão da saúde eram inexistentes. Esse quadro pode ser explicado pela própria condição do país na época, que inicialmente era apenas uma colônia de exploração (sem a fixação de população ou de aparelhos do Estado), e portanto, não havia motivos para uma intervenção da metrópole, já que os nativos não eram cidadãos do reino e os trabalhadores em geral, não eram considerados humanos.

Com a fuga da família real para o Brasil, o país passou à condição de Reino Unido de Portugal, em 1808, o que provocou inicialmente o estabelecimento de normas sanitárias para os portos, na tentativa de impedir a entrada de doenças contagiosas e garantir a integridade da saúde da realeza aqui instalada. No mesmo ano “foram fundadas as duas primeiras escolas médicas do Brasil. Somente com a independência se estabeleceu uma débil política pública de saúde, uma lei que reiterava o controle dos portos e atribuía às províncias as decisões sobre a questão” (FIGUEIREDO; VIANA; TONINI; AMORIM; MACHADO, 2007, p.15).

Foi na república (1889) que se iniciaram as práticas, propriamente ditas, voltadas à constituição de políticas públicas para a saúde. Em 1900, foi criado o Instituto Soroterápico de Manguinhos, na cidade do Rio de Janeiro, e em 1903 o então presidente Rodrigues Alves criou o Departamento Federal de Saúde Pública, nomeando Oswaldo Cruz como diretor. Tais departamentos tinham a difícil missão de erradicar a febre amarela, que já havia tomado proporções de epidemia por todo o país. Em 1904, foi decretada uma lei tornando obrigatória a vacinação contra varíola, fato que desencadeou a chamada *Revolta da Vacina*⁴.

Nessa conjuntura em que a predominância de doenças transmissíveis e epidemias eram latentes o Estado vê ameaçado o modelo econômico agrário exportador e responde

³ A expressão Política de Saúde abrange tanto as questões relativas ao poder em saúde (natureza, estrutura, relações, distribuição e lutas) como as que dizem respeito ao estabelecimento de diretrizes, planos, e programas de saúde. Assim Política de Saúde no discurso oficial pode significar diretrizes e planos de ação, porém, enquanto disciplina acadêmica do campo da Saúde Coletiva, abrange tanto o estudo das relações e do exercício do poder como, também, a formulação e a condução de políticas de saúde.

⁴ O então presidente da República Rodrigues Alves (1902-1906) deu plenos poderes ao prefeito Pereira Passos e ao médico Dr. Oswaldo Cruz para executarem um grande projeto sanitário. Para erradicar a varíola, o sanitarista convenceu o Congresso a aprovar a “*Lei da Vacina Obrigatória*” (31 de Outubro de 1904), que permitia que brigadas sanitárias, acompanhadas por policiais, entrassem nas casas para aplicar a vacina à força. Isso foi o estopim da revolta. Em 05 de novembro foi criada a *Liga contra a Vacina Obrigatória*. E em 13 de novembro de 1904 a cidade virou um campo de guerra, o centro do Rio de Janeiro (sede do Governo Federal), transformava-se em campo de batalha: era a rejeição popular à vacina contra varíola que ficou conhecida como a “*Revolta da Vacina*”. A reação popular levou o governo a suspender a obrigatoriedade da vacina e a declarar Estado de Sítio em 16 de novembro. A rebelião foi contida, deixando 50 mortos e 110 feridos. Centenas de pessoas foram presas e, muitas delas deportadas para o Acre. Cinco anos depois, em 1909, o Rio de Janeiro não registrava mais nenhum caso da doença. (Gazeta de Notícias, 14 de novembro de 1904).



REH- REVISTA EDUCAÇÃO E HUMANIDADES

organizando serviços de saúde pública e realizando campanhas sanitárias. Nesse momento as ações de saúde coletiva eram intervencionistas e disciplinadoras dos comportamentos e hábitos. As práticas educativas seguiam as mesmas diretrizes do sanitarismo, livrando as cidades das epidemias e evitando prejuízos ao sistema de produção. Neste contexto, e com esta finalidade, as ações educativas se mostraram eficazes.

Ora, o que constatamos é que não era o conjunto de problemas de saúde e carências da população que passaram a ser objeto da atenção do Estado, mas aqueles que diziam respeito e afetavam os interesses específicos da economia de exportação. Quadros epidêmicos, eventualmente transformavam-se em demandas políticas que pressionavam a ação estatal no âmbito da saúde, o que ainda, em tempos de modernidade, penso ser recorrente.

Para Reis (2006): “A análise desse período histórico se faz importante porque é do modelo sanitarista, cuja ênfase está na transmissão de normas e regras comportamentais, que emerge a base que ainda sustenta a maioria das práticas educativas nos tempos atuais. De central importância neste modelo é a idéia de que o conhecimento científico é o único a dar respostas efetivas à saúde do indivíduo e da coletividade” (p.20).

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: DA JUVENTUDE - O Tempo de Transgressão

As condições de vida e trabalho insatisfatórias propiciaram o aparecimento de movimentos sociais urbanos nas décadas de 20 e 30. O Estado passa a ser enfrentado, principalmente sob os ângulos da previdência e da saúde pública. Conquistas como a *Lei Elói Chaves*, organizando as CAP (Caixas de Aposentadorias e Pensões), e a *Reforma Carlos Chagas*, implantando o novo regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública com três diretorias (Serviços Sanitários Terrestres, Defesa Sanitária Marítima e Fluvial, Saneamento e Profilaxia Rural) e ampliando as suas atribuições. Nos 60 anos seguintes, a saúde pública ficou vinculada à Previdência Social (PAIM, 2003).

Nossa inserção no campo da educação, e o contato com autores como Carvalho (1998), possibilitou a identificação de algumas constatações entre as décadas de 20 e 30. Embora em diferentes cenários, a história da formação do campo educacional brasileiro e a história da educação em saúde, têm relações afins. Ora, tal qual a saúde, a educação, em 1924, também difundiu um discurso cívico de moral e higiene no projeto da *Associação Brasileira de*



REH- REVISTA EDUCAÇÃO E HUMANIDADES

*Educação*⁵ (ABE). É interessante perceber o quanto a “Fôrma”, enquanto molde de indivíduos, era um mecanismo com intuito de preservar e veicular publicamente a ordem de discursos dominantes tanto no Sanitarismo Campanhista da Saúde, quanto na constituição do Campo Educacional Brasileiro.

Carvalho (1998) assinala a semelhança de discursos quando do nascimento destes campos. A saúde e a educação como mecanismos de correção e de solução de grandes problemas de existência nacional é bastante remoto e demarcado pela história. O discurso cívico da ABE “produz *“civismos”*: *“civismos”* de *“elites”* idealistas e devotadas às causas nacionais; *“civismo”* do *“povo”* laborioso e ordeiro, dedicado à produção de riquezas civismos de que se espera a abertura ao país dos caminhos que conduzam ao que é entrevisto como progresso” (p.140).

A autora também evidencia o quanto é forte a expectativa de disciplinarização abrangente do cotidiano. O operariado que já se organizara pela conquista de direitos previdenciários e de saúde, constituía-se com animalidade e seu modo de vida como sujeira, doença e vício. Tratava-se de um discurso que operava uma leitura em que toda a sociedade é contaminada pela sujeira, pela doença e pelo vício.

Existem múltiplos aspectos a serem comparados entre estes campos. A meu ver, e em sentido metafórico, a aprendizagem tal qual o adoecimento, possuíram, e ainda possuem componentes conjunturais e estruturais intrinsecamente ligados. A educação e a saúde, ainda, em tempos de modernidade, foram e ainda são mercantilizadas e veiculadas como mercadorias, que custam caro e que nem todos podem pagar.

O início da década de trinta trouxe profundas modificações sociais, políticas e econômicas para a sociedade brasileira. Aconteceu a interrupção da oligarquia agro-exportadora; porém, sem que esse segmento deixasse de influenciar a condução do Estado. Cabe registrar, por outro lado, que a classe média emergente passou a apresentar sinais de insatisfação, reivindicando maior participação na condução dos destinos do país. O movimento tenentista, assim como a reação do eixo Minas/São Paulo, expresso no movimento constitucionalista, são exemplos dessa tendência, na história política brasileira. Tais confrontos acabaram por contribuir para o surgimento da ditadura civil/militar, com o fechamento do congresso e suspensão das liberdades individuais (FERREIRA, 1991 apud SABÓIA, 2003).

⁵ Em outubro de 1924, um grupo de treze intelectuais cariocas fundou, em uma sala da Escola Politécnica do Rio de Janeiro, a Associação Brasileira de Educação (ABE), cuja finalidade era discutir a viabilidade de uma Federação de Associações de Ensino (CARVALHO, 1998, p.53).



REH- REVISTA EDUCAÇÃO E HUMANIDADES

Nos anos de 40 e 50, com o final da Segunda Guerra Mundial, a educação em saúde ressurgiu com novo discurso. Devido ao interesse econômico “decorrente do incremento da borracha na Amazônia, passou-se a incentivar a prática da educação em saúde, como forma de diminuir os riscos das doenças e atrair trabalhadores para esta área” (Relatório do I Encontro sobre Educação em Saúde do Rio de Janeiro, 1990, p.21).

Este mesmo documento, também nos revela que ao final da década de 60, sob o argumento de “ameaça do comunismo e da necessidade de reduzir as tensões sociais, o governo brasileiro passou a investir na prática da educação, definida como maneira funcional e pouco onerosa de intervir nos problemas de saúde e na miséria da população” (p.21).

A esse respeito, pode-se afirmar que ocorre no final do século XX uma das mudanças mais essenciais no discurso da ação educativa, em que se detecta um deslocamento do paradigma das “mudanças comportamentais por meio da informação” para o paradigma das “ações educativas participativas”. Em relação a esse último paradigma, o que parece caracterizá-lo, em termos teóricos, é a possibilidade que se abre para a construção de práticas educativas pautadas numa concepção que visava interação entre os saberes científicos, do senso comum e popular, objetivando, assim, a melhoria das condições de saúde das populações (REIS, 2006, p.21).

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: DA MATURIDADE – O Tempo da Mudança

Em 12 de setembro de 1978, realizou-se em Alma-Ata, cidade localizada na antiga URSS, a *Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde*⁶. Das conclusões deste importante evento resultou a proposta de que, urgentemente, todos os governos, trabalhadores de saúde, enfim, a comunidade mundial desenvolvesse iniciativas para proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo. Desse encontro, derivaram-se igualmente recomendações para que os governos assumissem a responsabilidade com os seus povos, no sentido de atingir a meta da “*Saúde para Todos no Ano 2000*”.

⁶ A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde.



REH- REVISTA EDUCAÇÃO E HUMANIDADES

A *Declaração de Alma-Ata*, produto final do histórico seminário que a Organização Mundial de Saúde e Unicef promoveram em conjunto aponta para a *Atenção Primária em Saúde*⁷, como estratégia de mudança do modelo de assistência à saúde vigente.

Cabe esclarecer, todavia, que apesar de não ter sido representado na Conferência Internacional em Alma-Ata, o Brasil, sofreu influência das propostas e recomendações deste evento. As idéias foram incorporadas por intelectuais da oposição e médicos sanitaristas progressistas que, apoiados por alguns profissionais da área e pela população em geral, iniciaram um processo de mudanças significativas no plano institucional. Esse movimento recebeu a designação de *Reforma Sanitária*⁸.

Nessa época, o Brasil ainda se encontrava sob o regime da ditadura e, contraditoriamente às recomendações da Conferência, criou o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), cujo enfoque privilegiava a assistência curativa-individual (SABÓIA, 2003).

Cumpre-me destacar um dos grandes expoentes deste movimento transformador, Sérgio Arouca, considerado "o eterno guru da Reforma Sanitária". O autor costumava dizer que: "O movimento da reforma sanitária nasceu dentro da perspectiva da luta contra a ditadura. Existia uma idéia clara na área da saúde de que era preciso integrar as duas dimensões: ser médico e lutar contra a ditadura. Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde

⁷ Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Declaração de Alma-Ata, 1978, Art. VI)

⁸ O termo "Reforma Sanitária" foi usado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi usada para se referir ao conjunto de idéias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde.



REH- REVISTA EDUCAÇÃO E HUMANIDADES

para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado” (AROUCA, 1998, p.1).

Apesar de todas as dificuldades para implementar avanços ao movimento sanitário, aconteceram, durante o período da Nova República, alguns eventos muito importantes, sendo o principal deles a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, de 17 a 21 de março de 1986.

Nessa conjuntura, a Reforma Sanitária Brasileira foi assumida como uma proposta abrangente de mudança social e, ao mesmo tempo, um processo de transformação da situação sanitária. Representava, “por um lado, a indignação contra as precárias condições de saúde, o descaso acumulado, a mercantilização do setor, a incompetência e o atraso e, por outro, a possibilidade da existência de uma viabilidade técnica e uma possibilidade política de enfrentar o problema” (AROUCA, 1988, p.1).

Em 1987, o movimento pela reforma sanitária conseguiu intervir nas resoluções da Assembléia Nacional Constituinte, inscrevendo um capítulo exclusivo referente à saúde no Constituição de 1988⁹, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), definido como nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde. Sua implantação colocou em debate a mudança de um modelo de assistência voltado apenas para o objeto saúde/doença.

O SUS possibilitou a ampliação do olhar para a coletividade e, com isso, também mudou o olhar e as ações para as práticas e os serviços. A educação em saúde começa a apontar para uma nova direção. Adoecer e enfrentar a doença permite, sobretudo, uma reordenação do viver, pois a saúde é uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais (SABÓIA, 2003).

A educação em saúde permeia todos os níveis de assistência à saúde, independentemente da complexidade deste. Entendo que a todo o momento, seja qual for a categoria profissional, qualquer membro da equipe de saúde, têm sua atividade permeada pela competência da ação educativa.

Leonello e Campos (2008) através da interface entre o ensino e a assistência de

⁹ “A saúde é um direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CF, 1988, Art.196).



REH- REVISTA EDUCAÇÃO E HUMANIDADES

enfermagem, em sua dimensão educativa, construíram dez competências para a ação educativa do enfermeiro, além de destacar a necessidade de ressignificar a ação educativa na perspectiva da educação popular, implicando o desenvolvimento de competências mediante oportunidades pedagógicas que, durante a formação inicial, permitam aos estudantes utilizar seus conhecimentos e habilidades em prol da atitude dialógica e de reconhecimento das necessidades dos sujeitos assistidos.

Nas décadas de 1970 e 1980, num cenário nacional de abertura política, a tendência Libertadora de Paulo Freire favoreceu o aparecimento de propostas dirigidas para uma prática educativa em saúde (Educação Popular em Saúde), que extrapolava a busca de transformações nos hábitos das pessoas, uma vez que se propunha contribuir para desenvolver a consciência crítica dos indivíduos e grupos, promovendo, desta forma, sua participação nos processos de mudança no contexto sócio-político e econômico do país.

Nesse sentido as abordagens de educação em saúde começam a realizar-se no sentido de apontar novos rumos. O foco volta-se para a participação, e as ações educativas adquirem a marca da construção dialogada de seus conteúdos.

A Educação Popular, sistematizada por Paulo Freire, se constitui então como um eixo norteador da relação entre intelectuais e classes populares. Muitos profissionais de saúde, insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços de saúde, se engajaram nesse processo. Assim, a participação de profissionais de saúde nas experiências de Educação Popular, a partir dos anos 70, trouxe para o setor saúde uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde (VASCONCELOS, 2007).

Segundo Brandão (1982) a Educação Popular não visa criar sujeitos subalternos educados: sujeitos limpos, polidos, alfabetizados, bebendo água fervida, comendo farinha de soja e utilizando fossas sépticas. Visa participar do esforço que já faz hoje as categorias de sujeitos subalternos – do índio ao operário do ABC Paulista – se mobilizarem para a organização do trabalho político, passo-a-passo, abrindo caminho para a conquista de sua liberdade e direitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os aspectos históricos de construção da educação em saúde expressam paralelamente, de certa forma, a construção social do sistema público de saúde brasileiro. As políticas de saúde examinadas estruturaram a base de consolidação do SUS. A mercantilização



REH- REVISTA EDUCAÇÃO E HUMANIDADES

da doença e a dominância do modelo médico-assistencial privatista, mesmo em choque e em sentido contrário ao modelo de saúde vigente, apresenta indícios que corrompem a construção e consolidação do SUS. Ainda persistem questões assistenciais, educacionais e éticas requerendo a adoção de medidas em defesa das pessoas e da cidadania.

Não podemos fechar os olhos. A história nos revela o quanto devemos estar atentos a projetos políticos e sujeitos sociais que apostam em verdadeiras mudanças e, conseqüentemente, constroem diversas bases.

A educação em saúde tem múltiplos desafios, dentre eles está a difícil missão de segregar o paradigma da propaganda em massa como meio de informação de preceitos de higiene, a começar pela educação em saúde institucionalizada, que investe milhões na produção de “impressos educativos”, negando e desconhecendo os avanços dos processos educativos e, principalmente a interação entre o saber popular e a subjetividade das pessoas.

A educação em saúde em uma proposta de construção compartilhada deve ser orientada pela busca da interdisciplinaridade, da autonomia e da cidadania. Ou seja, práticas que privilegiem a interação dos sujeitos, onde todo o saber é valorizado, transformado e compartilhado.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, Sonia, DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. **A Educação em saúde e a enfermagem em saúde coletiva**. In: SANTOS, Iraci dos, DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal, SILVA, Delson da, TAVARES, Cláudia Mara de Melo. *Enfermagem e Campos de Prática em Saúde Coletiva: realidade, questões e soluções*. São Paulo: Atheneu, 2008.

AROUCA, Sérgio. **Depoimento sobre a reforma sanitária**. Disponível em <http://www.fiocruz.br/bvsa/reformasantaria.htm>. Acesso em 15/09/2008.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **Lutar com a palavra**: escritos sobre o trabalho do educador. Rio de Janeiro: Graal, 1982. In: BRASIL, Ministério da Saúde. SGETS/ DAGEP. *Caderno de*



REH- REVISTA EDUCAÇÃO E HUMANIDADES

popular e saúde. Brasília: MS, 2007.

CARDOSO DE MELO, J.A. **Educação sanitária: uma visão crítica.** In: SABÓIA, Vera Maria. Educação em saúde: a arte de talhar pedras. Niterói: Intertexto, 2003.

CARVALHO, Marta Maria Chagas de. **Molde nacional e fôrma cívica: higiene, moral e trabalho no projeto da Associação Brasileira de Educação (1924-1931).** Bragança Paulista, SP: EDUSF, 1998.

CHALHOUB, S. **Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial.** São Paulo: Companhia das Letras, 1996. p.29-35.

FERREIRA, M. A. S. **A prática pedagógica dos educadores em saúde pública na zona leste de São Paulo.** 1991. Dissertação (Mestrado em Educação). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1991. In: SABÓIA, Vera Maria. Educação em saúde: a arte de talhar pedras. Niterói: Intertexto, 2003.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de, VIANA, Dirce Laplaca, TONINI, Teresa, AMORIN, Wellington, MACHADO, William César Alves. **Entre a filosofia e as políticas públicas: o que saber sobre o SUS.** In: FIGUEIREDO, N. M. A de, TONINI, T.(Org) SUS e PSF para Enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2007.

FOUCAULT, Michael. **A ordem do discurso.** São Paulo: Edições Loyola, 1996.

GINZBURG, Carlo. **Sinais: raízes de um paradigma indiciário.** In: GINZBURG, Carlo. Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história. Tradução: Frederico Carotti. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.



REH- REVISTA EDUCAÇÃO E HUMANIDADES

LEONELLO, Valéria Marli, OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. **Competências para ação educativa da enfermeira.** Revista Latino Americana de Enfermagem. Março-Abril: 16(2), 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **Políticas de saúde no Brasil.** In: ROUQUAYROL, Maria Zélia, FILHO, Naomar de Almeida. Epidemiologia e Saúde. 6.ed – Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

REIS, Dener Carlos dos. **Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais.** In: GRAZZINELLI, Maria Flávia, REIS, Dener Carlos dos, MARQUES, Rita de Cássia.(Org). Educação em saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte. Editora UFMG, 2006.

RELATÓRIO I Encontro sobre Educação em Saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 1990.
Mimeografado.

RELATÓRIO da Conferência sobre Cuidados Primários em Saúde de Alma-Ata, URSS:
OMS-UNICEF, Brasil, 1979.

SABÓIA, Vera Maria. **Educação em saúde: a arte de talhar pedras.** Niterói: Intertexto, 2003.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde.** In: BRASIL, Ministério da Saúde. SGETS/ DAGEP. Caderno de popular e saúde. Brasília: MS, 2007.

Recebido: 12/5/2020.

Aceito: 19/5/2020



REH- REVISTA EDUCAÇÃO E HUMANIDADES

Sobre autores e contato:

Darlisom Sousa Ferreira

Doutor em Enfermagem. Professor da UEA

Docente permanente do Programa de Enfermagem em Saúde Pública PROENSP-UEA

E-mail: darlisom@uea.edu.br

Elizabeth Teixeira

Doutora em Ciências. Professora Titular aposentada da UEPA. Professora Visitante da UEA.

Docente permanente do Programa de Enfermagem em Saúde Pública PROENSP-UEA

Endereço: Av. Maceió 618/1204, Adrianópolis, Manaus, AM, 69057-010

Contato: etfelipe@hotmail.com

Anete Leda de Oliveira Martins

Mestranda do Programa de Enfermagem em Saúde Pública PROENSP-UEA

Professora da UEA

E-mail: ane.alo.al@gmail.com

Gesiane Araújo Frota

Mestranda do Programa de Enfermagem em Saúde Pública PROENSP-UEA

Enfermeira do Hospital Universitário Getúlio Vargas

E-mail: frota.gesiane@hotmail.com

Cleise Maria de Goes Martins

Mestranda do Programa de Enfermagem em Saúde Pública PROENSP-UEA

E-mail: cleisegoes@gmail.com