

2.1 Da educação sanitária à educação popular em saúde

Grasiele Nespoli

O campo da saúde envolve um conjunto de práticas educativas. Em diversos espaços desenvolvemos ações de educação em saúde: nos grupos, consultórios, nas portas de entrada dos serviços, domicílios, praças e, mesmo, na rua. As ações de educação em saúde também se expressam nos cartazes, nas campanhas, nos panfletos e demais materiais que circulam nos serviços de saúde, na televisão, na internet e em outros espaços sociais que procuram desenvolver atividades educativas. Mas o que significa, de fato, educar?

Educar não tem um significado único, pois existem diferentes formas de ver e entender as práticas educativas, e, principalmente, diverge também o que se espera delas, isto é, o que os variados grupos e atores querem com a educação. Nosso interesse neste texto é contrapor duas concepções de educação – a educação sanitária e a educação popular em saúde – para refletirmos sobre suas diferenças e pensarmos com qual delas concordamos. Essas concepções não são as únicas que existem, nem são excludentes, mas nos servirão para exemplificar as visões, contradições e possibilidades de organização do trabalho no campo saúde.

O que chamamos de *educação sanitária* é uma forma de organização das práticas educativas que, embora tenha se intensificado ao longo do século XX, tem suas raízes plantadas no final do século XIX, em um contexto social marcado por profundas mudanças: fim da escravidão, emergência de novas formas de organização econômica e do trabalho, crescimento do comércio, surgimento das primeiras indústrias, expansão desordenada das cidades, aumento da desigualdade social, da pobreza e das doenças, como a febre amarela, a varíola e a peste bubônica – doenças transmissíveis que causavam muitas mortes e danos econômicos.

Nessa época, com o desenvolvimento da microbiologia (estudo dos micro-organismos possibilitado pelo avanço tecnológico do microscópio e de outras técnicas de laboratório), os médicos sanitários consideravam a saúde como a “ausência de doença”. Por sua vez, como a doença era entendida como um fenômeno exclusivamente biológico que ocorre na interação do ser humano com a natureza, as políticas de saúde orientavam intervenções no meio ambiente, como matar mosquitos, eliminar ratos e sanear a cidade, e no corpo, principalmente por meio das vacinas e dos hábitos de higiene.

Acabar com as doenças significava limpar as cidades e higienizar as pessoas: acabar com as situações em que os micro-organismos nocivos ao corpo humano podiam se desenvolver. Nesse sentido, as ações educativas eram fundamentais, pois com elas era possível convencer as pessoas a aceitarem e participarem do controle das doenças, por meio de medidas preventivas, de profilaxia e de autocuidado, e da mudança dos hábitos e comportamentos. Foi assim que a educação sanitária se constituiu como uma forma de controle e ordenamento social, ancorada no pressuposto de que a ignorância era a principal causa das doenças.

Essa concepção nega tanto uma percepção quanto uma análise mais aprofundada da dimensão social do processo saúde-doença, quer dizer, não aborda os problemas de saúde em relação às condições de vida das pessoas, condições definidas pela realidade social, cultural, econômica e política do país, de suas diversas regiões e territórios. Apesar de aceitar que a população mais pobre estivesse

mais sujeita às doenças, a pobreza não era entendida como resultado da forma como organizamos o sistema econômico e distribuímos os recursos necessários à vida. Entendia-se que era preciso acabar com a pobreza e limpar a cidade, para assim eliminar as doenças. Foi com esse objetivo que, no começo do século XX, a cidade do Rio de Janeiro passou por reformas urbanas, deslocando a população pobre para os morros e periferias. Porém “acabar com a pobreza” não significou distribuir a riqueza e sim deixar os pobres à margem da sociedade, afastados das áreas nobres da cidade, tornando-os invisíveis, mantendo-os sob controle.

A educação sanitária, mesmo não tendo em si um posicionamento aberto, estava a serviço da elite brasileira, e se difundia cada vez mais por meio do rádio, cinema, jornais e outros meios informativos, que ajudavam o Estado a limpar e reorganizar as cidades. No âmbito dos serviços de saúde, os trabalhadores faziam o que aprendiam: difundiam normas, padrões e procedimentos que objetivavam o controle dos hábitos de vida dos indivíduos e, assim, instruíam a população a cuidar do lixo, lavar as mãos, usar talheres, tomar banho, tomar remédios, entre outros.

O trabalho educativo na perspectiva higienista e sanitária se organizava em um modelo campanhista, era informativo e acontecia, quase sempre, de forma autoritária. Costumamos dizer que a educação sanitária atua de forma vertical, de cima para baixo. Quem está acima – o trabalhador da saúde, entendido como um técnico especializado – tem a legitimidade de dizer a verdade para quem está abaixo – a população ignorante. Com isso, a educação sanitária responsabiliza os indivíduos por seus problemas de saúde, muitas vezes culpabilizando-os.

Somente no começo dos anos 1950, com o desenvolvimento da medicina social e comunitária, surgiram experiências de práticas educativas que apostavam na autonomia e na participação da população. Ainda assim, as críticas às práticas de educação sanitária ganharam maior visibilidade quando, durante a ditadura militar, foram criadas, contraditoriamente, condições para a emergência de experiências de educação em saúde que significaram uma ruptura com o padrão anterior (Vasconcelos; Vasconcelos; Silva, 2015). Em outras palavras, no contexto da ditadura, os movimentos sociais criaram novas estratégias de resistência. Assim, esse período foi caracterizado tanto pelo movimento de práticas autoritárias quanto, na contramão, por propostas emancipatórias, entre elas, as ideias sistematizadas por Paulo Freire, que tiveram forte influência no movimento de educação popular e na luta pela democracia.

O trabalho de Paulo Freire foi muito importante para reforçar que os problemas sociais são resultado da divisão da sociedade em classes, divisão própria do capitalismo que permite que aqueles que detêm os meios de produção (e a riqueza) exerçam o poder político sobre a classe trabalhadora. Para Paulo Freire, a educação não deve estar a serviço da elite, ao contrário, deve ser uma forma de politizar a classe trabalhadora (ou as classes populares) para lutar por seus direitos e para buscar caminhos para a superação da desigualdade social e exploração humana.

Na perspectiva de Paulo Freire, a educação sanitária é uma forma do que ele chamou de educação bancária, uma educação que acontece de modo unilateral, por meio da transferência de conhecimento ou conteúdo; uma concepção que pressupõe o educando como um recipiente vazio que precisa ser preenchido. “A educação se torna um ato de depositar, em que os educandos são os depositários e o educador, o depositante” (Freire, 2005, p. 66).

Educação bancária

Para Paulo Freire (2005, p. 68), a educação bancária pressupõe que:

- a) O educador é que educa; os educandos, os que são educados;
- b) O educador é o que sabe; os educandos, os que não sabem;
- c) O educador é o que pensa; os educandos, os pensados;
- d) O educador é o que diz a palavra; os educandos, os que a escutam docilmente;
- e) O educador é o que disciplina; os educandos, os disciplinados;
- f) O educador é o que opta e prescreve sua opção; os educandos os que seguem a prescrição;
- g) O educador é o que atua; os educandos, os que têm a ilusão de atuar, na atuação do educador;
- h) O educador escolhe o conteúdo programático; os educandos, jamais ouvidos nesta escolha, se acomodam a ele;
- i) O educador identifica a autoridade do saber com sua autoridade funcional, que se opõe antagonicamente à liberdade dos educandos; estes devem adaptar-se às determinações daquele;
- j) O educador, finalmente, é o sujeito do processo; os educandos, meros objetos.

Na contramão da educação bancária ou da “pedagogia do opressor”, Paulo Freire sistematizou, ao longo dos anos, ideias, princípios e metodologias que fundamentaram o que hoje conhecemos como educação popular. A educação popular pressupõe que todos detêm algum tipo de saber, que ninguém vive só na ignorância e, também, que “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” (Freire, 2005, p. 78).

As ideias de Paulo Freire foram muito férteis no campo da saúde pública, porque fortaleceram a crítica feita às práticas de educação sanitária e abriram caminhos para a construção de práticas “que diferenciam o sistema público brasileiro de outros sistemas nacionais de saúde” (Vasconcelos; Vasconcelos; Silva, 2015, p. 94).

Experiências pioneiras

“Cabe ressaltar que muitas das práticas mais inovadoras da APS [atenção primária à saúde] brasileira foram criadas nessas experiências, muito antes da criação do SUS. Um exemplo importante são os agentes comunitários de saúde, no formato hoje existente no Brasil. Em meados da década de 1970, já existiam redes de agentes de saúde, em várias cidades brasileiras, formadas por trabalhos pastorais das igrejas cristãs, com práticas que inspiraram, bem mais tarde, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, posteriormente, o Programa Saúde da Família. O controle social por conselhos de saúde não foi uma invenção do SUS, pois já fora conquistado anteriormente, em muitos serviços e muitas cidades, pela luta dos movimentos populares de saúde. A tradição de enfrentamento de problemas específicos de saúde, através da discussão conjunta com a comunidade e suas organizações, foi introduzida e difundida por essas experiências pioneiras. A participação de todos os membros da equipe do serviço em rodas de conversa, na avaliação e no planejamento das atividades surgiu e difundiu-se nessas experiências de saúde comunitária. Os trabalhos educativos coletivos em saúde, através de grupos participativos, se aprimoraram e tornaram-se conhecidos nesta época. Estas práticas participativas, que se tornaram princípios e diretrizes da APS brasileira, são hoje internacionalmente reconhecidas e valorizadas. Representam uma herança da forte presença da EP [educação popular] nas experiências pioneiras de saúde comunitária” (Vasconcelos; Vasconcelos; Silva, 2015, p. 94).

Os princípios da educação popular entendem o outro como sujeito que detém saber sobre si, sobre seu corpo, seu modo de vida e cuidado, sua família, seu trabalho, sua comunidade, suas necessidades, entre outros. A educação popular parte também do princípio de que o homem é um ser inacabado, que está em permanente construção e que se constitui nas relações sociais. Segundo Paulo Freire (2005) uma característica central do ser humano é sua histórica vocação de ser mais.

Como todos nós estamos na condição de sujeitos, a educação popular se organiza em práticas horizontais e participativas, que nos conectam e nos colocam em diálogo para refletirmos sobre nossos problemas, necessidades, desejos. A educação popular em saúde se preocupa com a formação de sujeitos políticos, envolvidos na luta pela saúde, o que implica a luta por melhores condições de vida para todos e o questionamento profundo das iniquidades, injustiças sociais, econômicas e simbólicas.

Assim, a educação popular assume um lugar de questionamento e de proposição de práticas educativas capazes de fortalecer a população para se organizar e lutar pelo direito à saúde, o que significa lutar pelo direito à educação, à moradia, ao lazer, à alimentação, ao transporte, à cultura, ao saneamento e a tantas outras coisas fundamentais para se construir territórios e sujeitos saudáveis. Para isso, precisamos impedir que nosso trabalho seja reduzido a uma rotina orientada para o cumprimento de metas, estabelecimento de procedimentos e comportamentos, monitoramento de indicadores de saúde e registro do que é feito. Precisamos refletir cotidianamente sobre nosso trabalho e em quais princípios e concepções nossas práticas educativas estão ancoradas.

Cabe a nós refletir também sobre a potencialidade da educação popular no processo de reorientação dos modelos de atenção à saúde, no sentido de se fortalecer a participação social e os espaços democráticos nos territórios, promover um trabalho coletivo e práticas de cuidado integrativas que articulem saberes populares e científicos, combater as iniquidades sociais e respeitar a diversidade de culturas existentes.

Ainda vivemos em um mundo no qual os pobres – negros, índios, camponeses, ciganos, homossexuais, entre outros – são deixados de lado, removidos de suas casas para dar lugar a grandes empreendimentos econômicos, culpabilizados por sua pobreza e pelas doenças, discriminados e estigmatizados por serem diferentes. Para superar isso, é preciso reconhecer que:

"Os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, a partir de suas vivências, que são vividas de uma forma distinta daquela vivida pelo profissional. Nós oferecemos o nosso saber porque pensamos que o da população é insuficiente, e por esta razão, inferior, quando, na realidade, é apenas diferente." (Valla, 2000, p. 15)

Por tudo isso, precisamos refletir: que educação estamos promovendo? Como organizamos nosso trabalho? Construímos espaços para a participação popular na gestão dos serviços e ações de saúde? Ouvimos a população de fato? Quando ouvimos, o que fazemos com suas necessidades e desejos? Incentivamos a luta pelo direito à saúde? Respeitamos a diversidade de pessoas, suas escolhas e crenças? O que alcançamos com nossas práticas? Estamos empenhados em reconstruir o modelo de atenção do SUS? O que podemos fazer para nos organizar melhor?

São muitas as perguntas e também muitos os desafios que devemos enfrentar. O momento de problematização e de reflexão é fundamental para uma ação transformadora. Precisamos permanentemente refletir sobre nossas práticas. Afinal, em que sentido e por qual caminho seguiremos?

Referências bibliográficas

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 44. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

VALLA, Victor Vincent. Educação e saúde do ponto de vista popular. In: _____ (org.). *Saúde e educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000. p. 7-10.

VASCONCELOS, Eymard Mourão; VASCONCELOS, Marcos Oliveira Dias; SILVA, Marisia

Oliveira da. A contribuição da educação popular para a reorientação das práticas e da política de saúde no Brasil. *Faeeba – Educação e Contemporaneidade*, Salvador, v. 24, n. 43, p. 89-106, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://www.revistas.uneb.br/index.php/faeeba/article/viewFile/1311/886>. Acesso em: 19 nov. 2015.