

# História da educação em saúde no Brasil

Marcia Cavalcanti Raposo Lopes  
Ingrid D'Avilla Freire Pereira  
Cristina Massadav Morel

**E**m nosso percurso até aqui, temos conversado sobre educação, suas relações com o funcionamento da nossa sociedade e as diferentes formas como podemos desenvolvê-la. Agora, vamos nos aproximar da educação em saúde, tema tão importante para a prática dos agentes comunitários de saúde (ACSs).

Nosso caminho começa recuperando a história das práticas de educação em saúde no Brasil e sua relação com a história de nosso país. Buscaremos conhecer como eram e como foram se transformando para que, posteriormente, possamos discutir e compreender melhor como construímos nossas práticas e que caminhos queremos seguir. Assim, neste texto apresentamos como, em diferentes contextos históricos, foram se desenvolvendo diferentes formas de educação em saúde em nosso país.

No final do século XIX e início do século XX, o Brasil vivia um período de grandes transformações. Com a abolição da escravatura, o início do desenvolvimento da indústria e do comércio, e a chegada maciça de imigrantes europeus, as principais cidades do país cresciam desordenadamente sem qualquer infraestrutura. Este contexto produziu condições sanitárias muito precárias e surtos epidêmicos. Tudo isso prejudicava o desenvolvimento econômico do país, como por exemplo, a exportação do café, uma das principais atividades econômicas da época.

Para combater estas epidemias nos grandes centros urbanos, foram estruturadas, pela primeira vez no país, ações sanitárias. Porém, logo que as epidemias diminuía, tais ações perdiam força. Ou seja, representavam alguma preocupação com a manutenção da saúde das classes




populares, mas ainda de forma residual. Além disso, os órgãos federais de saúde atendiam basicamente a capital federal. Os serviços estaduais, com exceção de São Paulo, onde era um pouco mais estruturado, eram precários. Isto levará os sanitaristas dos anos 1910-1920, através de algumas instâncias de representação – como a Liga Pró-saneamento de 1919 – a pleitearem a montagem de uma estrutura centralizada de saúde, dando origem ao Departamento Nacional de Saúde em 1920. Foram realizadas, então, as primeiras práticas sistemáticas de educação em saúde.

E como eram as práticas de atenção à saúde neste período?


Para pensarmos sobre elas, vamos explorar um pouco mais o contexto da época. Os **valores positivistas** e o desenvolvimento da ciência e especificamente da medicina na Europa traziam consigo o sonho da modernidade. ‘Em prol da saúde’, o Estado brasileiro se dava o direito de instituir medidas autoritárias que intervinham não só na organização dos espaços da cidade, mas também no cotidiano da vida da população.

Em um momento em que uma parte importante da população pobre das grandes cidades se constituía de escravos recém-libertos, as poucas atividades educativas relacionadas à saúde eram de caráter normativo, com instruções a serem seguidas. Propunham-se, basicamente, normas e medidas de saneamento consideradas científicas pelos técnicos e burocratas (VASCONCELOS, 2001).



## Glossário

### O que é positivismo?



O positivismo é uma corrente filosófica que afirma que o conhecimento científico é a única forma de conhecimento verdadeiro e acredita que o progresso da humanidade depende exclusivamente dos avanços científicos. Suas ideias se difundem na Europa na segunda metade do século XIX e no começo do XX, período em que chegam ao Brasil.

Leia como Souza e Jacobina (2009) descrevem estas atividades:

“Como o objetivo das atividades educativas não era promover a autonomia, a discordância era punida severamente, pois interesses econômicos e da classe dominante estavam por trás das políticas de saúde. Seu objetivo era fazer com que as pessoas aceitassem as intervenções do Estado e se sujeitassem às imperiosas leis da Higiene. Ainda assim, muitas pessoas se rebelaram, como ocorreu com a famosa **Revolta da Vacina**” (p. 620).

### Para saber mais

#### **Revolta da vacina:**

Conhecer um pouco sobre a revolta da vacina nos ajuda a compreender um pouco como se estruturavam as ações de saúde pública no Brasil no início do século XX e também a lógica que permeava a educação em saúde na época. Como vimos no início deste capítulo, no começo do século XX, o Brasil e, em especial, a cidade do Rio de Janeiro, capital da república na época, sofria com constantes epidemias devido às condições precárias de vida da população. Preocupado com esta situação e com os problemas que ela causava para a economia brasileira, o então presidente Rodrigues Alves colocou em prática um projeto de saneamento básico e reurbanização do centro da cidade. O médico e sanitarista Oswaldo Cruz foi nomeado chefe do Departamento Nacional de Saúde Pública, com o objetivo de melhorar as condições sanitárias da capital.

Continua >



### Continuação – Para saber mais: Revolta da vacina

Entre as diferentes ações propostas por Oswaldo Cruz, estava a campanha de vacinação obrigatória contra a varíola. Sem qualquer preocupação em desenvolver um trabalho com a população, para que ela pudesse entender o sentido da vacinação e ter respeitada suas crenças e sua autonomia, a campanha foi desenvolvida de forma violenta e autoritária. Por vezes, os agentes sanitários invadiam as casas e vacinavam as pessoas à força, provocando revolta nas pessoas. Ainda que o objetivo final da campanha fosse a prevenção de doenças.

Esta campanha acontecia em meio a condições de vida difíceis com alto custo de vida e grande desemprego e ao mesmo tempo em que o movimento de reforma urbana dirigido pelo Estado derrubava cortiços e habitações simples do centro da cidade, para que a população pobre não permanecesse ali. Este contexto faz com que manifestações populares e conflitos espalhem-se pelas ruas da capital brasileira. A desordem propaga-se pela cidade e se é contornada com a revogação da lei de vacinação obrigatória e a intervenção da polícia e do exército.

Este evento pode ser considerado emblemático para a saúde pública. Ele aponta a complexidade das ações sanitárias e seu papel, muitas vezes autoritário e violento, em especial com as camadas mais pobres da população.

Se você se interessar sobre estas e outras ações de saúde pública na história do Brasil, pode ler o livro de Carlos Fidelis e Ialê Faleiros, *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Ele está disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/na-corda-bamba-de-sombrinha-a-saude-no-fio-da-historia>>.

É preciso notar que as descobertas científicas da época, que apontavam para a necessidade da **higiene** para prevenir os perigos do contágio de determinadas doenças, acabaram por atribuir aos indivíduos a responsabilidade por seu adoecimento (culpabilização da vítima). “Ao considerar, apressadamente, que a maior incidência de doenças e mortalidade infantil ocorria na classe trabalhadora pela falta de cuidados pessoais, ou que esta situação era devido à ignorância desta população, os higienistas negavam, praticamente, a diferença de recursos necessários à preservação da saúde em decorrência da diferença entre classes sociais. E assim entendendo, o melhor encaminhamento era propor ao Estado educar esta população. Educação que se dirigia aos pobres não para mudanças das condições de vida geradoras de doença, mas para mostrar que eles eram os únicos responsáveis pelas doenças que sofriam.” (Souza e Jacobina, p. 621).

## Glossário

### O que é higienismo?

No fim do século XIX e início do XX, a ocorrência sucessiva de surtos epidêmicos impulsionou um conjunto de reflexões sobre as razões de sua ocorrência por médicos e sanitaristas da época. Origina-se, então, uma linha de pensamento denominada higienismo, que pregava padrões e comportamentos sociais que deveriam ser adotados em nome da saúde.

As ações de saúde pública no Brasil nesta época se apropriam deste discurso, usando-o para legitimar intervenções autoritárias nas formas de habitação e estilos de vida da população.


Para maiores aprofundamentos sobre o movimento higienista no Brasil, naquela época e hoje, sugerimos o texto: “Descontinuidades e continuidades do movimento higienista no Brasil do século XX” de Gois Junior e Lovisoló, disponível em: <<http://revista.cbce.org.br/index.php/RBCE/article/view/172>>.



A expansão urbana das primeiras décadas do século XX acaba por propiciar o surgimento de uma classe média nas grandes cidades do país, o que favorece o surgimento de propostas de intervenção um pouco menos autoritárias no campo da saúde pública. Investe-se no que, à época, nomeou-se educação sanitária, incluindo-a no cotidiano das escolas. O esclarecimento e a persuasão da população substituem os métodos extremamente repressivos próprios das campanhas sanitárias. Embora menos opressoras, estas práticas ainda se constituíam segundo relações verticais nas quais a população tinha um papel essencialmente passivo.

Leia agora como Vasconcelos (2001) descreve as práticas de educação em saúde nesta época:

“Suas práticas eram normativas: os técnicos tinham um saber científico que deveria ser incorporado e aplicado pela população ignorante. Se já não se via mais o povo como culpado pela situação de desenvolvimento, ele continuava, porém, sendo visto como vítima incapaz de iniciativas criativas, enquanto não melhorasse sua situação de saúde pela adoção das medidas proclamadas” (p. 26).



A partir de 1930, os investimentos na área da saúde voltam-se para expansão da assistência médica individual, especialmente para categorias de trabalhadores mais organizados e com presença nos setores econômicos do país. As ações de educação e saúde ficam ainda mais restritas a programas e serviços destinados a populações excluídas dos processos econômicos centrais do país.

Durante a Segunda Guerra Mundial, a crise na produção mundial de borracha e manganês, torna o incentivo de sua extração no Brasil uma questão militarmente estratégica. Neste contexto,

organiza-se o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), com base em interesses estratégicos militares relacionados a esta guerra. Visando à proteção dos trabalhadores envolvidos na extração da borracha e de minério, as ações do Sesp acabam por trazer novas técnicas educacionais na área da saúde. São introduzidas como inovações metodológicas para a difusão da informação: a educação de grupos, os recursos audiovisuais e o trabalho com a comunidade. Este processo, entretanto, não traz uma mudança na forma como se vê a população no conjunto das práticas educativas. Ela permanece sendo olhada como uma massa de pessoas passivas e incapazes de iniciativas próprias (SILVA et al., 2010).

Após a Segunda Guerra Mundial ganha força a noção de participação popular. A ideia era mobilizar a comunidade para atuar na busca de superação, em alguma medida, das condições precárias de vida das populações marginalizadas. Na saúde, a promoção da participação popular, muitas vezes estava ligada ao recrutamento e treinamento para o trabalho voluntário aumentando os programas comunitários que empregavam mão de obra gratuita, em mutirão, para o saneamento básico e a construção de postos de saúde. Dessa forma, esta noção, era utilizada para determinados programas, que podiam prescindir de maiores investimentos públicos, contando com a força do trabalho da comunidade. Foi possível, assim, a extensão da cobertura de serviços

Leia agora como Vasconcelos (2001) define todo este período de desenvolvimento da educação em saúde, que vai até os anos 1970:

“Até 1970, a educação em saúde no Brasil foi basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas e, portanto, subordinada a seus interesses. Voltava-se para a imposição de normas e comportamentos por elas considerados adequados. Para os grupos populares que conquistaram maior força política, as ações de educação e saúde foram esvaziadas em favor da expansão da assistência médica individualizada” (p. 27).



básicos de saúde sem, entretanto, garantir a qualidade e a resolutividade dos serviços prestados (SILVA et al., 2010).

Iniciado em meados da década de 1960, o regime militar, cria, paradoxalmente, as condições para a emergência de uma série de experiências comunitárias nas áreas sociais – dentre elas a da saúde – que acabam por impulsionar a constituição de rupturas com este modelo.

Nos movimentos sociais que foram se constituindo no processo de luta por melhores condições de vida e pela redemocratização durante os anos 1970, começam a surgir experiências de serviços comunitários de saúde, inspirados nas discussões sobre medicina comunitária e cuidados primários em saúde que vinham se difundindo no mundo. A vivência nestes serviços permite que profissionais de saúde aprendam a se relacionar com os grupos populares, “começando a esboçar tentativas de organização de ações de saúde integradas à dinâmica social local” (VASCONCELOS, 2001, p. 28).

Este processo acaba não só por possibilitar uma interação diferente entre profissionais de saúde e população, mas também por propiciar tensionamentos com a forma tradicional de assistência à saúde.

A maneira de trabalhar com a educação em saúde se constitui de forma muito diferente das experiências anteriormente abordadas. Nesta época, a proposta de educação problematizadora, sistematizada por Paulo Freire e que você já pôde conhecer neste material, torna-se uma espécie de referência para a relação entre profissionais de saúde e as classes populares. Constitui-se, então, a possibilidade de novas abordagens para as atividades de educação em saúde. Estas abordagens eram baseadas numa relação dialógica entre o conhecimento técnico-científico e a sabedoria popular, bem como na possibilidade da população refletir sobre suas condições de vida e saúde.

Com a abertura política e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no final da década de 1980, estas experiências servem de base para a





instituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, posteriormente, do Programa Saúde da Família (PSF) e da Estratégia Saúde da Família (ESF). Neste processo, muito de sua força instituinte vai se perdendo e seu formato vai ficando cada vez mais atravessado pelas características do modelo biomédico<sup>1</sup> e pela **lógica gerencialista**.

Assim, embora a experiência vivida e relatada por diferentes profissionais de saúde e líderes populares tenham deixado marcas e se instituído em diferentes políticas públicas, as práticas de educação em saúde, hoje, quase sempre, acabam por repetir muitas características da educação normativa do início do século XX. Vamos explorar um pouco mais as diferentes características destas práticas em saúde nos próximos capítulos.

## Glossário

### O que é lógica gerencialista?

A lógica gerencialista se caracteriza por imprimir uma racionalidade econômica aos serviços, privilegiando a eficácia e a eficiência, a análise do custo-benefício acima de outros valores públicos.



## Para aprofundar seus estudos

Você pode ler sobre este tema também no texto:

NESPOLI, Grasielle. Da educação sanitária à educação popular em saúde. In: BORNSTEIN, Vera Joana et al. *Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. p. 47-51.



<sup>1</sup> No capítulo “Cultura e saúde: algumas reflexões” você encontrará um box para saber mais sobre modelo biomédico.

## Atividade

Como vimos, nos anos 1970, cresceu um novo trabalho nas comunidades com agentes de saúde. Ele se institucionalizou com o nome de Movimento Popular em Saúde (Mops). Que tal pesquisarmos como era este trabalho?

Você vê características semelhantes entre as ações do Mops e o trabalho dos ACSs?



## Referências

SILVA, Cristiane Maria da Costa et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2.539-2.550, ago. 2010.

SOUZA, Isabela Pilar Moraes Alves; JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. *Revista Baiana Saúde Pública*, Salvador, v. 33, n. 4, p. 618-627, out./dez. 2009.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 2001.

