

1 - Mudança de paradigma no ensino superior em saúde e as metodologias problematizadoras

Marina Lemos Villardi
Eliana Goldfarb Cyrino
Neusi Aparecida Navas Berbel

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

VILLARDI, ML, CYRINO, EG, and BERBEL, NAN. Mudança de paradigma no ensino superior em saúde e as metodologias problematizadoras. In: *A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos* [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, pp. 23-44. ISBN 978-85-7983-662-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

1

MUDANÇA DE PARADIGMA NO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE E AS METODOLOGIAS PROBLEMATIZADORAS

O ensino superior nas profissões da área de Saúde passou por transformações resultantes tanto das alterações do perfil demográfico e epidemiológico da população quanto da complexa exigência em relação às práticas em saúde executadas. Neste capítulo, serão abordados alguns fatores que impulsionaram essas transformações, bem como as metodologias que se enquadram nesse novo panorama do ensino.

As qualidades demandadas na formação dos profissionais da área da Saúde apontam para um novo modo de entendê-la e desenvolvê-la, o que repercute nas universidades, produzindo alterações na formulação de propostas pedagógicas e na organização do trabalho pedagógico (Bagnoto; Coco, 2010).

Dentre as características do mundo contemporâneo que provocam discussões sobre a formação para o trabalho em saúde incluem-se: a velocidade da produção de conhecimento; a necessária reflexão sobre a inserção do profissional de saúde nesse novo contexto; a influência dos meios de comunicação na construção do profissional, afastado da reflexão sobre a vida, da inserção no mundo,

da configuração de nova organização do espaço social, o que exige postura crítica (Mitre et al., 2008).

Cyrino e Rizzato (2004) destacam que o ensino médico preocupa-se com tecnologias de diagnóstico e tratamento de enfermidades. Embora tenha aumentado a expectativa de vida, não são valorizadas as habilidades que envolvem a relação médico–paciente. “Esse sucesso na manutenção da vida, no entanto, não tem sido acompanhado do desenvolvimento da habilidade médica de ouvir, de cuidar, de compreender a vulnerabilidade dos pacientes diante do sofrimento e ao adoecer” (p.60, apud Puchalski, 2001). Crivari e Berbel (2008) compartilham essa mesma opinião:

O modelo biologicista hegemônico que tem conduzido a formação dos profissionais da saúde apresenta características marcadas por currículos organizados em disciplinas que enfatizam o conhecimento das doenças e o tratamento dos doentes. Como consequência, o *locus* privilegiado para o “treinamento dos aprendizes” é o hospital; o conceito de saúde dominante é representado pela ausência de doenças; e o domínio da alta complexidade tecnológica é a principal meta dos cursos e das instituições de saúde. (p.6)

Diante disso, Chirelli e Mishima (2004) apontam a necessidade de elaboração de projetos com as seguintes características:

[...] que tenham potência para formar profissionais comprometidos com a sociedade e com seus problemas de saúde, numa perspectiva que articule a teoria e a prática, numa visão crítica a respeito da realidade, integrando os diversos aspectos dos problemas de saúde, considerando a complexidade do ser humano, o contexto em que ele

vive e trabalha e que os profissionais tenham competência para enfrentar os desafios do século XXI, construindo uma consciência crítica a respeito do contexto em que estão inseridos. (p.326)

Segundo Paim (1996), para formar profissionais de saúde mais bem preparados para as novas exigências da sociedade, cuja prática permita a adesão às políticas de saúde, as formulações pedagógicas das universidades devem contemplar: a capacidade de análise do contexto das práticas realizadas; a compreensão do processo de trabalho em saúde; o exercício da comunicação no cuidado em saúde; a atenção a problemas e necessidades de saúde; o senso crítico com relação às intervenções realizadas; e o permanente questionamento sobre o significado de seu trabalho.

Crivari e Berbel (2008) acrescentam que a formação necessita centrar-se na promoção da saúde, entendida como qualidade de vida; no processo de trabalho; na interdisciplinaridade; no desenvolvimento de habilidades para a ação social; e na capacitação na educação em saúde, a fim de formar, ao mesmo tempo, bons profissionais e bons cidadãos. As autoras afirmam ainda:

É essencial que, na atualidade, formemos profissionais embasados não somente em conhecimentos advindos da literatura, que muitas vezes mostram a realidade de outros países, principalmente os EUA, mas também em conhecimentos que nasceram da resolução de problemas de seu país e da comunidade em que estão inseridos, através da participação ativa nesse contexto. (p.13)

Uma formação em Saúde que supere uma educação centrada somente no conhecimento do professor é defendida em diferentes estudos. Para os seus autores, isso possibilita uma educação problematizadora, na qual o aluno desem-

penha papel central na busca do conhecimento, através do desenvolvimento da capacidade de “aprender a aprender”, o que cria oportunidades para uma educação permanente (Chirelli; Mishima, 2004; Campos; Boog, 2006; Crivari; Berbel, 2008; Espírito Santo et al., 2008; Mitre et al., 2008; Rodrigues; Caldeira, 2008; Silva; Miguel; Teixeira, 2011).

Rodrigues e Caldeira (2008) entendem o processo de aprender a aprender como busca de conhecimento em diversas fontes:

Isso requer o desenvolvimento de habilidades de busca, seleção e avaliação crítica de dados e informações em livros, periódicos, bases de dados locais e remotas, além da utilização das fontes pessoais de informações, incluindo a advinda de sua própria experiência profissional. (p.634, apud Brasil, 2005)

Para Fernandes et al. (2005), o aprender a aprender engloba aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser, garantindo a integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade” (p.455). Ressalte-se que esses “aprender a...” são fruto do relatório de Delors (1998), que discute os novos objetivos da educação do século XXI, a fim de ampliar conceitos sobre seu papel e os meios que utiliza para a superação dos desafios da atualidade. Segundo esse relatório, a educação deve estar “situada no coração do desenvolvimento tanto da pessoa humana como das comunidades” (Mitre et al., p.14).

Ainda em relação ao aprender a aprender, Fernandes et al. (2005) assinalam que compete à formação sobre a informação, ou seja:

[...] a capacidade de articular conhecimentos, de desenvolver habilidades e atitudes; de saber buscar informa-

ções para resolução de problemas e de enfrentamento a situações de imprevisibilidade; de mobilizar a sua inteligência para fazer face aos desafios do trabalho; de apreender a realidade social e de reconhecer as lacunas do seu conhecimento. (p.446)

Dal Poz et al. (1992), assim como Farah e Pierantoni (2003), consideram que a velocidade das informações e as mudanças na sociedade revelam que não se podem mais trabalhar saberes superficiais, mas sim o que é desejável, o “aprender a aprender”.

Com relação aos ganhos de trabalhar com o aprender a aprender na formação em Saúde, Silva, Miguel e Teixeira (2011) apontam que proporciona “uma visão ética, humanística e responsabilidade social, importantes qualidades na prática no Sistema Único de Saúde (SUS)” (p.79).

Lima, Komatsu e Padilha (2003) acrescentam a importância de superar o enfoque do ensino em Saúde centrado em aspectos biomédicos, que limitam a aprendizagem, pois, para os autores,

[...] é imperioso que o profissional de saúde tenha uma atitude contínua de aprender e habilidades para a busca e crítica das informações obtidas. A prática em saúde requer destrezas psicomotoras que permitam a execução de procedimentos com segurança e técnica acurada e atitudes que conformem a relação com o paciente e o trabalho em equipe. Como condutores dessa prática, sentimentos de humanidade, respeito aos direitos das pessoas e compromisso social são fundamentais para o exercício profissional ético. (p.177)

Para Godoy (2002), nesse cenário devem ser valorizadas: a qualidade da assistência e a eficiência do trabalho em saúde; a articulação entre teoria e prática e entre uni-

versidade, serviços de saúde e organizações comunitárias; e estratégias que coloquem o aluno como sujeito do processo de ensino/aprendizagem.

Com a Constituição brasileira de 1988, ficou determinado que o setor de Saúde, além de organizar-se por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), deverá rever os processos de formação dos profissionais, tendo em vista um perfil mais generalista e consoante com a realidade social e epidemiológica (Rezende et al., 2006).

Isso significa que a transformação, no modelo hegemônico, é impulsionada por políticas públicas relacionadas às necessidades da população, como a implementação do SUS e sua estratégia mais inovadora, a Estratégia de Saúde da Família (Crivari; Berbel, 2008).

Essa preocupação com a qualificação do cuidado à saúde faz parte das mudanças previstas para a educação médica, como o ensino centrado na prática em saúde e nos princípios da integralidade e da intersetorialidade das ações; a diversificação dos cenários de aprendizagem, como os da atenção primária (pois visa as reais necessidades de saúde da população, adota o trabalho multiprofissional e intervenções de educação em Saúde); e a valorização das dimensões psicossociais do adoecer (Cyrino; Rizzato, 2004; Gianini et al., 2008; Rodrigues; Vieira; Torres, 2010; Silva; Miguel; Teixeira, 2011; Berger, 2011).

Crivari e Berbel (2008) reforçam que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), implantadas nos anos 2000 para os cursos de graduação em Saúde, têm por intuito buscar uma formação dos profissionais de saúde orientada para o SUS.

Essas diretrizes caminham para uma articulação entre os programas do Ministério da Saúde e os projetos pedagógicos e buscam formar um profissional que atue com qualidade na promoção e na prevenção da saúde, de modo

a atender às necessidades sociais (Kruze; Bonetti, 2004; Rezende et al., 2006; Marin et al., 2010).

As DCNs propõem o rompimento com o modelo arcaico e rígido de ensino, fornecendo elementos filosóficos, conceituais, políticos e metodológicos que compõem as habilidades essenciais aos profissionais de saúde. Daí emerge o desafio de romper com a tradição tecnicista do ensino, com o aspecto curativo do atendimento, em virtude do próprio modelo de atenção à saúde existente no Brasil (Kruze; Bonetti, 2004).

Para tanto, utilizam-se “novos referenciais” para a educação na área da Saúde, como as metodologias ativas, tornando o aluno protagonista do seu próprio processo de formação (Cyrino; Pereira, 2004; Damasceno; Said, 2008; Mitre et al., 2008; Silva; Delizoico, 2008; Marin et al., 2010; Cotta et al., 2012).

As metodologias ativas buscam superar a memorização e a mera transferência de conhecimentos, propondo a construção do conhecimento a partir da vivência de situações reais. Além disso, tomam as práticas e os problemas da realidade como foco para a aprendizagem e abraçam a ideia do professor mediador. Ou seja, o ato do conhecimento acontece em uma relação de troca enriquecedora entre educador, educando e conteúdo (Rodrigues; Caldeira, 2008; Fonseca et al., 2009).

A utilização de metodologias ativas é um desafio para os educadores preocupados em formar sujeitos críticos, reflexivos, corresponsáveis pela construção do próprio processo de aprendizado ao longo da vida, e implica conhecer os princípios pedagógicos que as sustentam: os princípios da pedagogia crítica (Prado et al., 2012).

Essas metodologias baseiam-se em estratégias de ensino fundamentadas na concepção pedagógica crítico-reflexiva, que permite olhar e intervir sobre a realidade, favorecendo a construção coletiva do conhecimento e seus diferentes

saberes. Caracterizam-se como práticas que estimulam a criatividade na construção de soluções para os problemas e promovem a liberdade no processo de pensar e de agir, explorando processos significativos de mudança nos conflitos e nas contradições de uma realidade historicamente construída (Cyrino; Pereira, 2004; Cotta et al., 2012).

Para Cyrino e Rizzato (2004), Cyrino e Pereira (2004), Silva e Delizoico (2008), Cardoso et al. (2011) e Freitas (2012), algumas metodologias ativas são conhecidas como aprendizagem baseada em problemas (ABP) e problematização. Buscam romper com os métodos tradicionais de ensino/aprendizagem através da construção de uma visão que procura superar a fragmentação do conhecimento, o que pode representar um avanço na formação de profissionais da saúde para o SUS. Apoiam-se na aprendizagem por descoberta, significativa, e na resolução de problemas (Berbel, 1998; Cyrino; Pereira, 2004; Marin et al., 2010).

A aprendizagem baseada em problemas foi implantada, no final da década de 1960, na Universidade de McMaster, Canadá, e, pouco depois, na Universidade de Maastricht, Holanda (Cyrino; Pereira, 2004; Silva; Delizoico, 2008).

A metodologia da problematização adotada nas novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação no Brasil está baseada no referencial teórico de Freire e é marcada pela busca de transformar a sociedade por meio da prática conscientizadora (Cyrino; Pereira, 2004; Miranda; Barroso, 2004; Backes et al., 2007; Mitre et al., 2008; Rodrigues; Caldeira, 2008; Marin et al., 2010; Corrêa et al., 2011; Borille et al., 2012).

A problematização tem sido muito utilizada como estratégia de ensino/aprendizagem, pela sua abordagem pedagógica, que estimula a participação do aluno, desenvolve a autonomia e a compreensão da responsabilidade individual

e coletiva no processo de aprendizagem (Cotta et al., 2012). Pode ser utilizada em diferentes contextos, sem implicar grandes mudanças na gestão de um curso, e ser operacionalizada tanto em aulas teóricas como práticas (Cyrino; Pereira, 2004; Silva; Delizoico, 2008; Freitas, 2012).

É possível perceber que o novo perfil do profissional de saúde contempla habilidades que valorizem a produção de saúde, ampliando o olhar para além da ausência de doenças, mas sobretudo para o ser humano e sua relação com o contexto da vida, que determina suas condições de saúde. É necessário oferecer aos alunos dos cursos de graduação em Saúde meios para qualificar sua futura prática profissional, como as metodologias ativas.

Bases teóricas da problematização

A metodologia da problematização possui pontos de aproximação com a educação e o trabalho pedagógico do professor, entendidos como um processo historicamente construído, e encontra fundamentos na filosofia da práxis, na pedagogia libertadora/problematizadora de Paulo Freire e na pedagogia crítico-social dos conteúdos.

A educação problematizadora se insere no contexto da educação libertadora e carrega a motivação da aprendizagem a partir da identificação de uma situação-problema que analisa criticamente. Libâneo (1984) afirma ainda:

Aprender é um ato de conhecimento da realidade concreta, isto é, da situação real vivida pelo educando, e só tem sentido se resulta de uma aproximação crítica dessa realidade. O que é apreendido não decorre de uma imposição ou memorização, mas do nível crítico de conhecimento, ao qual se chega pelo processo de compreensão, reflexão e crítica. (p.35)

Freire (2005) acrescenta que a educação problematizadora está pautada na busca dos homens pelo mundo, com o mundo e com os outros, não se reduzindo ao ato de depositar ou transferir conhecimentos, característica da educação dita bancária, pela qual os que se julgam sábios ensinam aos que nada sabem.

O educador que problematiza deve oferecer aos educandos as condições para a superação do conhecimento, provocando o desvelamento da realidade resultante de sua inserção crítica nela. Para Freire (2005):

Quanto mais se problematizam os educandos, como seres no mundo e com o mundo, tanto mais se sentirão desafiados. Tão mais desafiados, quanto mais obrigados a responder ao desafio. Desafiados, compreendem o desafio na própria ação de captá-lo. Mas, precisamente porque captam o desafio como um problema em suas conexões com outros, num plano de totalidade e não como algo petrificado, a compreensão resultante tende a tornar-se crescentemente crítica, por isto, cada vez mais desalienada. (p.80)

Ao refletir sobre os homens em suas relações com o mundo, a problematização propõe novas compreensões. Surgem novos desafios, que dão espaço a outros, em resposta aos primeiros. Uns e outros vão se articulando em desafios maiores, que passam a compor respostas cada vez mais complexas. Isso porque os educandos vão construindo sua compreensão de mundo através de suas relações com ele – ou seja, a realidade não se mostra mais imóvel, mas em processo, em transformação (Freire, 2005).

A educação problematizadora tem como princípio a transformação da sociedade, por meio da transformação do homem nela inserido, de modo que atue informado, de forma consciente, mais política e criativa, ampliando sua

consciência e seu papel na sociedade de transformar a si próprio e ao seu meio por meio da atividade prática, intencional e consciente, pela práxis (Berbel, 2006; Schaurich; Cabral; Almeida, 2007).

Para Freire (1996), a ação de problematizar enfatiza a práxis, pois o sujeito busca soluções para a realidade, transformando-a com a sua própria ação, ao mesmo tempo que se transforma e passa a detectar novos problemas e a buscar transformações. O conceito de práxis como atividade transformadora reflete a passagem da teoria à prática, de modo consciente, entre pensamento e ação intencionalmente realizada.

O conceito de práxis apresentado por Vázquez (1977, apud Berbel, 2006) em *Filosofia da práxis* significa “elevar nossa consciência da práxis como atividade material do homem que transforma o mundo natural e social para fazer dele um mundo humano” (p.3).

Berbel (2006) considera que a práxis não se restringe apenas à interpretação do mundo, mas funciona também como guia para sua transformação, e vai além:

A práxis é uma atividade consciente e intencionalmente transformadora; para se atingir o nível da práxis é preciso ultrapassar o senso comum; é preciso superar o ponto de vista espontâneo e instintivo da consciência comum; alcançar o nível da práxis significa ascender a um ponto de vista objetivo e científico a respeito da atividade humana; a práxis implica, pois, em relação consciente entre pensamento e ação, entre teoria e prática; é pelo trabalho do homem que ele se eleva a uma concepção da práxis humana total; é pela práxis que o homem atinge o domínio sobre a natureza e sobre ele mesmo; a práxis constitui um instrumental para se abordar os problemas do conhecimento, da história, da sociedade e do próprio ser; o nível da consciência da práxis equivale a um nível

de consciência filosófica, para além do senso comum; e a práxis constitui um instrumento de superação criadora e revolucionária do já existente. (p.9)

A educação problematizadora, segundo Freire (2005), permite desenvolver a práxis, pois reconhece a historicidade dos sujeitos e o caráter histórico da realidade, ou seja, os indivíduos são “seres além de si mesmos” que buscam melhor construir o futuro e melhor conhecer o que estão vivendo, dentro de um movimento permanente e histórico, uma realidade que também se apresenta inacabada e historicamente construída. De acordo com o autor, a educação problematizadora

[...] reconhece como seres que **estão sendo**, como seres inacabados, inconclusos, **em** e **com** uma realidade que, sendo histórica também, é igualmente inacabada. Na verdade, diferentemente dos outros animais, que são apenas inacabados, mas não são históricos, os homens se sabem inacabados. Têm a consciência de sua inconclusão. Aí se encontram as raízes da educação mesma, como manifestação exclusivamente humana. Isto é, na inconclusão dos homens e na consciência que dela têm. Daí que seja a educação um que fazer permanente. Permanente, na razão da inconclusão dos homens e do devenir da realidade. Desta maneira, a educação se refaz constantemente na práxis. Para ser tem que **estar sendo**. (p.84)

Também considerada progressista, a pedagogia crítico-social dos conteúdos, conforme Libâneo (1984), considera a educação na formação para a realidade e suas contradições, utilizando para isso a socialização dos conteúdos, visando a postura ativa do educando na sociedade democrática.

A difusão de conteúdos é a tarefa primordial. Não conteúdos abstratos, mas vivos, concretos e, portanto, indissociáveis das realidades sociais. A valorização da escola como instrumento de apropriação do saber é o melhor serviço que se presta aos interesses populares, já que a própria escola pode contribuir para eliminar a seletividade social e torná-la democrática. Se a escola é parte integrante do todo social, agir dentro dela é também agir no rumo da transformação da sociedade. Se o que define uma pedagogia crítica é a consciência de seus condicionantes histórico-sociais, a função da pedagogia “dos conteúdos” é dar um passo à frente no papel transformador da escola, mas a partir das condições existentes. Assim, a condição para que a escola sirva aos interesses populares é garantir a todos um bom ensino, isto é, a apropriação dos conteúdos escolares básicos que tenham ressonância na vida dos alunos. Entendida nesse sentido, a educação é uma atividade mediadora no seio da prática social global, ou seja, uma das mediações pela qual o aluno, pela intervenção do professor e por sua própria participação ativa, passa de uma experiência inicialmente confusa e fragmentada a uma visão sintética, mais organizada e unificada. (p.39)

Para Crivari e Berbel (2008), a educação também tem como objetivo, nessa pedagogia, permitir que as classes populares se apropriem do conhecimento das classes dominantes, assimilando conteúdos que interfiram na vida do sujeito.

Libâneo (1984) aponta que a pedagogia crítico-social dos conteúdos carrega conteúdos culturais apropriados pela humanidade, revistos frente às realidades sociais.

Embora se aceite que os conteúdos são realidades exteriores ao aluno, que devem ser assimilados e não simplesmente reinventados, eles não são fechados e refra-

tários às realidades sociais. Não basta que os conteúdos sejam apenas ensinados, é preciso que se liguem à sua significação humana e social. Essa maneira de conceber os conteúdos do saber não estabelece oposição entre cultura erudita e cultura popular, ou espontânea, mas uma relação de continuidade em que, progressivamente, se passa da experiência imediata e desorganizada ao conhecimento sistematizado. (p.40)

Essa pedagogia privilegia a questão dos conteúdos. O autor considera que os métodos de ensino estão subordinados aos conteúdos, pois o objetivo é a aquisição do saber, e os métodos precisam beneficiar os interesses dos alunos com relação aos conteúdos. “Os métodos de ensino da pedagogia crítico-social dos conteúdos não partem, então, de um saber artificial, depositado a partir de fora, nem do saber espontâneo, mas de uma relação direta com a experiência do aluno, confrontada com o saber trazido de fora” (Libâneo, 1984, p.40).

O trabalho docente articula a experiência dos alunos com os conteúdos sugeridos pelo professor, rompendo com a experiência pouco significativa. Para Libâneo (1984), essa ruptura é possível com a introdução de novos elementos aplicados à prática do aluno e esclarece que

[...] uma aula começa pela constatação da prática real, havendo, em seguida, a consciência dessa prática no sentido de referi-la aos termos do conteúdo proposto, na forma de um confronto entre a experiência e a explicação do professor. Vale dizer: vai-se da ação e a explicação e da compreensão à ação, até a síntese, o que não é outra coisa senão a unidade entre a teoria e a prática. (p.41)

Libâneo (1984) entende o conhecimento como resultado de trocas entre o meio e o sujeito, cabendo ao pro-

fessor realizar essa mediação. “Ou seja, o aluno, com sua experiência imediata num contexto cultural, participa na busca da verdade, ao confrontá-la com os conteúdos e modelos expressos pelo professor” (p.41). Entretanto, o autor sinaliza que “esse esforço do professor em orientar, em abrir perspectivas a partir dos conteúdos implica um envolvimento com o estilo de vida dos alunos, tendo consciência inclusive dos contrastes entre sua própria cultura e do aluno” (p.41).

Constata-se que os fundamentos teóricos que embasam a metodologia da problematização são resultantes de um entendimento sobre educação que vai além da simples transmissão de conhecimentos, como um fim em si mesma. Isso porque essa metodologia concebe a educação como fenômeno social, que tem como objetivo formar a consciência crítica do indivíduo para que atue intencionalmente na sua realidade. Para isso, utiliza a socialização dos conteúdos e busca a construção do saber, cabendo ao professor articular a vivência dos alunos com o meio.

Muito mais do que estar inserida numa tendência pedagógica, essa metodologia estende um complexo olhar sobre o indivíduo, suas experiências e sua relação com o meio.

Práticas pedagógicas nos serviços de saúde: aproximando as práticas problematizadoras com a área da Saúde

Nesta parte situaremos o processo histórico das práticas educativas tradicionais e daquelas baseadas nos conceitos do educador Paulo Freire no contexto da área da Saúde, não só no que se refere ao ensino, mas também ao contexto dos serviços de saúde, de educação popular em saúde. Esta breve contextualização histórica resgatará al-

guns dos principais marcos das presenças pedagógicas no âmbito da saúde no país.

As preocupações com a transmissão de conhecimentos relativos à saúde da população datam de cerca de 1894, diante da necessidade de controlar as epidemias que se alastravam pelo país: peste, tuberculose e febre amarela. Em 1920, surgiu a expressão “educação sanitária”, a qual tinha como foco divulgar hábitos de higiene, partindo do princípio de que o indivíduo era considerado o principal fator de doença (Donato, 2000). A figura do educador sanitário ganhou força junto à população. Ele difundia as normas e regras do discurso higienista, distante da cultura da população, dos costumes e das crenças, buscando impor atitudes consideradas adequadas para ter uma boa saúde, conforme esclarecem Silva et al. (2010):

[...] as ações de educação em saúde passaram a se desenvolver pelos educadores sanitários e professoras, que eram treinados para exercerem a função de educar a população. Porém, houve uma grande falha na proposta da década de 20, que foi o pequeno peso conferido aos fatores ambientais e ainda a excessiva importância aos agentes etiológicos. As ações não intervinham nas condições de vida e de trabalho a que a classe popular estava submetida. (p.2.542)

Nos anos de 1930 a 1945, a educação sanitária assumiu um caráter mais autoritário, e a ênfase na formação de hábitos sadios e limpos entre a população persistia. A pedagogia utilizada baseava-se no combate à ignorância e na difusão de conhecimentos e hábitos de higiene considerados adequados. Os materiais didáticos utilizados eram folhetos, cartazes, livretos e filmes, com mensagens acompanhadas de ilustrações aterrorizantes.

Fazendo um paralelo com Foucault (1987), pode-se dizer que as formas de exercer a vigilância e o controle sobre os indivíduos configuravam-se como um modelo disciplinar que tinha como função desfazer todos os equívocos, tanto relativos à maneira de transmissão das doenças propriamente dita quanto ao poder sem divisão, numa hierarquia em que cada indivíduo tinha o seu lugar e a sua função bem delimitados. A disciplina, segundo esse autor, possui a função de

caracterizar (e em consequência reduzir as singularidades individuais) e constituir classes (portanto excluir as considerações de número). [...] tem por função tratar a multiplicidade por si mesma, distribuí-la e dela tirar o maior número possível de efeitos. (p.136)

Isso remete às técnicas, poderosos instrumentos de controle social, pois definem um modo de investimento político, ou seja, os regulamentos e as normas fazem parte do controle social. Os espaços que utilizam a disciplina, juntamente com essas técnicas, facilitam o recorte segmentar da sociedade e garantem a obediência do indivíduo a ordens impostas, o que Foucault (1987) denomina técnicas de poder e processo de saber.

Tais características se inserem no autoritarismo, na transmissão verticalizada de informações à população e nas ferramentas utilizadas pelo poder público para tomar a seu cargo a solução dos problemas de saúde, recorrendo para isso ao adestramento de condutas e à alienação, pois, segundo Foucault (1987),

[...] o que importa não é compreender, mas perceber o sinal, reagir logo a ele, de acordo com um código mais ou menos artificial estabelecido previamente. Colocar

os corpos num pequeno mundo de sinais a cada um dos quais está ligada uma resposta obrigatória. (p.149)

Segundo Montagner (2008), citando Foucault (1988), esse posicionamento na área da Saúde possibilitava um “recrudescimento do controle dos indivíduos que exigiria um conhecimento agudo de técnicas de mensuração, de esquadrinha do espaço social e de individualização da vigilância nas sociedades” (p.195). Assim, os médicos seriam os responsáveis pela administração dos saberes sobre a saúde, explica o autor.

Em 1950, os educadores sanitários passaram a se preocupar em conhecer os aspectos socioeconômicos e culturais da população dita “marginalizada”, visando integrá-la à sociedade em geral. Dessa forma, a partir de 1967, surgiram novos programas educativos, que começaram a fazer parte dos serviços de saúde. Houve tentativas de melhorar as práticas dos programas educativos em Saúde, baseadas em práticas comprometidas com as classes populares (Donato, 2000).

De maneira geral, entre os anos de 1950 e 1960, a pedagogia em Saúde, para Silva et al. (2010), tinha por meta remover os obstáculos culturais e psicossociais às inovações tecnológicas de controle das doenças, a fim de manter o domínio estrutural da sociedade.

Porém, segundo Vasconcelos (2001), foi a partir da década de 1970 que profissionais da saúde, preocupados em desenvolver uma prática mais significativa junto às classes populares, buscaram formas alternativas de atuação. Passaram a valorizar o diálogo, para compreender o saber do interlocutor popular, e as trocas interpessoais, que acontecem tanto nos contatos formais (consultas individuais, reuniões educativas e visitas domiciliares) como nos informais.

Conforme Silva et al. (2010), a participação de profissionais de saúde nas experiências de educação popular, a

partir dos anos de 1970, fez o setor da saúde estabelecer uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em Saúde.

A educação popular na área da Saúde passou a dinamizar e fortalecer a relação com a população e seus movimentos. Buscou trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, oferecendo formas coletivas de aprendizado e investigação, favorecendo a capacidade de análise crítica da realidade (Vasconcelos, 2001).

Foi nesse cenário que o método educacional sistematizado por Paulo Freire constituiu-se como referência para a relação entre os profissionais da saúde e as classes populares, abrindo espaço para novas experiências no campo da educação em Saúde, baseadas no método dialógico do educador, configurando, enfim, a educação popular em Saúde, segundo Silva et al. (2010).

Para Vasconcelos (2001), a educação popular em Saúde apresenta as seguintes características:

O elemento fundamental do seu método é o fato de tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior das classes populares [...]. No trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e pela transformação da realidade, as pessoas vão adquirindo um entendimento sobre a sua inserção na sociedade e na natureza. Este conhecimento fragmentado e pouco elaborado é a matéria-prima da educação popular. A valorização do saber popular permite que o educando se sinta “em casa” e mantenha a sua iniciativa. Neste sentido, não se reproduz a passividade usual dos processos pedagógicos tradicionais. Na educação popular não basta que o conteúdo discutido seja revolucionário, se o processo de discussão se mantém vertical. (p.124)

Silva et al. (2010) ressaltam a ideia de que a educação popular em Saúde se afasta do autoritarismo da cultura sanitária e do modo tradicional de definir normas na área de Saúde, optando pela participação das pessoas comuns e pela interlocução entre saberes e práticas. Parte do conhecimento sobre as doenças e seus processos de cura que as classes populares adquiriram na vivência cotidiana e defende que esse saber seja respeitado e incorporado às práticas de saúde. Dessa forma, ocorre uma relação horizontal entre os profissionais de saúde, considerados mediadores, e a comunidade, através de um diálogo educativo não punitivo, não normativo.

Pautando-se nas teorias de Foucault (1987), Montagner (2008) considera que o conceito de saúde coletiva surgiu em decorrência da luta pela democratização, através do movimento sanitário, que permitiu a abertura de novos espaços de práticas em saúde.

As formações discursivas – no sentido de Foucault – presentes no campo da saúde, sob o efeito das práticas discursivas colocadas em jogo pelos movimentos sociais, acabaram cristalizando-se em torno de uma nomeação específica, destinada a justificar ideologicamente práticas sociais, como ocorreu com o conceito “saúde coletiva”. (Montagner, 2008, p.204)

Após a criação do SUS, na década de 1980, ainda prevaleceu a educação tradicional, e o poder continuou nas mãos do profissional da saúde. No entanto, a educação popular ganhou visibilidade e incorporou outras práticas e espaços educativos, encorajando as pessoas a assumir maior controle sobre sua saúde e suas vidas (Silva et al., 2010).

A partir dos anos de 1990, passou a ser feita a análise das demandas em saúde. Surgiu a preocupação com a pro-

moção da saúde e com as conclusões de discussões da área da Sociologia e de outras ciências humanas (Montagner, 2008).

Nessa época, experiências com educação popular e saúde multiplicaram-se, consolidando a trajetória de atuação nos novos serviços de saúde (Vasconcelos, 2001).

Martins (1999) destaca que a valorização do contato e do saber do outro, ao construir as ações em saúde, guarda relação direta com o novo paradigma, no qual natureza e cultura, homem e mundo, mente e corpo são partes de uma mesma substância e dependem uns dos outros. A ciência necessita afastar-se do reducionismo, do mecanicismo, de tratar o ser humano como partes isoladas, incorporando aspectos culturais e sociais às suas práticas. O autor explica:

[...] não mais tomar o corpo como uma matéria morta e a mente como efeito de seu funcionamento; mas corpo e mente como aspectos do indivíduo considerado uno, múltipla e complexamente uno. Pensar o indivíduo como afetando-se somática e psiquicamente, em uma autoimplicação que inclui, necessariamente, o social, assim como seus pensamentos, sua visão de mundo, seu estar no mundo, sua compreensão. (p.108)

Ao redefinir os conceitos de saúde e doença, a sociedade precisa superar a ideia de que a ausência de saúde está relacionada à inexistência de normas, de condutas, ao não cumprimento de “regras” para ter uma vida saudável, e ver esses conceitos como uma resposta do indivíduo às suas condições de vida (Martins, 1999).

[...] o “meio ambiente” em seu sentido lato, a saúde e a enfermidade refletirão uma teia de relações, particulares, ligadas aos indivíduos tomados como somatos psíquicos

e sociais, em sua complexidade real, em suas queixas, afecções, tristezas e alegrias, que devem ser levadas em conta por todos os profissionais de saúde (que, neste sentido lato, incluiriam inclusive os governantes). (p.110)

Apesar dos avanços nos modos de educar para a saúde, ainda existem armadilhas que podem considerar eficiente um corpo disciplinado. O exercício do poder, ao pulverizar os espaços de controle, fortalece as prescrições coercitivas que tratam o ser humano como instrumento ou máquina, impondo uma regulamentação que limita as decisões sobre a vida e a consciência sobre a produção de saúde (Foucault, 1987).

Assim, refletir se as práticas educativas em Saúde são trabalhadas de maneira mecânica, embora o contexto atual exija protagonismo dos indivíduos na compreensão do paradigma saúde/doença, é repensar as relações de poder existentes na nossa sociedade e suas formas de entender as singularidades e atuar sobre elas.

Como se pôde observar, posturas tradicionais, autoritárias e verticalizadas nas práticas educativas em Saúde dividem espaço com posturas que valorizam o diálogo e o saber popular, tomando-os como ponto de partida para as intervenções em saúde. Tais posturas demarcam a evolução do conhecimento sobre o ser humano, sua relação com a sociedade e suas condições de vida.