ARTIGO DE REVISÃO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SUAS VERSÕES NA HISTÓRIA BRASILEIRA

Isabela Pilar Moraes Alves de Souza[a]

Ronaldo Ribeiro Jacobina[b]

Resumo

O presente ensaio tem o objetivo de analisar historicamente as práticas de educação em saúde no Brasil durante o período Republicano. Com base em uma retrospectiva das práticas de educação em saúde e dos discursos a elas subjacentes são reconstituídas as racionalidades determinantes de tais práticas. Durante os períodos Higienista e o da Educação Sanitária, as ações educativas no campo da saúde foram vistas como a transmissão de conhecimentos de alguém detentor do saber científico para alguém "sem conhecimento", desconsiderando o saber popular. Hoje, o objetivo da educação em saúde é desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade por sua própria saúde e pela saúde da comunidade à qual pertencem. Concluiu-se que, atualmente, há um descompasso entre teoria e prática, pois, a despeito de uma nova concepção de educação em saúde emancipadora, as atividades educativas ainda têm caráter higienista, imperativo e de transmissão vertical de conhecimentos, em um retorno histórico às raízes da educação em saúde.

Palavras-chave: Educação em saúde. Educação sanitária. Promoção da saúde.

HEALTH EDUCATION AND ITS VERSIONS IN BRAZILIAN HISTORY

Abstract

This essay aims at analyzing historical practice of health education in Brazil during the Republican period. Starting with a retrospective of health education practices and discourses underlying them, the rationale of such practices is reconstructed. During periods of hygiene and health education, education focused on health was seen as the transmission of knowledge from

[a] *Acadêmica do curso de medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.*

[b] *Doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Professor Associado II do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Professor Permanente do Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho (MSAT), Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB), UFBA.*

Endereço para correspondência: *Av. Jorge Amado, nº 367, Imbuí, Salvador, BA. CEP: 41720-040 isabelapilar@hotmail.com*

one holder of scientific knowledge to someone "with no knowledge", disregarding common sense. Today, the goal of health education is to develop in people a sense of responsibility towards their own health and the health of the community in which they belong. It is concluded that currently there is a gap between theory and practice, and although a new concept of liberating health education, educational activities are still hygienist, imperative and with linear transmission of knowledge character, tracing a historic return to the roots of health education.

Key words: Health education. Health promotion.

INTRODUÇÃO

Em conformidade com o princípio da integralidade, a abordagem do profissional de saúde não se deve restringir à assistência curativa, e sim buscar dimensionar fatores de risco à saúde e, por conseguinte, à execução de ações preventivas e de promoção, a exemplo da educação em saúde. Seguindo este princípio, as atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais de saúde.[1-3] Ela permeia todos os níveis de prevenção, além de estar presente nas ações de recuperação e tratamento.

Como a educação em saúde é parte da saúde pública e, consequentemente, da medicina, cada época reflete as tendências dessas áreas e acaba reproduzindo suas concepções. Assim, não se podem criticar as fases Higienista e da Educação Sanitária sem localizá-las no tempo e no espaço, já que sempre receberam influência não só da saúde pública como da própria medicina.[4]

Ao se fazer um exame crítico abrangente da educação em saúde, durante as últimas décadas, detecta-se um desenvolvimento surpreendente e uma reorientação crescente das reflexões teóricas e metodológicas nesse campo de estudo. Observa-se, entretanto, que essas reflexões não vêm sendo traduzidas em intervenções educativas concretas, uma vez que as últimas não se desenvolvem no mesmo ritmo e continuam utilizando métodos e estratégias do modelo vertical de educação, acarretando, em decorrência, um profundo hiato entre a teoria e a prática. Enquanto esta permanece pautada em concepções reducionistas e biologicistas, a teoria demonstra superação dessas concepções em detrimento de uma abordagem da doença mais compreensiva e interpretativa.[5]

O presente ensaio tem o objetivo de analisar historicamente as práticas de educação em saúde no Brasil durante o período Republicano.

HIGIENISMO

Mudanças nas estruturas sociais, econômicas e políticas aconteceram no Brasil no final do século XIX e início do século XX: a abolição da escravatura, a saída dos trabalhadores e suas

famílias do campo para cidades carentes de infraestrutura, o desenvolvimento do comércio e da indústria, a chegada dos imigrantes europeus.[4]

O crescimento urbano desordenado – sobretudo no Rio de Janeiro e São Paulo – trouxe como consequência problemas de toda ordem, entre os quais se destacaram as condições sanitárias ameaçadoras e os surtos epidêmicos.[6]

Essa situação inquietava as classes dirigentes, que aí visualizaram a necessidade de soluções rápidas para as doenças que assolavam os núcleos urbanos e começavam a ameaçar a força de trabalho, bem como a expansão das atividades capitalistas. Nesse sentido, merecem destaque as políticas de saúde da Primeira República consideradas como estratégias das classes dominantes relacionadas à dinâmica do capitalismo nacional e internacional.[4,7]

Ao longo do século XIX e início do século XX, uma série de investigações realizadas principalmente na Europa revelaram a influência de vetores na transmissão de doenças, reforçando a Teoria Microbiana das Doenças.[8]

Em 1870, com a descoberta de patógenos como agentes causadores de enfermidades, a fase Higienista enfatizou a concepção biológica da doença. Ao se atribuir à moléstia um agente específico, bastava eliminar o causador e ter-se-ia saúde.[7]

O Higienismo (que predominou até o início do século XX) foi marcado por uma educação controladora, baseada na teoria tradicional, liderada por Durkheim, que explicava o surgimento das doenças de forma bastante simplista, isto é, pela ignorância e descaso das pessoas.[4]

Considerava-se o povo incapaz de maiores entendimentos, e as poucas atividades educativas relacionadas à saúde eram de caráter normativo, com instruções a serem seguidas e sem a oportunidade da participação popular, sendo principalmente na base de transmissão de informações.[7] Em 1889, impressos sobre etiologia e prevenção da febre tifoide, peste, tuberculose e febre amarela eram distribuídos pela Diretoria Geral de Saúde Pública na capital do país. Tratava-se de folhetos escritos, a despeito de a maioria da população ser analfabeta. Acreditava-se que apenas a divulgação de informativos seria suficiente para provocar as mudanças pretendidas nos comportamentos dos indivíduos.[4]

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.[7]

A gestão do médico Oswaldo Cruz à frente dos serviços federais de saúde entre 1903 e 1909 caracterizou bem o movimento higienista brasileiro. Ainda nessa fase, a "polícia

sanitária" dedicava-se ao confinamento de enfermos em desinfectórios e à vacinação compulsória da população, relegando a educação a um segundo plano.[4]

O diretor do Departamento Nacional da Saúde Pública em 1920/21 sugeriu que os programas das escolas primárias deveriam incluir os novos hábitos, para que não fosse necessário modificá-los no adulto. Nesse momento, a infância – e sua entrada na escola – era apontada como o momento ideal para a criação de hábitos que possibilitariam a "higienização" dos indivíduos. No Terceiro Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em São Paulo, em 1926, o médico Carlos Sá sugeriu um verso que deveria ser recitado diariamente por todas as crianças como uma forma de se manterem saudáveis:[6]

Hoje escovei os dentes
Hoje tomei banho
Hoje fui à latrina e depois lavei as mãos com sabão
Hontem me deitei cedo e dormi com janellas abertas
De hontem e para hoje já bebi mais de 4 copos d'agua
Hontem comi ervas ou frutas, e bebi leite
Hontem mastiguei devagar tudo quanto comi
Hontem e hoje andei sempre limpo
Hontem e hoje não tive medo
Hontem e hoje não menti.

Refere-se, portanto, à higiene individual, alimentar e mental. Há que se reconhecer que, diante da situação de calamidade pública que vivia a saúde da população em geral, a higiene tanto individual quanto coletiva não era apenas uma necessidade rotineira, mas um imperativo de ordem social. É necessário convir, porém, que a simples memorização de versos não tem o poder de favorecer a saúde.

Enfim, se as descobertas científicas no que tange à Bacteriologia e a Microbiologia ofereceram caminhos para combater as várias epidemias que dizimavam a população, dentre estes caminhos a necessidade da higiene para prevenir os perigos do contágio de determinadas doenças, estas mesmas descobertas foram absorvidas para legitimar a ideia que atribui ao indivíduo a total responsabilidade por sua saúde ("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.[6]

EDUCAÇÃO SANITÁRIA

Segundo Ruth Marcondes,[4] em substituição à palavra "higiene", surgiu, nos Estados Unidos da América, em 1919, a expressão *health education* (educação sanitária).

No período de 1916 a 1942, a Fundação Rockfeller, instituição estadunidense, visando o controle das doenças tropicais com métodos de tratamento de baixo custo, atuou no Brasil e especialmente em alguns dos principais estados brasileiros. Um dos objetivos era o serviço de educação sanitária, que mostrava à população os benefícios das ações de saúde e a necessidade de observar as regras de higiene. Para os sanitaristas da época, nada mais eficaz do que a propaganda e a educação higiênica como ação profilática contra uma doença transmissível.[7]

Em 1924, no município de São Gonçalo, no estado do Rio de Janeiro, Carlos Sá e César Leal Ferreira criaram o primeiro *Pelotão de Saúde* em uma escola estadual. A educação deveria anular toda e qualquer oposição aos preceitos sanitaristas.[7,9]

As ideias da educação sanitária trazidas dos Estados Unidos da América para São Paulo, a partir de 1920, pelos professores Dr. Geraldo Horácio de Paula Souza e Dr. Francisco Borges Vieira, resultaram na redução do "poder de polícia" na saúde e na reforma dos serviços de saúde pública de São Paulo.[4]

Dr. Geraldo Horácio de Paula Souza, então Diretor Geral do Serviço Sanitário, criou, em 1925, a Inspetoria de Educação Sanitária e os *Centros de Saúde* do Estado de São Paulo, com a finalidade de promover "uma consciência sanitária" adquirida por meio da transmissão de conhecimentos sobre higiene e a cooperação em campanhas profiláticas.[4,7,9] O Centro de Saúde seria uma "aparelhagem", na qual o indivíduo "sanitariamente ignorante" e, por isso, potencialmente doente, entraria e apareceria saudável do outro lado.[10]

A fundação do Ministério da Educação e Saúde, na década seguinte, reunindo estas duas funções paralelas, tinha condições de proporcionar aos administradores as oportunidades de conjugá-las e, consequentemente, prover um campo educacional extraordinário para o propósito de tornar a vida saudável.[9]

Entretanto o assunto priorizado nesse momento era a febre amarela, que prejudicava a construção das ferrovias. As ações educativas restringiram-se a programas e serviços destinados à margem do jogo político, continuando a priorizar o combate a doenças infecto-contagiosas.[11]

Com o início do Estado Novo (1937), período de ditadura instaurado pelo governo de Getúlio Vargas, foram extintos os Centros de Saúde e criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões para atender aos trabalhadores do setor produtivo.[4]

Para Levy,[9] a primeira grande transformação de mentalidade nas atividades da educação sanitária ocorreu em 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Desde seu começo, o SESP reconheceu a educação sanitária como atividade básica de seus planos de trabalho, atribuindo aos diversos profissionais, técnicos e auxiliares de saúde, a responsabilidade das tarefas educativas, junto a grupos de gestantes, mães, adolescentes e à comunidade em geral. Foi o SESP que começou a preparar as professoras da rede pública de ensino como agentes educacionais de saúde.

De 1945 em diante, com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), surgiram novas discussões sobre o processo saúde-doença, destacando-se o conceito de saúde como o estado de mais completo bem-estar e não simplesmente ausência de doença. Embora o conceito de bem-estar fosse bastante amplo e pouco definido, constituiu-se em um avanço para o processo de transformação da educação sanitária.[4]

A clivagem do Ministério da Educação e Saúde em duas instituições autônomas poderia ter propiciado o fortalecimento da área de Educação Sanitária, mas isto só ocorreu alguns anos depois, primeiro com Ruth Marcondes e posteriormente com Brito Bastos, quando aconteceu uma grande transformação, com a reformulação da estrutura do Serviço Nacional de Educação Sanitária e a integração das atividades de educação no planejamento das ações dos demais órgãos do Ministério da Saúde.[9]

Estas mudanças refletiram também dois eventos internacionais. A 12ª Assembleia Mundial da Saúde, em Genebra, ocorrida em 1958, reafirmou o conceito "[...] que a educação sanitária abrange a soma de todas aquelas experiências que modificam ou exercem influência nas atitudes ou condutas de um indivíduo com respeito à saúde e dos processos expostos necessários para alcançar estas modificações".[9:2] Na 5ª Conferência de Saúde e Educação Sanitária, realizada na Filadélfia, em 1962, o Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde assinalou que "[...] os serviços de educação sanitária estão chamados a desempenhar um papel de primeiríssima importância para saltar o abismo que continua existindo entre descobertas científicas da medicina e sua aplicação na vida diária de indivíduos, famílias, escolas e distintos grupos da coletividade".[9:2]

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Nas diversas reorganizações administrativas do Ministério da Saúde, havidas entre 1964 e 1980, deve ser assinalada a criação da Divisão Nacional de Educação em Saúde da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde.[9]

A mudança de nomenclatura de educação sanitária para educação em saúde diz respeito a mudanças nos paradigmas vigentes na prática educativa da época.[4,9] A *educação sanitária* baseava-se na concepção de que o indivíduo tinha que aprender a cuidar de sua saúde, vista como ausência de doença.[4,7,10] A educação era entendida como um repasse de conhecimentos de saúde, seguindo a educação tradicional e a educação "bancária".[4,7,10,12] Segundo Paulo Freire, a educação bancária consiste na narração de conteúdos pelo educador para os educandos. "A narração [...] conduz os educandos à memorização mecânica do conteúdo narrado. Mais ainda, a narração os transforma em 'vasilhas', em recipientes a serem 'enchidos' pelo educador."[12:66]

O objetivo da educação em saúde, por sua vez, não é o de informar para a saúde, mas de transformar saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. Objetiva-se, ainda, que essas práticas educativas sejam emancipatórias.[3] A estratégia valorizada por este modelo é a comunicação dialógica, que visa à construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde.[13]

Na década de 1990 tem início a implementação da estratégia do Programa Saúde da Família que, no contexto da política de saúde brasileira, deve contribuir para a construção e consolidação do SUS.[14] Dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, destaca-se os de atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde. Isso devido à particularidade destes serviços, caracterizados pela maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais.[11] Dentre as funções de um médico de atenção básica, destacam-se: prestar atenção preventiva, curativa e reabilitadora, ser comunicador e educador em saúde.[1,15,16]

Grosso modo, dois tipos de profissionais engajam-se nas propostas do PSF: o primeiro grupo refere-se àqueles que já estavam engajados com a Educação Popular que, desde os anos da década de 1970, oferece uma alternativa para romper com uma prática tecnicista e distanciada da população.[16] O outro grupo agrega profissionais oriundos de serviços organizados de modo tradicional, e cuja relação com a população é caracterizada pelo distanciamento considerado "normal", ou ainda recém-formados, em sua maioria orientados em currículos tradicionais, em busca de um mercado de trabalho em expansão.[17]

Entre aqueles que vêm de práticas tradicionais de trabalho, a entrada no PSF evidencia alguns problemas relacionadas à formação: competências construídas com base em currículos inadequados e acríticos, despreparo dos profissionais para o enfrentamento

compartilhado dos problemas na comunidade, dificuldade em estabelecer diálogos e parcerias, ignorância da importância dos referenciais teóricos e metodológicos para o estabelecimento de processos pedagógicos de fato efetivos.[17]

Na crítica à própria formação, verifica-se a não valorização de práticas educativas como possibilidade de instaurar novas relações e processos no âmbito da saúde. É comum entre os profissionais de saúde a cultura de que não é preciso "aprender" a fazer educação em saúde, como se o saber clínico e a capacidade de falar de forma coloquial fossem suficientes para a implementação dessa prática;[16] a reflexão metodológica é tratada como algo desnecessário.

Com esse raciocínio, é frequente encontrarmos atividades baseadas nas "palestras" prescritivas de hábitos e condutas, tratando a população usuária de forma passiva, transmitindo conhecimentos técnicos sobre as doenças e como cuidar da saúde, sem levar em conta o saber popular e as condições de vida dessas populações. Muitas vezes, a culpabilização do próprio paciente por sua doença predomina na fala do profissional de saúde, mesmo que este conscientemente até saiba dos determinantes sociais da doença e da saúde.[18]

Embora representem concepções totalmente diferentes, a educação sanitária e a educação em saúde continuam a existir até os dias de hoje nas ações desenvolvidas por profissionais com variadas formações. Atividades educativas ainda tem caráter higienista, imperativo e de transmissão linear de conhecimentos, em um retorno histórico às raízes da educação em saúde e raramente com objetivos de autonomia e cidadania.[2,3,4,18]

REFERÊNCIAS

1. Brandão CR. A educação popular na área da Saúde. Interf.-Comun., Saúde, Educ. 2001;5(8):127-31.

2. Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. Interf.-Comun., Saúde, Educ. 2001;5(8):121-27.

3. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interf.-Comun. Saúde, Educ. 2005;9(16):39-52.

4. Pelicioni MCF, Pelicioni AF. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. O Mundo da Saúde 2007;31(3):320-28. Extraído de [http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/55/ 02_restrospectiva_historica .pdf], acesso em [9 de novembro de 2008].

5. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Cad. Saúde Públ. 2005;21(1):200-6.

6. Boarini ML, Yamamoto OH. Higienismo e eugenia: discursos que não envelhecem. Psicol. Rev. 2004;13(1):59-72. Extraído de [http://www.coc.fiocruz.br/psi/pdf/higienismo_eugenia.pdf], acesso em [11 novembro de 2008].

7. Oliveira JMAM, Oliveira MCM. Educação em saúde: do Campanhismo ao Saúde da Família. In: Congresso Brasileiro de História da Educação, Goiânia-Goiás. 4., 2006. Anais... Goiânia; 2006. Extraído de [http://www.sbhe.org.br/ novo/congressos/cbhe 4/individuais-coautorais/ eixo05/ Joseane%20Maria%20Andrade%20Mouzinho% 20de%20Oliveira%20e% 20Maria%20Cecilia%20M.pdf], acesso em [1 de novembro de 2008].

8. Rosen G. Uma história da saúde pública. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec; Edunesp; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994.

9. Levy SN, Silva JJC, Cardoso IFR, Werberich PM, Moreira LLS, Montiani H, et al. Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. In: Conferência Nacional de Saúde On Line. 10., 1996. Anais... Brasília; 1996. Extraído de [http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm], acesso em [11 de novembro de 2008].

10. Costa LSM. A educação em saúde e suas versões. Material didático de apoio à disciplina Saúde e Sociedade III. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 1999. Extraído de [http://www.uff.br/ses/arquivos/ educação%20 em%20saude %20e%20suas %20versoes], acesso em [5 de outubro de 2008].

11. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

12. Freire P. Pedagogia do oprimido. 41ª. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

13. Chiesa AM, Veríssimo MDLÓR. A educação em saúde na prática do PSF. Manual de enfermagem. Extraído de [http://www.ids-saude.org.br/ enfermagem], acesso em [20 de março de 2003].

14. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997.

15. L´Abbate S. Educação em Saúde: uma nova abordagem. Cad. Saúde Públ. 1994;10(4):481-90.

16. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. Interf.-Comun. Saúde, Educ. 2004;8(15):259-74.

17. Stotz EN, David HMSL, Un JAW. Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. R. APS 2005;8(1):49-60.

18. Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. Cad. Saúde Públ. 1999;15(2):7-14.

Recebido em 13.6.2009 e aprovado em 4.12.2009.