

A pedagogia freiriana nas práticas de educação em saúde

Freire's pedagogy in health education practices

Márcia Farsura de Oliveira^a

Luiz Gustavo Santos Cota^b

Resumo

O presente trabalho apresenta a análise do modelo de educação em saúde a partir de palestras realizadas na sala de espera da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Sette de Barros I, na cidade de Ponte Nova, Minas Gerais, pelos acadêmicos de Medicina da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (FADIP). O método de ensino utilizado tem por base a prática educativa sugerida por Paulo Freire e o conceito educação popular em saúde, sendo que os resultados mostram uma ideia inspiradora, que colabora com a promoção da saúde, uma vez que os sujeitos cognoscentes têm a chance de tomar consciência de si e de identificar a aquisição de habilidades na procura de uma condição saudável nos aspectos coletivos, físicos e mentais.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Educação Popular em Saúde; Saúde da Família; Pedagogia.

Abstract

The present study presents the analysis of the health education model implemented through lectures held in the waiting room of the Sette de Barros I Family Health Strategy (ESF), in the city of Ponte Nova, Minas Gerais, by the medical students of the College Dinâmica do Vale do Piranga. The teaching

^a Médica. Mestranda em Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente na Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga.

^b Historiador. Doutor em História Social. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga. Professor Adjunto da Universidade do Estado de Minas Gerais, Unidade Barbacena.

Autor Correspondente: Márcia Farsura de Oliveira

E-mail: mmfarsura@yahoo.com.br

method used is based on the educational practice suggested by Paulo Freire and the concept of popular education in health, and the results show an inspiring idea that collaborates with the promotion of health, since the cognoscent subjects have the chance of to become aware of themselves and to identify the acquisition of abilities in search of a healthy condition in the collective, physical and mental aspects.

Keywords: Primary Health Care; Health Education; Popular Health Education; Family Health; Teaching.

A educação em saúde

De acordo com o Glossário Temático da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde¹, a educação em saúde pode ser entendida como: 1 – Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde. 2 – Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades.

A educação em saúde pode ser pensada, portanto, como instrumento para alicerçar o princípio da integralidade, no campo da estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), além de permitir a garantia da participação popular nas políticas públicas de saúde e englobar conhecimentos de prevenção, promoção e terapêutica². Não obstante, a partir da educação em saúde pode-se potencializar o controle social destas políticas públicas buscando-se o pleno atendimento às demandas da população¹.

Ao longo de 29 anos, entre 1978 e 2007, ocorreram conferências sobre promoção à saúde no mundo e foi perceptível a importância dada ao conceito de que saúde não seria apenas ausência de doença. Diversas políticas foram criadas no Brasil, ao longo desses anos, voltadas à saúde da população. O SUS criado em 1988, apresenta como um dos seus princípios constitucionais a integralidade, que inclui ações de promoção da saúde³.

A família e o seu território são encarados como o centro do planejamento do setor primário de atenção à saúde (SPAS), que tem como características principais a integralidade, continuidade e prestação serviços que sejam eficazes no processo saúde-doença⁴.

Além disso, o Ministério da Saúde (MS) tem proposto intervenções, que objetivam promoção, prevenção e assistência à saúde da população, visando um acolhimento apto a uma promoção à saúde humanizada⁵.

O conceito de promoção da saúde consiste em políticas, planos e programas de saúde pública. Para Pereira et al⁶, a promoção da saúde, que contempla realização de educação em saúde, requer que o indivíduo tenha ao seu alcance o necessário para desenvolver autonomia sobre sua própria vida, em termos de autocuidado com relação à saúde.

Como lembrado por Falkenberg et al⁷, a educação em saúde envolve necessariamente três atores:

os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente.

No entanto, a plena interação entre os mencionados atores ainda se impõe como desafio, especialmente por conta do fato de a educação em saúde ainda ser relegada a “um segundo plano no planejamento e organização dos serviços, na execução das ações de cuidado e na própria gestão”⁷. Tal situação faz com se faça necessária e urgente a expansão de iniciativas que busquem a construção de práticas de educação em saúde que de fato possibilitem a materialização de seus princípios, eliminando as distâncias entre retórica e prática.

Educação popular em saúde: respeito aos saberes do paciente a partir da perspectiva freiriana

Para Paulo Freire, consiste em dever do educador, comportar-se respeitosamente diante dos conhecimentos prévios dos aprendizes, dando

prioridade durante os diálogos, à ética e à aplicação prática do que se está propondo nos conteúdos ministrados⁸. Ao ensinar não deve existir recusa do conhecimento antigo, apenas por uma questão cronológica, pois se ainda for proveitoso, tal saber é contemporâneo⁸.

Na perspectiva da educação popular em saúde busca-se justamente a sensibilização da rede de cuidados no que tange ao reconhecimento dos conhecimentos e culturas populares locais, possibilitando maior acolhimento das pessoas, em suas singularidades, a partir do respeito às diversidades humanas e culturais no serviço em saúde¹, em sintonia, portanto, com a pedagogia freiriana.

É preciso, dessa maneira, estar consciente que na educação popular em saúde, o processo de aprendizagem acontece de forma distinta de uma pessoa para outra, como considerado por Gonçalves et al⁹, devendo sobressair sempre o fato de ser pela descoberta a aquisição de conhecimentos, com conseqüente progresso do sujeito¹⁰.

Assim, educação popular em saúde, no sentido de uma educação cidadã, também se assume como um centro de direitos e de deveres, referentes ao processo saúde-doença, pessoas e meio-ambiente. Não pode ser uma educação cidadã em si e para si. É o método educativo que gera o saber, a partir da liberdade, que é baseada na democracia¹¹.

O chamado Movimento de Educação Popular em Saúde, construído sob as bases da perspectiva freiriana, congregou nas últimas quatro décadas diferentes iniciativas e organizações dedicadas à reflexão, produção de conhecimentos e militância em torno do fortalecimento dos movimentos sociais e populares em busca de um equilíbrio entre os saberes médicos e os conhecimentos cotidianos, tais como: Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, a Rede de Educação Popular e Saúde, a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde e a Rede de Estudos sobre Espiritualidade no Trabalho em Saúde e na Educação Popular⁷.

Para Falkenberg et al⁷, a educação popular em saúde se diferencia da concepção hegemônica presente educação em saúde na medida em que organiza a partir da aproximação com outros sujeitos no espaço comunitário, privilegiando os movimentos sociais locais, num entendimento de saúde como prática social e global e tendo como balizador ético-político os interesses das

classes populares. Baseia-se no diálogo com os saberes prévios dos usuários dos serviços de saúde, seus saberes "populares", e na análise crítica da realidade.

Como lembram ainda os mesmos autores, da mesma maneira como ocorre em relação à educação em saúde, a educação popular em saúde enfrenta imensos desafios para sua plena materialização, ou seja, a construção de práticas integrais que se voltem às reais necessidades da população, considerando a participação popular nas tomadas de decisão, respeitando-se seu próprio conhecimento da realidade.

A Pedagogia da Autonomia e a práxis do profissional de saúde

A Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/1990) discursa em seu art. 3º, que fatores como a habitação, a higienização, a subsistência, a educação, entre outras condições influenciam o estado de saúde-doença¹².

Há uma área comum a todas as especialidades, independente das profissões e ocupações no SUS, como demonstrado por Campos¹³, onde se fixam as práticas educativas. Estas devem permitir as trocas de experiências entre os pacientes, entre os profissionais e entre os membros da equipe e a clientela, no dia-a-dia da prática do serviço, tanto na atenção individual, quanto na coletiva, como no caso da sala de espera. Dessa maneira, obtém-se o planejamento conjunto de ações que alterem positivamente a área adscrita, considerando os aspectos cultural, econômico e social.

É necessário pensar pedagogicamente ao planejar uma ação em saúde, levando em consideração as pessoas, e não apenas dados de produção e indicadores de saúde, já que segundo Carvalho et al¹⁴, a finalidade da transposição da barreira que sempre existiu entre ciência e o modo de pensar da maioria das pessoas está no fato de não existir um professor definido, mas parte do pressuposto que todos têm algo a ensinar. Isto é, um caminho construído com relação íntima entre a ESF e os moradores do território de atuação.

A partir da proposta apresentada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), intitulada Educación Permanente de Personal de Salud, como demonstrado por Haddad et al¹⁵, o ensino-serviço foi incluído na formação de profissionais da saúde. A partir daí, tornaram-se comuns as práticas de Educação Popular em Saúde (EPS).

Para Merhy¹⁶, a EPS exige do profissional questionar-se honestamente, a respeito da produção de atenção em saúde, tanto nas consultas individuais, quanto nos grupos (sala de espera e grupos operativos). Por isso, faz-se necessário uma nova pedagogia que compreenda a estruturação de um sujeito convicto e compromissado ético-sócio-historicamente com a vida e sua relação com o processo saúde-doença. Na mesma constatação, Freire⁸ comenta que a integridade, o bom senso, o comprometimento, a coerência, a humildade, a tolerância são qualidades de um bom educador.

O Ministério da Saúde¹⁷ definiu que nas áreas de saúde e de educação, têm que existir profissionais que sejam aprendizes permanentes, conscientes da sua responsabilidade com docência e discência. Freire⁸ considera que estes dois últimos ocorrem concomitantemente.

A prática pedagógica inspirada pelas teorias behavioristas (Skinner, Gagné, Bloon e Mager), que gera inspiração baseada na gratificação, foi durante um tempo considerável utilizada nos serviços de saúde, como a participação em um grupo operativo sendo condição para se obter uma receita de medicamentos de uso contínuo. Para Luckesi¹⁸, essa é a pedagogia por condicionamento. Por outro lado, Freire⁸ demonstra que a pedagogia da autonomia deve ser focada em práticas estimuladoras da decisão e comprometimento. O filósofo faz uma crítica às atividades que não colocam os humanos como principais, discutindo ainda a respeito da interferência da globalização, que vem contribuindo para o aumento da desigualdade social, levando à falta de ética e solidariedade de alguns, devido à preocupação com o lucro.

Outra forma de ensinar utilizada nas práticas de educação foi a pedagogia nova, na qual, de acordo com Gadotti¹⁹, a forma de ensino iniciada a partir de Rousseau, tem o ponto de vista de adquirir conhecimento realizando aprendizado ativo, como aprender fazendo. Tal método de ensino, ratifica as desigualdades, como proposto por Saviani²⁰, ao referir-se a esse tipo de

educação nova como mecanismo de reparação da delinquência. Em contrapartida, Freire⁸ protesta em relação à redução dos cidadãos mais carentes quanto à determinação de enquadrá-los em situações ditas como inevitavelmente permanentes pela porção mais abastada da sociedade, com o objetivo de obter alienação, resignação e conformismo, apontando que o docente possui um notório poder na mudança social. Além disso, a pedagogia freiriana traça justificativas favoráveis à construção de uma sociedade menos discrepante e mais humana.

No método de ensino que tem o aluno como centro das expectativas, o modelo construtivista-interacionista, sociointeracionista, histórico-social, que apresenta como base a Teoria Psicogenética de Jean Piaget (1896-1980), o aprendiz constrói o conhecimento ao longo de toda a vida, como relatado por Pichon-Rivière²¹ e deve apresentar estímulo para trilhar os ensinamentos de forma significativa. Na obra “Pedagogia da autonomia”, Paulo Freire⁸ demonstra que a docência também está relacionada com aspectos econômico-sociais e culturais, sendo que, portanto, se faz necessária uma boa compreensão do educador a fim de obter produtos favoráveis na incumbência da saúde humana. Devendo refrear-se de todas as formas de discriminação, atentando-se para o ator principal nesse processo, que é a clientela, representada no caso do presente trabalho, pelos moradores da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Sette de Barros I.

As rodas de conversa na sala de espera como proposta de educação popular em saúde

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se apresenta como um ambiente favorável à realização da educação em saúde, uma vez que as tarefas desenvolvidas no setor SPAS englobam vigilância e promoção da saúde²². Além disso, a ESF se baseia no cuidado longitudinal, ou seja, ao longo da vida do paciente, já que atende desde a criança até o idoso, efetivando a conexão progressiva entre a população e os serviços de saúde⁴.

A Unidade Básica de Saúde da Família Sette de Barros, cenário de desenvolvimento da experiência de educação aqui apresentada, teve sua fundação no ano de 2007, no bairro Triângulo Velho, em Ponte Nova, Minas Gerais, e engloba duas equipes de saúde da família, a ESF Sette de Barros I e a ESF Sette de Barros II, sendo a primeira, composta por seis microáreas.

Observando-se o cotidiano de trabalho e vivência no âmbito da ESF, percebeu-se a necessidade de uma maior sistematização da educação popular em saúde, identificando-se o momento de sala de espera como o mais propício para o desenvolvimento de atividades. No caso, observou-se que o tempo em que as pessoas aguardam por atendimento poderia ser o espaço para com elas construir um espaço de diálogo no qual poderiam apresentar suas próprias impressões sobre sua realidade e demandas, podendo também colher informações por parte dos profissionais de saúde.

Tendo em mente, que os pacientes adscritos à área de abrangência da ESF são atores sociais, acredita-se que o momento de sala de espera, a partir de atividades de diálogo com os profissionais de saúde, como rodas de conversa, pode propiciar a construção coletiva da identificação e resolução de problemas, levando-se em conta os conhecimentos singulares da população que se somarão àqueles dos profissionais. Não obstante, tal caminho propiciaria ainda o aumento da participação popular nas atividades de construção e controle das políticas públicas executadas no âmbito da ESF.

Outrossim, a escolha pelo desenvolvimento de rodas de conversa se deu no sentido de oportunizar a construção de um diálogo horizontalizado e democrático que permita a manifestação dos conhecimentos e entendimentos de todas as pessoas, o que, geralmente não ocorre outras práticas como palestras, uma vez que, neste caso o profissional de saúde se coloca como único agente portador de conhecimento.

Sampaio et al²³ destacam as rodas de conversas como “uma estratégia política libertadora, que favorece a emancipação humana, política e social de coletivos historicamente excluídos”. Não obstante, as rodas de conversa possibilitam a construção, a troca e ressignificação de saberes, além de horizontalizar relações de poder a partir da dissolução da ideia de um mestre único no centro do conhecimento (profissionais de saúde).

Portanto, ao se realizar a educação popular em saúde, em um momento de tempo disponível em que se aguarda por uma consulta médica ou com outro profissional de saúde, permite-se uma proveitosa oportunidade de troca de experiências entre os clientes e entre esses últimos e a equipe de saúde²⁴.

Nesta direção, pensou-se na atuação dos graduandos em medicina da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (FADIP), uma vez que, em suas atividades de prática na UBSF Sette de Barros, já realizam ações junto aos grupos de sala de espera com objetivo de estimularem o compromisso das pessoas da área de abrangência com o autocuidado e a compreensão de formas de prevenção.

Tais ações se coadunam a ideia freiriana²⁵ de que a difusão de conhecimento em relação a algo consiste em propor meios para que o aprendiz consiga percorrer a trilha necessária para se alcançar a sapiência referente a tal assunto, de forma democrática e coletivamente erigida.

Além disso, deve-se considerar que o participante da sala de espera não é apenas um receptor de informações, mas também emite dados de crucial importância para os organizadores e, que contribuirão de maneira significativa para os futuros médicos, uma vez que ensinar possibilita aprender⁸.

As atividades de promoção em saúde desenvolvidas, na forma de rodas de conversa, devem examinar ou analisar de forma prática os fundamentos e razões de alguma coisa, para que os pacientes participantes do momento educativo possam ter interesse na investigação, na experiência, através da crítica reflexiva, desconsiderando preconceitos⁸.

Para Ruiz-Moreno et al²⁵, as situações de saúde interferem na educação e vice-versa, garantindo uma introdução dos conceitos estudados nos âmbitos políticos, econômicos, sociais e culturais da vida do indivíduo, por exemplo. Já Freire⁸ comenta que a construção de conhecimentos ocorre a partir de um questionamento, que se segue com a compreensão, culminando com aquisição de saber.

Por isso, para as atividades de sala de espera da ESF Sette de Barros ocorrem a partir da indagação tanto em relação à temática que será abordada, no diálogo, quanto aos conhecimentos e experiências prévias que os interlocutores apresentam, referentes ao assunto discutido, que, ao interagirem

com o discernimento dos profissionais de saúde, representados aqui pelos estudantes de medicina, produzem a conscientização em saúde²⁶.

Nesta direção, reafirmamos, mais uma vez, a importância central da perspectiva de Paulo Freire e sua contribuição para a prática da educação popular em saúde, que compreendem um poderoso instrumento empregado na prática de políticas públicas brasileiras, já que valoriza a educação democrática⁸. O sentido da nossa vida, da nossa existência, passa necessariamente pela vida dos outros. O amor, nesta existência, corresponde a um dos valores “transcendentais imanentes”²⁷ que se faz conhecer integralmente o sentimento da vida que nos leva a felicidade.

Considerações finais

O primeiro passo na educação popular em saúde é deixar o papel incauto de achar que as ações em saúde não têm autoridade para transformar ou acentuar uma realidade, porque assim como discutido por Franco et al²⁸, a ESF tem como função, através do vínculo, exercer influência positiva sobre a população adscrita.

Voltando à nossa proposta de um projeto pedagógico a ser aplicado nas atividades de sala de espera, pelos acadêmicos de medicina, reafirmamos como dito por Freire⁸ que “a necessária promoção da ingenuidade à criticidade não pode ou não deve ser feita à distância de uma rigorosa formação ética ao lado sempre da estética. Decência e boniteza de mãos dadas”.

Dessa forma, pretende-se educar a população, os profissionais de saúde e futuros médicos, demonstrando que a promoção da saúde requer planejamento de forma didática, com comprometimento de mudar para melhor, de contribuir para a conscientização de um mundo mais favorável, em que todos os setores sociais sejam contemplados.

Referências bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
2. Vasconcelos M, Grilo MJC, Soares SM. Práticas pedagógicas em atenção primária à saúde: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. In: Caderno de Estudo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, MG: Editora UFMG, NESCON/UFMG, 2009.
3. Gadelha P. Conferência Nacional de Saúde: desafios para o país. Cad. Saúde Pública. 2015. 31(10):2047-2072.
4. McWhinney IR, Freeman T. Manual de Medicina de Família e Comunidade. São Paulo: Artmed, 2010.
5. Granjeiro GR, Diógenes MAR, Moura ERF. Atenção pré-natal no município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. Revista Escola de Enfermagem da USP. 2008; 42(1): 105-111.
6. Pereira IMTB, Penteado RZ, Marcelo VC. Promoção da saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. O mundo da saúde. 2000, 24 (1):39-44.
7. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciência & Saúde Coletiva, 2014, 19(3):847-852.
8. Freire P. Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
9. Gonçalves MC et al. Educação permanente em saúde: dispositivo para a qualificação da Estratégia Saúde da Família [Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso]. Belém (PA): UFPA, 2008.
10. Bordenave JD. Alguns fatores pedagógicos. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
11. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

12. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.
13. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.
14. Carvalho MAP, Acioli S, Stotz EM, Vasconcelos EM (Org.). O processo de construção compartilhada do conhecimento. In: A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p.101-114.
15. Haddad JQ, Roschke MA, Davini MC (Ed.). Educación Permanente de Personal de Salud. Organización Panamericana de la Salud. 1994; 247p.
16. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface. 2005; 9(16):172-174.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Multiplica SUS: oficina de capacitação pedagógica para a formação de multiplicadores. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
18. Luckesi CC. Filosofia da Educação. São Paulo: Cortez Editora, 1994.
19. Gadotti M. Pedagogia da Terra. São Paulo: Peirópolis, 2001.
20. Saviani D. *Escola e democracia*: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre a educação política. 39. ed. Campinas: Autores Associados, 2007.
21. Pichon-Rivière E, Quiroga AP, Gandolfo C, Lazzarini M. Grupo operativo y modelo dramático. Congreso Internacional de Psicodrama y en el Congreso Latinoamericano de Psicoterapia de Grupo, 1969.
22. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Ciênc. Saúde coletiva. 2007; 16(1):319-325.

23. Sampaio J, Santos GC, Agostini M, Salvador AS. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. *Interface*. 2014; 18 Supl 2:1299-1312.
24. Verissimo DS, Valle ERM. A experiência vivida por pessoas com tumor cerebral e por seus familiares. *Psicologia Argumenta*. 2006; 24(45): 45-57.
25. Ruiz-Moreno et al. *Jornal Vivo*: relato de uma experiência de ensino-aprendizagem na área da saúde. *Interface*. 2005; 9(16):195-204.
26. Vasconcelos ME. Educação popular e a atenção à saúde da família. 4.^a ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
27. Mafesolli M. O conhecimento comum: compêndio de sociologia compreensiva. Tradução: Aluizio Ramos Trinta. São Paulo: Brasiliense, 1988.
28. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. *Cad. Saúde Pública*. 1999; 15(2): 237-250.