

EDUCAÇÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE: UM ENSAIO TEÓRICO-CRÍTICO-REFLEXIVO SOBRE AÇÕES EDUCATIVAS NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Graciela Caroline Gregolin⁰¹

Resumo: Este ensaio teórico tem como objetivo refletir sobre a prática de educação em saúde realizada na Atenção Básica de Saúde (ABS). Pauta-se, sobretudo, na teoria de educação participativa, dialógica e libertadora de Paulo Freire e na concepção de governança e percepção de risco. Compreende-se que a educação em saúde só logrará êxito se envolver ativamente o indivíduo, a família e a comunidade.

Palavras-chave: *Atenção Primária à Saúde. Educação Popular. SUS.*

PARTICIPATORY EDUCATION IN HEALTH: A THEORETICAL-CRITICAL-REFLECTIVE ESSAY ON EDUCATIONAL ACTIONS IN THE FRAMEWORK OF PRIMARY HEALTH CARE

Abstract: *This theoretical essay aims to reflect on the practice of health education carried out in Primary Health Care (PHC). It is based, above all, on Paulo Freire's theory of participatory, dialogical and liberating education and on the concept of governance and risk perception. It is understood that health education will only be able to actively involve the individual, a family and a community.*

Keywords: *Primary Health Care. Popular education. SUS.*

INTRODUÇÃO

A saúde, enquanto completo bem-estar físico, mental e social, é um direito humano garantido na Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), bem como um direito fundamental instituído no Brasil pela Constituição Federal de 1988. A Atenção Primária à Saúde (APS)⁰² é espaço potencial para promoção de saúde e prevenção de doenças, sendo meio essencial para se promover “saúde para todos”, tal como reconhecido na Declaração de Alma-Ata em 1978 (WORLD HEALTH ORGANIZATION et al., 1978). A Declaração de Alma-Ata foi um marco histórico na organização da APS e reafirmou a saúde como direito de todos e dever do Estado, sendo uma das mais importantes metas mundiais. Segundo Mendes (2004), concluiu-se naquela ocasião que a promoção e proteção da saúde é o único caminho para o contínuo desenvolvimento socioeconômico das nações, para qualidade de vida dos homens e mulheres e para a paz mundial.

⁰¹ Doutora, professora, UNIDEP, Centro Universitário de Pato Branco, PR. graciela.gregolin@unidep.edu.br

Partindo-se desse entendimento, a educação se apresenta como uma das estratégias indispensáveis para a promoção da saúde. Diante disso, passei a refletir, com base nas minhas vivências enquanto docente de cursos da área da saúde, sobre o porquê, apesar do esforço dos profissionais de saúde, de as estratégias adotadas, pautadas na maioria em grupos e palestras, não darem conta de promover a transformação dos determinantes sociais de saúde e a consciência libertadora dos indivíduos, famílias e comunidades. Considero duas hipóteses: a falta de diálogo prévio com a comunidade sobre os determinantes de saúde e a má escolha das estratégias educacionais.

1 OBJETIVOS

Este ensaio teórico tem como objetivo fazer reflexões em torno da prática de educação em saúde realizada na Atenção Básica de Saúde (ABS), a partir das vivências da autora enquanto docente dos cursos de Medicina, Nutrição e Odontologia, compartilhando e experienciando, assim, junto aos acadêmicos e profissionais, os cenários de prática.

2 METODOLOGIA

Este estudo, de caráter bibliográfico e qualitativo, é fruto da disciplina “Abordagens participativas para Questões de Saúde Ambiental”⁰³, componente curricular no Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP. Ainda, foi fundamentado na teoria da educação participativa, dialógica e libertadora de Freire (1987), alicerçado na concepção de promoção de saúde proposta por Pender, Murdaugh e Parsons (2015), nas concepções de governança e percepção de risco apresentadas por Di Giulio et al. (2010) e Di Giulio et al. (2015) e inspirado no trabalho desenvolvido por Santos, Baldissera e Toledo (2019) sobre participação, educação e promoção da saúde do homem.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pender, Murdaugh e Parsons (2015) entendem que a promoção da saúde é a arte e a ciência de apoiar os indivíduos no processo de mudança do seu estilo de vida, combinando suportes educacionais e ambientais para ações de vida favoráveis à saúde. Nesse contexto, acredita-se que os determinantes sociais de saúde, ou seja, as condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde, são os mais significativos, pois alteram direta e indiretamente o bem-estar do indivíduo. Estes são os responsáveis pelas desigualdades

⁰³ Esta disciplina é ofertada pelo Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ambiente, Saúde e Sustentabilidade, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP.

na saúde observadas dentro e entre indivíduos, famílias, comunidades e países (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015).

Mas, afinal, o que é educação? O termo educação é a forma nominalizada do verbo educar, o qual provém do latim *educare*, que tem o sentido de criar, nutrir e fazer crescer. Etimologicamente significa “trazer à luz da ideia”, “ou filosoficamente fazer a criança passar da potência ao ato, da virtualidade à realidade.” (MARTINS, 2009 [s.p.]).

No campo da saúde⁰⁴, a educação é entendida como processo político pedagógico, entre profissionais de saúde, indivíduos, famílias e comunidades, que exige desenvolver

um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade (FALKENBERG et al., 2014, p. 848).

Portanto, propõe-se que isto só é possível a partir da educação participativa, dialógica e libertadora. Paulo Freire nas obras *Pedagogia da Autonomia* e *Pedagogia do Oprimido* nos faz refletir que não há educação sem práxis, diálogo, reflexividade, amorosidade, humildade, respeito e atenção à subjetividade e à dignidade humana, considerando que o ser humano é um ser inacabado em constante transformação. Compreendo então que a educação como prática libertadora se faz a partir do momento em que o ser humano toma consciência de si próprio e se torna autônomo em sua própria existência e decisões.

Nos cenários que vivenciei, os profissionais de saúde relatavam, frequentemente, frustração e, por vezes, desmotivação e descontentamento por não notarem resultados significativos na mudança de hábitos dos indivíduos, a partir das estratégias de educação em saúde realizadas, bem como pouco envolvimento e presença dos indivíduos nessas atividades. É comum, segundo as equipes, convidar 30 pessoas para os grupos e, nas palavras desses profissionais, “*aparecerem 3 ou 4, e às vezes nenhum*”.

Há que se considerar as hipóteses já levantadas para a problemática, a falta de diálogo e a má escolha das estratégias educacionais. Paulo Freire, em *Pedagogia do Oprimido* (1987), menciona que a definição do conteúdo a ser abordado durante o processo educativo é o primeiro passo para a concepção da educação como prática libertadora: “[...] para esta concepção como prática libertadora, a sua dialogicidade começa, não quando o educador-educando se encontra com os educandos-educadores em uma situação pedagógica, mas antes, quando aquele se pergunta em torno do que vai dialogar com estes” (Freire, 1987, p. 83).

Isso não foi observado nos cenários de prática, sendo, possivelmente, o primeiro ponto falho, em que o educando não se sente parte do processo, pois, figurando o cenário, o indivíduo

⁰⁴ Vale citar que se sabe das nuances que diferem os distintos conceitos que abrangem a educação no campo da saúde, a saber: educação em saúde, educação na saúde, educação popular, educação sanitária e educação permanente. Este ensaio, no entanto, não tem como objetivo trazer isso à tona.

senta-se, na maioria das vezes calado, diante de um ou mais profissionais colocados em pé, e ouve as orientações de como deve ser seus hábitos de vida. Onde está a dialogicidade desse processo? Será que o esforço desse profissional está sendo direcionado ao caminho mais assertivo? Tomando como verdade o que já foi mencionado, certamente não.

Outra reflexão importante é que nessas estratégias, em formato de palestra, a chance de o indivíduo se sentir à vontade e motivado a falar é pouca, primeiro porque não há espaço para isso e segundo porque o processo de educação se faz de profissional para indivíduo e não de profissional com indivíduo.

A educação autêntica, repitamos, não se faz de “A” para “B” ou de “B” para “A”, mas de “A” com “B”, mediatizados pelo mundo. Mundo que impressiona e desafia a uns e a outros, originando visões ou pontos de vista sobre ele. Visões impregnadas de anseios, de dúvidas, de esperanças ou desesperanças que implicam temas significativos, à base dos quais se constituirá o conteúdo programático da educação (FREIRE, 1987, p. 98-99).

Partindo desse entendimento, parece-me pertinente dizer que, se não há diálogo prévio com os indivíduos, famílias e comunidade, sendo estes os atores centrais do seu próprio processo de mudança, os conteúdos e informações sobre saúde abordados pela equipe podem não fazer sentido a eles, ou seja, pode ser que não considerem os seus atuais hábitos de vida como determinantes de sua saúde, não percebem má alimentação, sedentarismo, tabagismo, etilismo, excesso de peso, falta de higiene, lixo nas ruas, saneamento básico precário, uso inadequado de medicamentos, não adesão ao tratamento entre outros como fatores de risco.

Nesse sentido, é oportuno dialogar com Di Giulio et al. (2015) sobre o complexo campo da percepção de risco. Nesse estudo os autores discutem diferentes correntes teóricas sobre a percepção de risco e abordam diferentes estratégias metodológicas para aferir a percepção de risco. Porém, neste ensaio, vale destacar que “o debate atual sobre percepção de risco considera, em particular, que fatores sociais e culturais influenciam direta e indiretamente as percepções que os indivíduos têm sobre diferentes riscos” (DI GIULIO et al., 2015, p. 1218).

Assim sendo, é importante citar que o conceito de risco adotado neste ensaio não se limita à abordagem unilateral, frequentemente utilizada para processos de avaliação e gerenciamento de risco, que se fundamenta “nas frequências relativas como um meio para estimar probabilidades, excluindo eventos inesperados e tendendo a ‘omitir’ as diferenças entre espaço, população e tempo.” (DI GIULIO et al., 2010, p. 285). Esse tipo de abordagem, segundo os autores, subestima “que os riscos são experimentados de diferentes formas pelos indivíduos e pelas coletividades sociais” (DI GIULIO et al., 2010, p. 285). Pelo contrário, a concepção de risco aqui trabalhada, em uma percepção sociológica e construtivista, reconhece que as causas e a magnitude dos efeitos e prejuízos são mediadas pela experiência e pela interação social, dependendo assim das significações construídas socialmente e culturalmente sobre o que constitui como perigo e prejuízo (DI GIULIO et al., 2010).

Outrossim, incorporando as discussões para o campo da saúde, sustentabilidade e ambiente, os autores destacam que iniciativas que se desafiam a compreender as percepções de risco devem integrar a relação entre percepção e vida cotidiana. Desse modo,

[...] a incorporação de conflitos, divergências de valores, disputas de poder, relações sociais, relações de poder e hierarquia, crenças culturais, confiança nas instituições, conhecimento científico, experiências, emoções, discursos, práticas e memórias coletivas, cada vez mais, deve ser vista como fundamental em pesquisas no campo da percepção de risco, desvelando as incertezas, as controvérsias, as desigualdades e os interesses difusos que fazem parte da vida real (DI GIULIO et al., 2015, p. 1228).

Considerar o cotidiano da população é o que também nos aconselha Paulo Freire (1987). Para ele, desconsiderar a visão de mundo das pessoas em um processo de educação ou decisão política é, mesmo que envolto de boas intenções, fadar o processo à superficialidade e, se posso assim dizer, condená-lo ao fracasso⁰⁵.

Por isso é que não podemos, a não ser ingenuamente, esperar resultados positivos de um programa, seja educativo num sentido mais técnico ou de ação política, se, desrespeitando a visão do mundo que tenha ou esteja tendo o povo, se constitui numa espécie de “invasão cultural”, ainda que feita com a melhor das intenções. Mas “invasão cultural” sempre (FREIRE, 1987, p. 102).

Nesse escopo, Di Giulio et al. (2010), ao tratarem sobre governança de risco, propõem que o conhecimento do território⁰⁶ é fundamental para definir os nós críticos que devem ser alvo de ações e políticas públicas. Além disso, enfatizam que só se pode ter acesso a essas informações se se reconhecer que as pessoas que vivem o risco detêm seu próprio conhecimento em torno dos problemas que as afetam; assim sendo, é indispensável promover diálogo com elas.

Como exemplo prático, Santos, Baldissera e Toledo (2019) apresentam uma experiência assertiva de educação em saúde realizada pela equipe saúde da família da comunidade de Paraisópolis-SP, experiência essa que despertou em mim o desejo de refletir e dissertar sobre o tema. Na ocasião os autores avaliaram a execução de ações dialógicas em um grupo socioeducativo, denominado “Conversa de Boteco”, destinado a promover a saúde do homem, e concluem que a natureza participativa do grupo, cujos temas são abordados de acordo com o interesse e as demandas locais, favorece o reconhecimento dos principais determinantes das condições de saúde por parte dos homens participantes. Vale citar que o grupo socioeducativo tem dois importantes diferenciais: o espaço, um bar da comunidade, e as técnicas, que pelo caráter participativo permitiram o protagonismo dos envolvidos.

⁰⁵ Entretanto, Santos, Baldissera e Toledo (2019) retratam em seu estudo que, embora os pro-
Entenda-se fracasso como a não realização de uma abordagem-ação participativa, dialógica e libertadora, a não transformação de hábitos e estilo de vida e a não geração de autonomia dos indivíduos, famílias e população.

⁰⁶ *Entenda-se território como “condição de processos de desenvolvimento. É natureza e sociedade, manifestando-se de forma específica e em diferentes lugares” (SAQUET, 2007, p. 113). Nesse sentido, o território extrapola a noção de limites geográficos; é, sobretudo, um processo dinâmico e complexo, fundamentado pela interação e organização de diversos elementos, sendo esses materiais e imateriais.*

fissionais de saúde da comunidade de Paraisópolis-SP reconheçam a importância do grupo para a promoção da saúde do homem, a fim de que assumam o controle sobre os determinantes de sua saúde, “também admitem que o entendimento do objetivo do Grupo é facilitar e viabilizar o acesso dos homens aos serviços de saúde da UBS para realizar exames preventivos ou mesmo consultas de rotina[...]” (SANTOS; BALDISSERA; TOLEDO, 2019, p. 6). Nesse sentido, os achados da pesquisa apontam que o modelo biomédico, centrado na doença, ainda se faz presente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dessa reflexão outros questionamentos surgiram. Os profissionais de saúde, sobretudo aqueles com quem compartilhei cenários de prática, são capacitados e sensibilizados para os processos de educação participativa? A estrutura do sistema de saúde possibilita essa abordagem? Considerando que não tenho tais respostas, sugiro a realização de uma pesquisa-ação sobre abordagens participativas de educação em saúde com esses profissionais e comunidades, envolvendo os acadêmicos dos diferentes cursos da área da saúde, de forma a buscar soluções para a promoção da educação em saúde, fundamentadas nas concepções teóricas mencionadas.

O delineamento da pesquisa não está definido, sobretudo devido às incertezas que nos rodeiam no momento; incertezas essas que envolvem o atual contexto político, cujas iniciativas de mudança de financiamento, a partir do Programa Previne Brasil, desestruturação do Núcleo Ampliado da Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)⁰⁷ e propostas de privatização da ABS apontam para um desmonte na Atenção Básica de Saúde. Outrossim, a pandemia global da COVID-19 também impede que se visualize, em curto prazo, um cenário favorável para a pesquisa-ação.

Por fim, este ensaio teórico, com caráter crítico e reflexivo, no campo da educação em saúde, cumpre dizer que esta é parte essencial para a promoção de saúde, como garantia de um direito humano fundamental, e se faz a partir de uma abordagem coletiva e ativa dos atores envolvidos, profissionais da saúde, indivíduos, famílias, comunidades e gestores públicos. Pondera-se que qualquer iniciativa de educação que não leve em conta a participação e o diálogo, possivelmente, não logrará êxito, uma vez que as percepções de risco e o reconhecimento dos determinantes de saúde estão sujeitos a uma complexa interação entre questões sociais, culturais, ambientais, políticas, territoriais. Ademais, é preciso salientar que as vivências aqui mencionadas não têm como objetivo desvalorizar ou culpabilizar os profissionais de saúde, mas sim trazer à luz que é preciso transformar o modo de fazer educação.

07 O Nasf-AB foi criado em 2008 e é composto por uma equipe multidisciplinar que tem como atribuição ampliar a integralidade e resolubilidade do cuidado, atuando de forma integrada junto às equipes saúde da família e equipes de atenção básica vinculadas. No entanto, o Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979/2019, não prevê mais recursos para o Nasf-AB. A nota técnica nº 28 do Ministério da Saúde desobriga os gestores a vincularem as equipes ao Nasf-AB, e a nota técnica nº 3 do Departamento de Saúde da Família, vinculado à Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, enfatiza que o MS não credenciará novas equipes Nasf-AB.

REFERÊNCIAS

DI GIULIO, G. B. et al. Comunicação e governança do risco: a experiência Brasileira em áreas contaminadas por chumbo. **Ambiente & Sociedade**, v. 13, n. 2, p. 283-297, 2010.

DI GIULIO, G. M. et al. Percepção de risco: um campo de interesse para a interface ambiente, saúde e sustentabilidade. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 1217-1231, 2015.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 847-852, 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

MARTINS, E. S. **A etimologia de alguns vocabulários referentes à educação**. 2009. Disponível em: <http://200.19.146.79/index.php/olharesetilhas/article/download/3475/2558> Acesso em: 07 dez. 2020.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 447-448, 2004.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: https://ead.stf.jus.br/cursos/controleconstitucionalidade/files/aula3/declaracao_universal_direitos_humanos.pdf Acesso em: 08 dez. 2020

PENDER, N. J.; MURDAUGH, C. L.; PARSONS, M. A. **Health promotion in nursing practice**. 7. ed. Pearson, 2015.

SANTOS, F. N. P.; BALDISSERA, V. D. A.; TOLEDO, R. F. Conversa de Boteco: participação, educação e promoção da saúde do homem. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 3, 2019.

SAQUET, M. A. **Abordagens e concepções de território**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Declaration of Alma-Ata**. Genebra: OMS, 1978 Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=7FC7E-0166BC1A7C8ED3E94033092C6DC?sequence=1>.