

Unidade 1

Práticas educativas em saúde

Unidade 1

Práticas educativas em saúde

A organização e a gestão dos processos de trabalho em saúde, em especial do trabalho de uma equipe na atenção básica, constituem um dos eixos da reordenação da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Outro eixo importante tem relação com a implicação dos envolvidos em um projeto político, pedagógico e ético que considera o indivíduo, a família e a comunidade.

Neste curso há explicitamente um convite para o desenvolvimento de um projeto que tenha os princípios e pressupostos do SUS como foco político. Acrescentamos nesta disciplina o convite para que, nesta trajetória, você se implique, também, em uma concepção pedagógica emancipatória e que incorpore a reflexão sobre os valores morais que contribuem com a construção da cidadania.

Partindo de nossa convicção de que o SUS tem um arcabouço teórico constituído de valores moralmente condizentes com a garantia dos direitos de cidadania, o componente pedagógico do projeto deve ser coerente com ele. Portanto, julgamos essencial o estudo desta questão. Por isso, o seu caráter obrigatório.

Abordamos nesta seção a prática educativa no âmbito do projeto político do SUS, os sujeitos envolvidos nessa prática e a necessária reflexão cotidiana sobre o processo de trabalho. Esperamos que a nossa opção por determinada forma, determinados conteúdos e abordagens, possibilite uma reflexão crítica sobre o seu pensar e agir, e que você seja capaz de alcançar os seguintes objetivos:

- compreender a prática educativa como componente da práxis do profissional de saúde;
- identificar algumas concepções pedagógicas embutidas nas práticas educativas dos profissionais de saúde;
- listar características de uma concepção pedagógica com potencial para o estabelecimento de relações dialógicas transformadoras;
- entender a Educação Permanente em Saúde como estratégia de reflexão sobre o processo de trabalho.

Seção 1

Contextualizando a prática educativa em saúde

Julgamos adequado iniciar esta parte lembrando alguns aspectos históricos e reafirmando alguns princípios do modelo assistencial proposto para o Sistema Único de Saúde brasileiro.

Em um país com as mazelas e discrepâncias claras de condições de vida entre as classes sociais com as quais convivemos, a proposta de construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) universal, equânime, com atenção resolutiva e integral e controle social é um grande desafio técnico, ético e político. Vivemos um momento histórico no qual os profissionais em saúde – gestores e trabalhadores de serviço e de ensino – e membros da sociedade civil organizada somam esforços para a concretização de um ideal que vai além da área de saúde: garantir ao cidadão o direito de ter direito.

A atitude e o encaminhamento frente aos mais variados problemas percebidos pelo homem – individuais e coletivos – e em sua relação com os demais seres vivos e o ambiente em que vive são determinados por uma concepção de mundo, de sociedade e de homem. Não há, portanto, postura humana neutra e, também, não há uma única forma de ver o mundo, a sociedade e o homem que nele vive.

Isso significa dizer que o Movimento da Reforma Sanitária, o Movimento Pró-Participação Popular na Constituinte e o Pacto pela Saúde, citando apenas alguns mais recentes dos muitos eventos históricos importantes vividos pela área de saúde do Brasil, foram construídos por homens e mulheres que comungam, naquilo que é essencial, uma determinada ideologia. Essa ideologia vem se expressando por meio de reflexões teóricas e ações concretas ao longo dos últimos 25 anos, no mínimo. É um esforço contra-hegemônico, ou seja, que vai de encontro a outra forma de pensar o homem e sua inserção no mundo, que é hegemônica na área de saúde. Essa forma ou modelo hegemônico, que precisa ser desconstruído, se caracteriza, principalmente, por um modelo com foco mercadológico, com forte domínio das indústrias farmacêuticas e de equipamentos, voltado para a doença, biologicista, hospitalocêntrico, medicalizado, médico centrado e com serviços organizados para atender a demandas. Há, também, exagerada valorização do conhecimento técnico--científico em detrimento do saber popular e do direito do indivíduo de ter acesso ao conhecimento para decidir com autonomia.

No modelo contra-hegemônico, representado pelo SUS, cuja consolidação precisa de seu apoio, conceitos e práticas como acolhimento, humanização do **atendimento**, **integralidade da atenção e vínculo**, procura-se resgatar a relação entre **sujeitos sociais**. Para tanto, não basta que você e os demais profissionais em saúde – assistentes sociais, cirurgiões-dentistas, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, docentes das

profissões da área etc. – tenham domínio e apliquem, isoladamente, os seus saberes profissionais específicos. É necessário somar saberes para dar respostas efetivas e eficazes aos problemas complexos que envolvem a perspectiva de viver com qualidade – incluindo o ambiente de trabalho dos profissionais. É preciso uma real atuação em equipe multidisciplinar.

Além do campo da responsabilidade e do saber específicos de cada profissão ou ocupação, há um campo de competência e de responsabilidade compartilhado, conforme destacado por Campos (1997, p.248-249), ou seja, “saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a vários profissionais ou especialidades”. É nesse campo, na reorganização dos serviços de saúde, que se insere a capacidade de desenvolver práticas educativas. Uma prática que contribua com a qualidade do fazer cotidiano do profissional e com a troca do conhecimento entre os membros da equipe e entre os profissionais e os usuários, na atenção individual e coletiva. Isso significa serem capazes de planejar, juntos, profissionais, usuários e comunidade, ações que transformem a realidade do território adscrito – não só do ponto de vista sanitário, mas, principalmente, que leve em consideração os aspectos cultural, econômico e social.

Para saber mais...

Sujeito: de acordo com uma linha da psicossociologia, é aquele que é capaz de se transformar e transformar o mundo em que vive. Ou, segundo L'Abbate (1994, p.4), “uma pessoa em busca de autonomia, disposta a correr riscos, a abrir-se ao novo, ao desconhecido e na perspectiva de ser alguém que vive numa sociedade determinada, capaz de perceber seu papel pessoal/profissional/social diante dos desafios colocados a cada momento”.

A **Lei Orgânica de Saúde** (Lei 8.080 de 19/09/1990) considerou essa premissa, pois reza, em seu art. 3º, que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país” (BRASIL, 1990, art.1o). Portanto, saúde pressupõe ações intersetoriais.

Quando dizemos que a produção em saúde tem que ser feita em conjunto, estamos nos referindo a uma nova forma ou jeito de fazer. Um jeito que considera todos os atores sociais envolvidos, valorizando todos os saberes presentes no cenário do território e que, acima de tudo, tenha como centro as necessidades apresentadas pelos usuários. Significa adotar uma postura política que contribua com os processos de construção da cidadania e da democracia em curso no país.

Isso exige determinada postura relacional ou comunicacional entre o profissional, os demais trabalhadores e os usuários, nas diversas ações e momentos coletivos e individuais que acontecem no serviço. Significa que toda atividade executada pelos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde está impregnada de determinada

concepção de “fazer e agir” no cotidiano pessoal e profissional. Portanto, voltando ao início da conversa, essa relação estará sempre marcada pela presença do eu e do outro, iguais e diferentes, e, portanto, por distintas formas de concepções de mundo e do ser humano no mundo.

Para refletir...

Os profissionais que desenvolvem a Estratégia Saúde da Família são aqueles que possuem mais condições e maiores possibilidades de interagir com a comunidade na perspectiva de mudança do quadro sanitário brasileiro.

Seção 2

Quem aprende e quem ensina

Nesta parte, abordaremos alguns princípios que devem ser orientadores de uma prática de saúde que se pretende educativa, ética e que respeite a autonomia dos sujeitos/usuários dos serviços de saúde.

Voltemos à Unidade Básica de Saúde de Vila Formosa para verificar como estão fazendo! José Ribeiro e Pedro Henrique planejaram e a equipe realizou uma oficina para discussão das suas práticas pedagógicas.

Após uma atividade “quebra-gelo”, para descontração, a coordenação estimulou a participação de todos, provocando-os para se expressarem claramente sobre: o problema e as dificuldades que encontravam; as alternativas que criavam para enfrentá-los; e, principalmente, qual a opinião deles quanto às causas do problema e das dificuldades. Ou seja, procurou fazer com que os profissionais refletissem sobre a realidade vivenciada, sobre uma prática concreta.

Após aproximadamente duas horas de livre expressão dos participantes, mediados pela coordenação, o conhecimento produzido durante as discussões foi sistematizado, registrado em papel Kraft, apresentado e analisado pelos participantes, ainda naquela reunião.

Dando prosseguimento à atividade, foi realizada uma oficina de modelagem – na qual os participantes expressaram os resultados da discussão – e a leitura de um texto de duas páginas, relacionado ao tema em discussão.

A seguir, no Quadro 1, é apresentada uma síntese da produção dos profissionais sobre



um dos aspectos discutidos, ou seja, os motivos que levam os usuários a não acatarem as orientações fornecidas.

Quadro 1 - Aspectos que interferem na prática educativa, de acordo com os profissionais da Equipe Verde

- O adulto já tem um “alicerce,” tem conhecimentos construídos a partir de suas experiências e condições de vida: socioeconômica e cultural;
- mudança de comportamento é processo e, portanto, o resultado pode ocorrer em longo prazo;
- falta de experiência e de conhecimento sobre técnicas de negociação por parte do profissional;
- relações de poder entre profissional-usuário: arrogância versus humildade; saber-poder-intimidação;
- relações de poder na família – é preciso identificar quem tem o “poder” de decisão na família;
- diferença de linguagem, cultura e valores dos usuários e dos profissionais;
- dificuldade de reconhecer qual é a real necessidade do usuário;
- falta de confiança do usuário no profissional;
- dificuldade de analisar a situação para definir a melhor estratégia;
- dificuldade do profissional para respeitar a autonomia do outro, entender e saber trabalhar as diferenças.

Fonte: elaborado pelos autores, 2018.

Um aspecto a ser ressaltado na análise do Quadro 1 é que os próprios profissionais foram capazes de identificar princípios que devem ser observados em uma prática educativa. O momento coletivo de reflexão possibilitou a explicitação de saberes que, provavelmente, nem eles mesmos sabiam que possuíam. Obviamente, os profissionais também “têm saberes construídos a partir de suas experiências e condições de vida: socioeconômica e cultural,” além dos saberes profissionais específicos.

Ainda em relação ao Quadro 1, vários dos itens levantados estão relacionados com a identidade do usuário como sujeito em seu modo de viver. Compreender que os usuários são detentores de conhecimentos sobre os quais constroem a sua identidade e são reconhecidos pelos seus pares é fundamental para o processo educativo que pretende ser transformador. Deve-se acreditar que esses são saberes diferentes e não menos importantes que os saberes tidos como técnico-científicos, e é preciso aprender a lidar com eles.

O profissional de saúde precisa atuar de forma a identificar qual a fundamentação do saber do outro, as relações causais determinantes dos processos por ele vivenciados, o modo de se cuidar e o seu quadro socioeconômico. A partir da visão que o outro tem do problema, o profissional estabelece a melhor estratégia de ação, que, necessariamente, tem que respeitar a autonomia do outro e ser pautada em princípios éticos. É preciso, também, compreender a linguagem e o significado das expressões próprias de determinada coletividade, assim como fazer-se compreender,

compartilhando e possibilitando a construção recíproca de novos conhecimentos. É nessa dinâmica que se constrói outro e novo conhecimento, que é fruto dos saberes dos polos dessa relação.

De acordo com Carvalho, Acioli e Stotz (2001, p. 103),

[...] o objetivo da superação da ruptura histórica entre ciência e senso comum é a construção de um novo senso comum em que todos os sujeitos são docentes de saberes diferentes. O senso comum expressa o modo de vida dos grupos dominados, contendo elementos de resistência e núcleos de bom senso (CARVALHO; ACIOLI; STOTZ, 2001, p. 103).

A questão da negociação apareceu de forma pertinente no processo de reflexão sobre como construir alternativas diferentes daquelas inicialmente defendidas pelos sujeitos envolvidos na ação educativa. Ou seja, uma alternativa pactuada em um processo de negociação que não deve ser permeado pelo sentimento de que alguém perdeu e alguém ganhou. Que, também, deve construir um relacionamento de confiança mútua.

Sobre negociação

Em um processo de negociação é fundamental: colocar-se no lugar do outro; não deduzir as intenções do outro a partir de seus temores; não o culpar de seus problemas; escutar atentamente, buscando entender o que foi dito; falar de forma a ser entendido; falar de você mesmo e não de outrem; falar visando um objetivo; considerar que as pessoas continuarão a se relacionar após a solução dos problemas; ser firme com os problemas e amável com as pessoas; não fazer juízos prematuros; não perseguir uma única solução desde o princípio; não pensar que só existe uma possibilidade – só perder ou só ganhar (só certo e só errado); pensar em resultados que respondam aos interesses mútuos; buscar formas de facilitar as decisões da outra parte envolvida, entre outros aspectos (anotações feitas por uma das autoras quando de sua participação no Projeto Liderazgo para el Cambio, do Conselho Internacional de Enfermagem).

Um último ponto que queremos comentar como aspecto relevante do desenvolvimento de práticas educativas, entre aqueles abordados pelos profissionais do município de Curupira, é o poder presente nas relações entre sujeitos. Aqui, cabe mencionar o poder místico sobre a vida e a morte, socialmente construído ao redor da figura do médico – estendido de certa forma aos demais profissionais de saúde –, o poder relacionado a gênero e, ainda, o poder econômico ou financeiro ao qual o sujeito da ação esteja submetido. Para ilustrar, ao não ter êxito em relação às orientações a uma puérpera, sobre cuidados básicos com seu filho recém-nascido, o profissional pode perceber que deve dirigir seus esforços para a mãe da puérpera, pois é ela quem tem o poder sobre a filha – financeiro, inclusive – e os saberes consolidados no processo de criação de sua prole, diferentes daqueles que estão sendo orientados.

Aproveitando o exemplo, diminutivos – mãezinha, vovozinha, senhorinha –, às vezes utilizados para expressar carinho e desvelo, também podem ser interpretados como ironia, ou seja, podem conter carga negativa. Diminutivos expressam o que é menor, de certa forma indicam a interpretação de uma fragilidade, que pode não corresponder à realidade, podendo causar um sentimento desconfortável em quem ouve. Portanto, sugerimos que sejam evitados.

Guarde isso! A ligação com a população

O exercício de uma prática pedagógica voltada para a solução das necessidades de saúde da população está diretamente relacionado ao conhecimento do território como processo e das pessoas que nele habitam. É preciso ir além do conhecimento relacionado com os indicadores de saúde e de produção previamente pactuados. Território tem gente, diversidades, amores, vidas construídas e destruídas, dores, sofrimento, alegrias... Toda comunidade tem sua história, sua cultura – festas, manifestações religiosas e populares; o saber das benzedadeiras e raizeiras; um grau de participação e mobilização social; uma forma própria de dispor do tempo livre; de conseguir e dispor de recursos financeiros; de realizar lazer com a família; de autopreservar-se; de compreender o processo saúde-doença etc. Cada “gente” é sujeito de sua vida e deve ser respeitado, acolhido, visto e atendido de forma integral, numa relação que gera vínculos institucionais e emocionais. Isso vale para abordagens coletivas e individuais (no consultório ou no gabinete odontológico, na recepção, no local de espera, na sala de vacina, na sala de procedimentos, na garagem da ambulância, que também é “sala” de espera, e outros – que você sabe bem quais são!).

Para refletir: Pedagogia da autonomia

“Se, na verdade, o sonho que nos anima é democrático e solidário, não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo como se fôssemos os portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar, mas é escutando que aprendemos a falar com ele” (FREIRE, 1997, p. 127).

Nesta obra, Pedagogia da autonomia, Paulo Freire expõe o seu pensamento em relação à formação de educadores (as) e apresenta os elementos para a compreensão da prática educativa docente progressiva em favor da autonomia dos educandos. Ressalta a importância da ética enquanto marca da natureza humana. Alguns temas abordados neste livro: ensinar exige compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo, ensinar exige liberdade e autoridade, ensinar exige saber escutar, ensinar é reconhecer que a educação é ideológica.

Instrumentalizar-se para lidar com esse universo diversificado é um desafio que os trabalhadores do Sistema Único de Saúde estão enfrentando e, gradativa e lentamente, vencendo.

Benevides, em um texto belíssimo publicado em 2001, no qual conta sua experiência como médica em Saúde da Família, nos diz um pouco de como o território deve ser conhecido: “elas (ACS) se admiravam como é que eu sabia que Joana era irmã de Clemência e tia de Rosiane, vizinha de Neusa, que tem um filho surdo-mudo etc. Eu o sabia por meu ‘método’ de conhecer a população da área: conversando naturalmente com as pessoas, uma prosa sem compromisso” (BENEVIDES, 2001, p. 178). Apesar da simplicidade da explicação, pode-se dizer que o que ela desenvolve é uma prosa impregnada de compromisso social.

Outros profissionais de saúde relatando também sua experiência, neste caso, no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre/RS, afirmam que, após algum tempo de bate-papos e conversas informais, é possível alcançar a ideia do território como um todo e das várias famílias que nele residem (RAUPP et al., 2001).

Seção 3

Aprendendo a aprender: Educação Permanente em Saúde

Outro tema que julgamos importante e que abordamos nesta parte do texto é o conceito e a prática da Educação Permanente em Saúde (EPS) como uma das estratégias de reorganização do SUS (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2007).

Esse aspecto da prática educativa em saúde se insere na mesma situação referida anteriormente, ou seja, em um projeto político que busca intervir na realidade e, conseqüentemente, contribuir para a transformação social, política e econômica do país. Esse projeto tem como finalidade a melhoria da qualidade de vida da população brasileira.

A incorporação da Educação Permanente na cultura institucional, com contribuição efetiva para a mudança do modelo assistencial, pressupõe...

... o desenvolvimento de práticas educativas que foquem a resolução de problemas concretos, em um processo de discussão em equipe, ou de autoavaliação, na perspectiva de buscar alternativas de transformação do processo de trabalho para o alcance de resultados mais efetivos e eficazes. Dessa forma, ela pode ser uma estratégia potente para transformação das práticas em saúde, pois possibilita a reflexão sobre o fazer cotidiano. Para tanto, é preciso:

- resgatar a relação entre os sujeitos do processo de trabalho;
- dominar e aplicar saberes profissionais específicos e compartilhar esses saberes com os demais membros da equipe;
- levar em consideração todos os membros da equipe e os saberes e aspectos culturais sobre os quais constroem a sua identidade profissional e são reconhecidos pelos seus pares;
- valorizar e somar saberes para dar respostas efetivas e eficazes aos problemas complexos que envolvem a atenção à coletividade, para viver e conviver com qualidade;
- compreender a relação de poder presente nas relações entre gênero e profissões histórica e socialmente determinadas;
- concretizar conceitos teóricos, como: acolhimento, humanização, integralidade e vínculo, também em relação à equipe;
- ter como centro de todas as ações as necessidades apresentadas pelos usuários.

Como você pode perceber, os princípios pontuados anteriormente são similares àqueles que discutimos quando falamos da relação entre os profissionais de saúde e o usuário. Contudo, aqui estamos nos referindo aos processos pedagógicos entre profissionais em saúde e destes com profissionais de outras áreas. Isso não significa dizer que a Educação Permanente (EPS) excluiu a participação do usuário, considerando que ele é o foco de todas as ações em saúde. Também não excluiu a necessidade de o profissional ter domínio e saber aplicar saberes profissionais específicos, essencial para uma prática responsável.

Por muito tempo, a educação em serviço foi sinônimo de reciclagem, entendida como capacitação para o trabalho para responder às necessidades do mercado capitalista em expansão. Na área de saúde, porém, a educação em serviço começa a ser reconstruída – como conceito e como prática – a partir de um movimento em torno da proposta de EPS da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS). Essa proposta foi explicitada, principalmente, em uma publicação da OPS intitulada *Educación Permanente de Personal de Salud* (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994).

No Brasil, recentemente, a EPS foi oficialmente considerada uma estratégia capaz de trazer para a arena da formação e do desenvolvimento de profissionais de saúde abordagens metodológicas dialógicas e democráticas. Essa estratégia, tendo como referência o que foi proposto pela OPS, considera **o processo de trabalho como o lócus gerador de aprendizado significativo**. A busca do conhecimento por parte dos profissionais ocorre a partir da identificação e da necessidade de resolução de problemas vivenciados no processo de trabalho. Pressupõe avaliação dos resultados alcançados.

A proposta da EPS parte do reconhecimento de que é no trabalho que o sujeito põe em prática a capacidade de autoavaliação, de investigação, de trabalho colaborativo em equipe, de identificação da necessidade de conhecimentos complementares. Considera, ainda, que é no cotidiano que o trabalhador formula temas para os quais necessita de aperfeiçoamento ou atualização, em uma perspectiva de transformação do seu saber e do seu fazer. E, na mesma lógica, pressupõe ações articuladas com os níveis de gestão e as instituições formadoras de recursos humanos. Isto é, reconhece que EPS é um processo contínuo, coletivo e institucional de reflexão sobre a organização, as ações e os resultados do processo de trabalho, que deve resultar em transformação da realidade do trabalho e da saúde da população.

Para recordar...

“O processo de trabalho é um momento privilegiado de exercício de capacidades, de manifestação ativa dos indivíduos humanos e, por isso, podemos dizer que a realização em si dessas individualidades é também um objetivo de todo trabalho. Dito de outra forma, desenvolver a capacidade e a possibilidade de realizar um trabalho pode ser, em si mesmo, um objetivo” (FARIA et al., 2008, p.22).

Para Merhy (2005, p. 173), todo processo de EPS “implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir pela geração de problematizações”. Seria, portanto, um grande desafio para o profissional de saúde:

Produzir autointerrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado; colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo, do trabalho... Parece que estamos diante do desafio de pensar uma nova pedagogia – que usufrua de todas as que têm implicado com a construção de sujeitos autodeterminados e comprometidos sócio-historicamente com a construção da vida e sua defesa, individual e coletiva.

A esperança é de que se consiga romper com o modelo educacional tradicional caracterizado por uma educação autoritária que forma profissionais que estabelecem relações profissional-usuário-comunidade autoritárias e diretivas.

Importante frisar que a **Educação Permanente se apresenta como um conceito e um fazer novos, que se diferenciam dos processos de Educação Continuada**. Em um serviço em que a Educação Permanente é real – no qual ocorre reflexão sobre como está sendo realizado um determinado atendimento, projeto ou programa e os resultados alcançados –, haverá espaço nas agendas para que um membro da equipe possa compartilhar com os demais profissionais o que viu e ouviu em determinada **atividade de Educação Continuada**.

Portanto, nós estamos optando pela linha de autores que denominam de **Educação Continuada** a participação em seminários, congressos, cursos, reuniões técnicas, revistas científicas etc. Neste caso, não cabe mais a expressão “o evento foi ótimo, mas nada se aplica à nossa realidade” e, dessa forma, ter acesso ao conhecimento pelo conhecimento, sem compartilhá-lo e propiciar uma reflexão de toda a equipe. **A pergunta básica para uma reflexão que coloca os profissionais de saúde em EPS é: Como podemos melhorar o nosso processo de trabalho em função dos melhores resultados para a população sob nossa responsabilidade?**

Mais do que a requisição de uma metodologia pedagógica inovadora a ser aplicada nos processos educacionais, a Educação Permanente, na saúde, assume dimensões metodológicas, organizacionais e estratégicas, pois, partindo de uma situação existente (geralmente uma situação--problema), busca superá-la, trocá-la ou transformá-la em uma situação diferente ou desejada (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994).

Educação Popular em Saúde

A Política de Educação Permanente em Saúde enfatiza a Educação Popular, pois se caracteriza por um processo pedagógico que une os profissionais da saúde com a população. Existem várias experiências nos serviços de saúde, nas quais os profissionais aprendem a se relacionar com os grupos populares, sendo o Brasil pioneiro na construção dessa prática.

Em sua concepção teórica, a Educação Popular valoriza o saber popular, entendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva, a partir de trocas de experiências, e desta forma tem sido utilizada pelos serviços, visando um novo entendimento das ações de saúde como ações educativas.

A Educação Popular em Saúde tem como objetivo primordial romper com a verticalidade da relação profissional/usuário presente também nas ações educativas. Na Educação Popular em Saúde são valorizadas as trocas interpessoais, as iniciativas da população e dos usuários e o diálogo buscando a explicitação e compreensão do saber popular.

Para Vasconcelos (2001), segundo Gomes e Merhy (2014), Educação Popular em Saúde é arte e saber de lidar com as dificuldades e potencialidades deste relacionamento complexo e conflituoso dos serviços de Atenção Básica com a população numa perspectiva de construção da justiça e da solidariedade social.

Eymard Mourão Vasconcelos

**Educação Popular e a
atenção à saúde da família**

Seção 4

Bases teóricas de uma práxis educativa

Neste texto apresentaremos as várias abordagens ou concepções pedagógicas que perpassam a prática educativa dos profissionais a partir do pensamento de estudiosos da área da educação.

Iniciamos com uma declaração do Ministério da Saúde de que, atualmente, tanto a saúde quanto a educação buscam caminhos para construir um sujeito em estado de permanente aprendizagem, aprendendo a aprender, aprendendo a ensinar e ensinando a aprender. Essa busca está relacionada com críticas frequentes em relação às teorias e abordagens educacionais que estão inscritas em nossa história e com suas consequências na conformação das sociedades. De forma bastante sintética, vamos registrar algumas que são marcantes em nosso meio educacional e, conseqüentemente, na área de saúde (BRASIL, 2004a).

4.1 Abordagens ou concepções pedagógicas tradicionais

Transmissão

O processo educativo está centrado em alguém que sabe e ensina a alguém que não sabe. A lógica é a de transmissão de conhecimentos. Aquele que supostamente sabe mais assume funções como aconselhar, corrigir e vigiar quem deve aprender o conteúdo. O risco é o profissional se considerar a autoridade máxima e, portanto, o único responsável pelo processo educativo; há uma ênfase na repetição e, geralmente, não há preocupação com a realidade social nem com as crenças e valores daquele que “deve” aprender. A expectativa é de que o outro mude seu comportamento em função do que lhe foi ensinado. É possível que você já tenha visto ou ouvido falar de situações em que essa relação pedagógica se estabelece. Na reunião da Equipe Verde, descrita anteriormente, podemos identificar essa concepção permeando posições.

Condicionamento

Nos anos 1970, proliferou o chamado “tecnicismo educacional”, inspirado nas teorias behavioristas (Skinner, Gagné, Bloom e Mager) da aprendizagem e na abordagem sistêmica do ensino. Essa pedagogia se concentra no modelo da conduta mediante um jogo eficiente de estímulos e recompensas capaz de “condicionar” o aprendiz a emitir as respostas desejadas.

A prática pedagógica é altamente controlada e dirigida, com atividades mecânicas inseridas em uma proposta educacional rígida e passível de ser totalmente programada em detalhes (LUCKESI, 1994). Já foi muito comum, nos serviços de saúde, condicionar a “troca” de uma receita de medicamentos pela presença do usuário hipertenso nas reuniões em grupo, nas quais deve aprender como se comportar em relação a hábitos de vida. Este é um exemplo da pedagogia por condicionamento.

4.2 Abordagens ou concepções que têm o aprendiz como foco

Pedagogia Nova

A Pedagogia Nova se insere em um grupo de pedagogias não diretivas. É nessa corrente que surgem os conceitos de “aprender fazendo” e “aprender a aprender”, por exemplo. O centro da atividade não é o profissional nem os conteúdos, mas sim o aprendiz, que deve ter participação ativa. Deve ser despertada a busca pelo conhecimento e o desejo de alterar o comportamento. Surgiu em oposição à Pedagogia Tradicional, salientando que os homens são diferentes e a educação “será um instrumento de correção da marginalidade na medida em que contribuir para a constituição de uma sociedade cujos membros, não importam as diferenças de quaisquer tipos, aceitem-se mutuamente e respeitem-se na sua individualidade específica” (SAVIANI, 2007, p.8). Para esse autor, o escolanovismo se explicitou em uma prática excludente, sendo usada a favor da burguesia, legitimando desigualdades.

A Escola Nova foi um movimento forte na Europa, na América e no Brasil, na primeira metade do século XX. No Brasil, desenvolveu-se no contexto em que o país viveu um progresso industrial e econômico no bojo do neoliberalismo, com repercussões políticas, intelectuais e sociais complexas. Alguns autores realçam pontos positivos nessa pedagogia. Para Gadotti (2000), a educação nova, que surge de forma mais clara a partir da obra de Rousseau, desenvolveu-se nesses últimos dois séculos e trouxe consigo numerosas conquistas, sobretudo no campo das ciências da educação e das metodologias de ensino. O conceito de “aprender fazendo” de John Dewey e as técnicas Freinet, por exemplo, são aquisições definitivas na história da pedagogia.

Construtivismo-interacionista, sociointeracionismo, histórico-social

Na linha da abordagem que tem o aprendiz como referência não é possível deixar de citar Jean Piaget (1896-1980), responsável pelas bases científicas do construtivismo-interacionista, tendo desenvolvido a Teoria Psicogenética. Numa perspectiva construtivista, o indivíduo constrói o conhecimento desde o nascimento até a morte e a finalidade da intervenção pedagógica é contribuir para que desenvolva a capacidade de realizar aprendizagens significativas por si mesmo. O desenvolvimento mental humano estabelece a possibilidade da aprendizagem que ocorre na interação com o meio ambiente.

Outra importante abordagem foi desenvolvida por Vygotsky (1897- 1934) e seus discípulos, com apoio no materialismo dialético do filósofo Karl Max. Assim, para essa

escola (de Vygotsky), a aprendizagem ocorre mediada pelas interações sociais entre sujeitos históricos.

Para alguns autores, o que diferencia a corrente liderada por Piaget daquela liderada por Vygotsky, grosso modo, é que a segunda reafirma a importância do estímulo externo, a figura do educador, por exemplo. A abordagem educacional originária da psicologia sociocultural de Vygotsky tem recebido a denominação de pedagogia histórico-crítica. Contudo, também tem sido incluída, por muitos estudiosos da educação, entre as várias linhas da abordagem sociointeracionista (DUARTE, 1998).

Gadotti (2000), comentando as perspectivas da educação no século XX, diz que o traço mais original da educação no século XX é o deslocamento de enfoque do individual para o social, para o político e para o ideológico.

Paulo Freire: Pedagogia do oprimido, Pedagogia da autonomia

Um exemplo desse enfoque educacional social, político e ideológico, no cenário brasileiro, é a “Pedagogia do Oprimido”, proposta por Paulo Freire (1921-1997). Seu livro com esse título foi escrito em 1968, quando ele se encontrava em exílio em decorrência do golpe militar de 1964, e só foi publicado no Brasil em 1974. No último livro publicado enquanto ele ainda estava vivo – Pedagogia da autonomia –, Paulo Freire sugere o exercício de práticas pedagógicas que valorizem e respeitem a cultura, a individualidade e os conhecimentos empíricos dos educandos. Seu principal foco foi a educação popular. Para ele, é a partir do processo de reflexão da realidade que o homem se torna consciente e comprometido e pode atuar como agente de transformação de si e dessa realidade.

Para que aqueles que já fizeram aproximações com a metodologia problematizadora não sintam falta dela nesta disciplina, vamos mencionar que problematizar significa utilizar-se de elementos da realidade vivida, a fim de diagnosticar problemas do cotidiano e construir hipóteses, para, em seguida, aplicar uma solução viável, nos moldes de ação-reflexão-ação. Sua prática busca, enfim, a transformação dessa mesma realidade social (BORDENAVE, 1994). A similaridade com o que dissemos sobre Educação Permanente em Saúde não deve ser mera coincidência.

Bordenave

É um especialista em Comunicação e Educação com larga experiência em educação de adultos. Neste texto (BORDENAVE, 1994) o autor, que é paraguaio, aborda três concepções pedagógicas: a) a **Pedagogia de Transmissão** parte da premissa que o aluno no processo de ensino/aprendizagem deve RECEBER o que o professor ou o livro lhe oferece, ocasionando distância entre teoria e prática, passividade do aluno e falta de atitude crítica; b) a **Pedagogia do Condicionamento** não considera como mais importante no processo educativo as ideias e os conhecimentos, mas sim os RESULTADOS COMPORTAMENTAIS, ou seja, a repetição da associação ESTÍMULO-RESPOSTA-REFORÇO, na qual, o aluno é condicionado a emitir respostas desejadas; c) a **Pedagogia da Problematização** considera que o aluno – participante e agente da transformação social – pode detectar os problemas reais e buscar soluções originais e criativas. O texto aborda também o método do Arco de Charles Maguarez: observação da realidade (problema), teorização, hipótese de solução e aplicação prática das soluções propostas.

Muito referida no Brasil, a metodologia problematizadora tem sido postulada como uma possibilidade de aplicação de posturas educacionais críticas. Na problematização, parte-se da análise da realidade observada e vivida e os diferentes aspectos que a envolvem. Em um segundo momento, busca-se identificar os pontos-chave, o que é realmente importante.

A partir deles, procura-se identificar o porquê, ou seja, a justificativa teórica do que foi observado – fase de teorização – e formula(m)-se hipótese(s) de solução para o(s) problema(s), atentando-se para os condicionantes e limites impostos pela realidade. Na última fase, volta-se à realidade para aplicação prática das soluções propostas, análise dos resultados e da possibilidade de aplicação em situações similares. Esses passos seguem o método do arco, proposto por Charles Maguarez (BORDENAVE, 1994).

Concluindo a Unidade 1

Práticas educativas em saúde

Procuramos, até este ponto, resgatar o espaço pedagógico que as relações interpessoais propiciam e, considerando o potencial dos profissionais de saúde para o trabalho educativo, a importância da intencionalidade e do resultado de suas ações.

A partir de breve descrição do cenário – o Sistema Único de Saúde (SUS) –, focalizamos a necessidade de profissionais e comunidade pensarem e agirem de modo integrado, de forma transformadora.

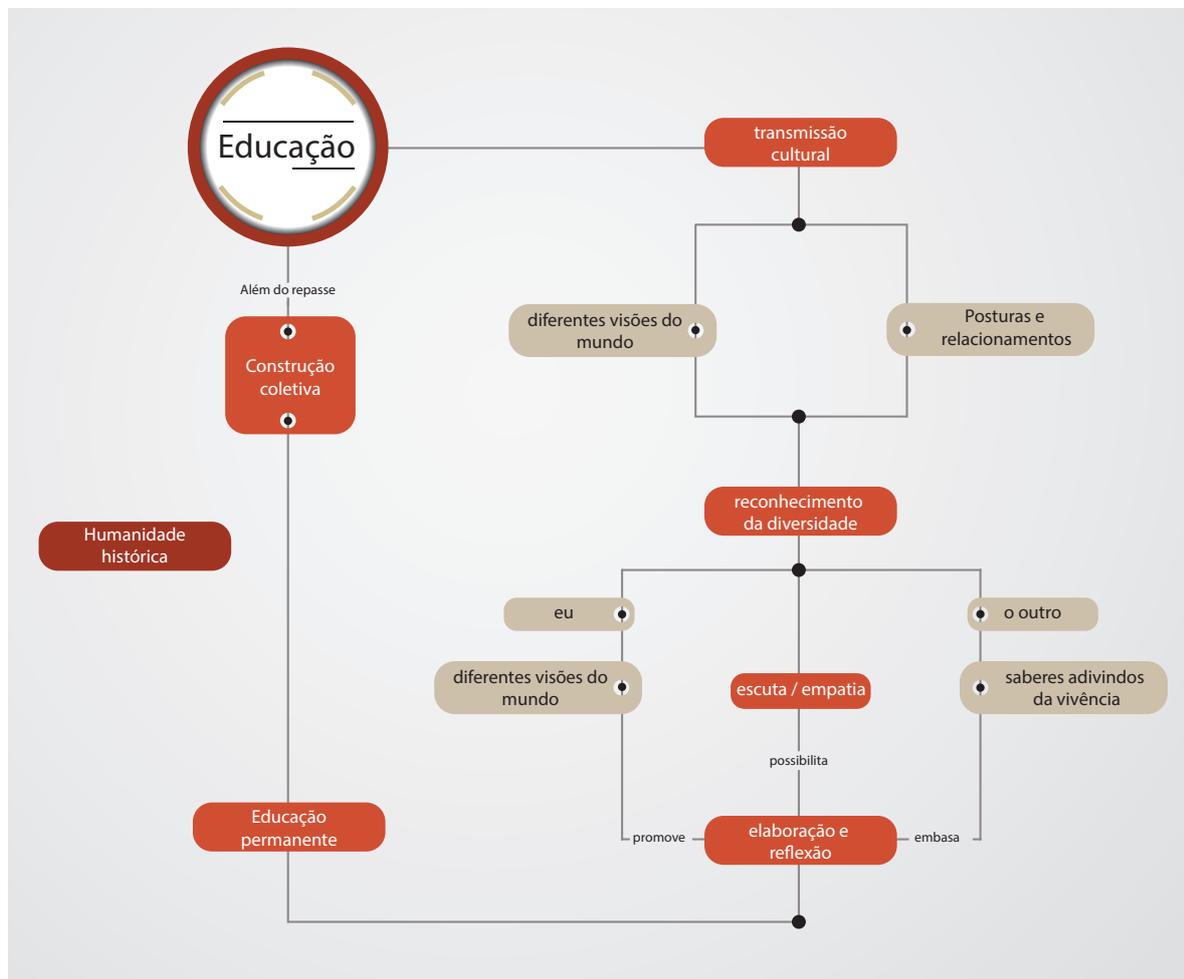
Considerando o projeto político que estamos construindo – o SUS que queremos –, certamente não nos interessam propostas que fortaleçam relações verticais, autoritárias, que sejam excludentes, que não promovam relações democráticas, que não valorizem o saber e a condição de vida de todos e de cada um. É fundamental que, no processo de fortalecimento do SUS, saibamos reconhecer essas propostas e os comportamentos que nelas se baseiam, pois, somente refletindo sobre o nosso fazer e tendo consciência de nossas ações e de suas bases teóricas, poderemos contribuir com o processo de mudança.

Dessa forma, qualquer metodologia educacional a ser empregada deverá estar baseada nos princípios de uma pedagogia crítica, transformadora e abrangente, que considere os profissionais da saúde e a comunidade como participantes ativos do processo de aprendizagem e, portanto, presentes em todos os momentos do planejamento, desenvolvimento e avaliação do projeto político, tecnoassistencial e pedagógico da equipe.

Assim, o primeiro passo é deixar a posição ingênua de considerar que o profissional de saúde não tem poder para mudar ou reforçar uma realidade. Em seu cotidiano, em seu consultório, em reuniões de grupos ou em outros momentos, certamente você deixa a sua marca, reforçando saberes cristalizados, alguns deles distantes do dia-a-dia dos usuários, ou desmitificando ideias sobre o que é o conhecimento e como utilizá-lo.

Para ilustrar o caminho percorrido, nas seções anteriores, apresentamos um exemplo de Mapa Conceitual que agrega e interrelaciona os conceitos trabalhados neste texto até o momento.

Figura 1 - Exemplo de mapa conceitual que explicita conceitos estudados



Fonte: elaborado pelos autores, 2018.

Voltando à nossa proposta de um projeto político-pedagógico crítico, encerramos esta seção reafirmando a essencialidade de seu aspecto ético. Como dito por Paulo Freire, “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” (FREIRE, 1996, p. 34).