

**Da educação sanitária para a educação em saúde (1980-1992): discursos e práticas**

*From sanitary education to health education (1980-1992): discourses and practices*

*De la educación sanitaria a la educación en salud (1980-1992): discursos y prácticas*

Rogério Dias Renovato<sup>1</sup>, Maria Helena Salgado Bagnato<sup>2</sup>

**RESUMO**

Pesquisa histórica cujo objetivo foi analisar os discursos oficiais do Ministério da Saúde sobre educação em saúde na década de 1980, e verificar se ocorreu a transposição dessas proposições para as unidades de saúde. As fontes históricas utilizadas foram os documentos sobre educação em saúde publicados pelo Ministério da Saúde entre 1980 e 1992, e as pesquisas realizadas sobre as práticas educativas em saúde implementadas em unidades de saúde. Utilizou-se análise documental ancorada nos conceitos foucaultianos de discurso e biopoder. Percebeu-se, tanto nos discursos oficiais novos quanto em outros contornos dessas práticas, a proposta não mais da coerção, mas da participação de todos. A metodologia participativa passou a ocupar a centralidade do processo educativo, tendo como fim principal romper com o ciclo de opressão instaurado sobre esses sujeitos. Ao término da década de 1980, presenciaram-se várias configurações das práticas educativas em saúde imbricadas de modelos tradicionais, de discursos emancipatórios e de estratégias do neoliberalismo.

**Descritores:** Educação em Saúde; Saúde Pública; Política de Saúde.

**ABSTRACT**

This historical study was performed with the objective to analyze the official discourses of the Ministry of Health regarding health education in the 1980's, and to determine if these propositions have been carried forward to the health units. The historical sources used were the health education documents published by the Ministry of Health between 1980 and 1992, as well as studies regarding the health education practices implemented in health units. Documental analysis was used, anchored on the Foucault concepts of discourse and bio power. We realized there were new and different outlines of these practices in the official discourses, which no longer propose coercion, but instead encourage the participation of all. The participative methodology became the center of the educational process, with the purpose of breaking the cycle of oppression that was established over these subjects. By the end of the 1980's, we observed several configurations of health education practices overlapping with traditional models, emancipatory discourses and neoliberalism strategies.

**Descriptors:** Health Education; Public Health; Health Policy.

**RESUMEN**

Investigación histórica que objetivó analizar el discurso oficial del Ministerio de Salud sobre educación en salud en la década de 1980, y si ocurrió trasposición de propuestas para unidades de salud. Las fuentes históricas fueron documentos sobre educación en salud publicados por Ministerio de Salud de 1980 a 1992, e investigaciones efectuadas sobre prácticas educativas en salud implementadas en unidades de salud. Se utilizó análisis documental basado en conceptos foucaultianos de discurso y biopoder. Percibimos en el discurso oficial nuevos y otros contornos de esas prácticas, proponiendo ya no la coerción sino la participación de todos. La metodología participativa pasó a ocupar el foco del proceso educativo, apuntando a romper con el ciclo de opresión instaurado sobre tales sujetos. Hacia fines de los '80 presenciarnos variadas configuraciones de prácticas educativas en salud, imbricadas de modelos tradicionales, de discursos emancipatorios y de estrategias del neoliberalismo.

**Descriptores:** Educación en Salud; Salud Pública; Política de Salud.

<sup>1</sup> Farmacêutico, Doutor em Educação, Professor Adjunto, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Dourados, MS, Brasil. E-mail: [rrenovato@uol.com.br](mailto:rrenovato@uol.com.br).

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutora em Educação, Professora Doutora, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. E-mail: [mhbagnato@gmail.com](mailto:mhbagnato@gmail.com).

## INTRODUÇÃO

O termo educação sanitária foi proposto pela primeira vez em uma conferência internacional sobre a criança, nos Estados Unidos, em 1919, inserido nos princípios científicos da higiene, que se fortalecia com os avanços da bacteriologia e da imunologia, sendo empregado ao longo do século XX<sup>(1)</sup>. Já a partir da década de 1980, percebeu-se certa inflexão envolta por dimensões teóricas e políticas, em que o termo educação em saúde passou a ser mais utilizado, trazendo consigo outras concepções histórico-culturais e singulares<sup>(2)</sup>.

Todavia em seu percurso histórico a educação sanitária caracterizou-se pelo seu papel regulador, normatizador, de controle sobre os corpos através de dispositivos que se utilizaram de estratégias fundamentadas, principalmente, no poder disciplinar<sup>(3)</sup>.

As práticas da educação sanitária pautaram-se no modelo informação-mudança de comportamentos, partindo da premissa de que a população seria carente de conhecimentos e, portanto, os saberes deveriam ser transmitidos por especialistas, a fim de produzir modificações nos hábitos indesejáveis, do ponto de vista sanitário<sup>(3)</sup>. Todavia, esse modelo tradicional passou a incorporar outros matizes, convergindo com as propostas da Reforma Sanitária, já a partir de 1970, em que as práticas educativas em saúde deveriam contribuir para a formação de sujeitos emancipados e capazes de reverter a situação de opressão vivenciadas pelas classes de trabalhadores<sup>(4)</sup>.

A educação em saúde, no âmbito de suas políticas, concepções e práticas vêm apresentando historicamente mudanças conceituais que são significativas. Porém esse processo não ocorre de modo linear, mas encontra-se articulado ao campo da educação, da saúde, da economia, das ciências políticas e da cultura. Em tempos históricos particulares têm circulado nuances diferenciadas de ser humano e de saúde, “produzindo discursos que privilegiam maneiras de ser, fazer e compreender educação em saúde, que vão se constituindo em saberes e verdades hegemônicas em detrimento de outras formas de pensar e agir”<sup>(3)</sup>. Portanto, faz-se necessário problematizar os desdobramentos desses discursos, procurando explicitar a movimentação dos conceitos.

Desse modo, seria correto afirmar que as mudanças de terminologia nesse campo de conhecimento e de prática estiveram envoltas por modificações conceituais e interferiram nas ações em saúde nos cenários de

coletividades? Quais abordagens teóricas podem ter contribuído ou se fizeram presentes nessa mudança de paradigma? A resposta a essas questões requer aproximações com o campo da história, cuja investigação pode lançar “luzes sobre o passado para que este possa clarear o presente, inclusive fazer perceber algumas questões futuras”<sup>(5)</sup>. No entanto, pesquisas históricas sobre essa temática procurando problematizar mudanças no(s) discurso(s) oficial(is) da política de educação em saúde no Brasil, mais especificamente na década de 1980, ainda são incipientes e requerem mais investigações sobre esses eventos ainda recentes do ponto de vista histórico.

Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar os discursos oficiais propostos pelo Ministério da Saúde sobre as práticas educativas em saúde, e se ocorreu de fato transposição dessas proposições para as unidades básicas de saúde, no período de 1980 a 1992. Nesse período de transição, a educação sanitária passava por mudanças que se articulavam com as propostas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde e com o movimento da Reforma Sanitária, em crescente expansão. As críticas ao modelo fundamentado apenas na informação encontravam outras e novas possibilidades de intervenção, como as metodologias participativas, que estimulavam a responsabilidade e o comprometimento dos indivíduos e da comunidade com a sua saúde<sup>(4)</sup>.

## MÉTODO

Pesquisa histórica com abordagem qualitativa, empregando análise documental. Essa investigação foi composta da etapa de levantamento de dados ou fontes históricas, avaliação crítica dos achados, análise e interpretação que culminou na síntese apoiada em referencial teórico<sup>(5)</sup>. As fontes históricas podem ser classificadas em primárias ou secundárias. Entende-se por fontes primárias como aquelas relacionadas diretamente ao objeto da pesquisa em termos de tempo e espaço. Já as fontes históricas secundárias, podem ser explicações dos acontecimentos escritos por outras pessoas que analisaram e interpretaram o evento histórico em questão<sup>(5)</sup>.

Para essa pesquisa, as fontes históricas primárias selecionadas foram os documentos emitidos pelo Ministério da Saúde que tratavam da temática educação em saúde no período de 1980 a 1992, elencadas no Quadro 1.

**Quadro 1:** Documentos sobre Educação em Saúde do Ministério da Saúde, 1980 a 1992. Dourados, MS, 2011.

Ano da publicação	Título do documento
1980	Educação em Saúde nas Unidades Federadas
1981	Ação Educativa: Diretrizes
1981	Ação Educativa nos Serviços Básicos de Saúde
1981	Encontro de Experiências da Educação e Saúde
1982	Ação participativa: metodologia
1982	Ação participativa: avaliação de experiências
1982	Ação participativa: capacitação de pessoal
1983	Ação participativa: produção de materiais instrucionais
1984	Ação participativa: perspectiva de atuação dos educadores de saúde pública
1989	Educação em saúde – diretrizes
1992	Educação para a participação em saúde – diretrizes gerais
1992	Educação para a participação em saúde – relatório final

Fonte: Gastaldo<sup>(2)</sup>

Os documentos foram organizados em ordem cronológica e submetidos a leituras exaustivas e compreensivas. Também foram incluídas as pesquisas realizadas sobre as práticas educativas em saúde, implementadas em unidades de saúde sob a forma de dissertações e teses, a fim de verificar se ocorreu de fato a transposição das políticas de educação em saúde propostas nesse período. A busca pelas fontes dessa pesquisa deu-se nos acervos da biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), biblioteca da Escola de Enfermagem da USP e biblioteca do Ministério da Saúde, no período de 2006 a 2007.

As fontes foram analisadas tendo como aporte ou marco teórico os conceitos foucaultianos de discurso e biopoder. Entende-se como aporte teórico, uma teoria ou grupo de teorias que fornecem fundamento para a análise e interpretação do evento histórico a ser estudado<sup>(5)</sup>. Assim, sob a perspectiva foucaultiana, o discurso é o conjunto de enunciados que provêm de um mesmo sistema de formação discursiva, e não a mera exposição de idéias, pensamentos ou formulações de frases. Essa concepção de discurso traz consigo instâncias instituidoras de representações e de significados que vigoram e têm efeitos de verdade em temporalidades particulares<sup>(6)</sup>. Já o biopoder traz a noção de um poder que se constitui na articulação entre a tecnologia disciplinar, que incide sobre os corpos dos indivíduos, e a tecnologia biopolítica, dirigida à regulamentação da população, como poder de gestão e maximização da vida<sup>(6)</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desse modo, a fim de contextualizar melhor os resultados encontrados, optamos em abordar inicialmente a trajetória histórica da educação sanitária de 1960 a 1980, período que antecedeu o intervalo de tempo estudado nessa pesquisa. Em seguida, a análise culminou em dois temas maiores convergindo com o objetivo da pesquisa: os discursos oficiais sobre educação em saúde e as práticas educativas em unidades de saúde. Considerando a relevância histórica da terminologia empregada, utilizamos o termo educação sanitária em relação ao período anterior a 1980, e o termo educação em saúde ao intervalo posterior a essa data.

### Educação sanitária no Brasil de 1960 a 1980

O período que se iniciou na década de 1960 e se estendeu até meados da década de 1980 foi classificado como o período turbulento para a educação sanitária, visto que o contexto social e político do Brasil encontravam-se sob o domínio de um regime autoritário, altamente repressivo, centralizador e concentrador de renda. Como consequência, o campo que se abriu para a educação sanitária foi o planejamento familiar<sup>(1)</sup>.

Para esse momento histórico, a educação sanitária encontrava-se organizada no Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES) sem, no entanto, restringir-se a esse órgão. O SNES foi criado em 1942, com outra nomenclatura, o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, reformulado em 1962, e posteriormente, em 1964. A proposta desse serviço foi estabelecer um sistema para a ação executiva em saúde, substituindo as ações esporádicas, eventuais e não planejadas<sup>(7)</sup>.

Nesse período da ditadura militar, a educação sanitária assumiu mais uma vez sua função normatizadora

e pouco eficiente na resolução dos problemas de saúde que se expandiam pelo Brasil. Desse modo, a deterioração da saúde da população se expressava nos elevados índices de mortalidade infantil, epidemias de meningite, sem contar na marginalização desencadeada pela política privatizante do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)<sup>(1)</sup>.

O SNES enfrentava várias dificuldades para a realização de suas atividades, dentre elas, a necessária e urgente incorporação de profissionais técnicos especializados em seu quadro de servidores, a ampliação do orçamento, maior integração com os demais setores do Ministério da Saúde, conforme verificado no seguinte relato: “até agora, todavia, não foi possível a efetivação dessas medidas complementares, nem ao menos nas condições mínimas capazes de assegurar o funcionamento normal do órgão em termos da filosofia educativa preconizada no Regimento em vigor”<sup>(7)</sup>.

Nesse período de expansão das instituições médicas, o Estado, através das clínicas e hospitais credenciados ao sistema previdenciário, privatizou-se, produzindo matrizes identitárias que se caracterizaram pela racionalização, produtividade e participação, neste último caso, entendida como adesão, tanto da população, como dos agentes institucionais, aos planos e programas governamentais. A dicotomia cura e prevenção se consolidou a partir de um discurso estatal privatista, em que o projeto sanitista não encontrou menor repercussão em decorrência de uma assistência médica cada vez mais dominante<sup>(2)</sup>.

Desse modo, a educação sanitária assumiu papel secundário, tanto como a Saúde Pública brasileira. Suas concepções abraçaram perspectivas de uma política liberal, em que o objetivo da educação sanitária foi ajudar os indivíduos a alcançarem a saúde por meio de seus próprios atos e esforços, desconsiderando as condições sociais e culturais da sociedade.

No Encontro de Experiências de Educação e Saúde, promovido pela Divisão Nacional de Educação em Saúde da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, Ministério da Saúde, em 1981, os discursos proferidos parecem evidenciar proposta de ruptura do modelo tradicional de educação sanitária. Dentre os enunciados, reafirmava-se a transição de um modelo que se caracterizava pela mera transmissão de conhecimentos relacionados com a saúde para outra perspectiva, que passaria a ter a finalidade de desencadear mudanças, a

partir desses conhecimentos transmitidos, levando em conta a situação de saúde das pessoas<sup>(8)</sup>.

Assim, outra nomenclatura passou a ser privilegiada, deixando para trás a antiga educação sanitária e seu forte entrelaçamento com o campo da higiene, para adentrar em uma esfera de conhecimento que considerasse a interdependência entre a educação e a saúde. Logo, pode-se ver conclamado neste evento, na capital brasileira, que a educação sanitária foi incorporada por um outro paradigma, a educação em saúde, talvez não tão diferente do anterior.

### **Os discursos oficiais sobre educação em saúde entre 1980 a 1992**

No período que seguiu de 1980 a 1992, foram elaborados documentos sobre educação em saúde pelo Ministério da Saúde (Figura 1), sendo que simultaneamente ocorreu o processo de democratização do Estado brasileiro, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, bem como a Constituição de 1988.

No primeiro documento sobre a Educação em Saúde nas Unidades Federadas, decorrente da análise de dados da pesquisa – Os Recursos Humanos na Área de Educação em Saúde ao nível Nacional - realizada em 1979 pelo Departamento Nacional de Educação Sanitária, porém publicado em 1980, ainda se percebia um enfoque da educação em saúde voltada para a mudança de comportamento<sup>(9)</sup>.

Nesse emaranhado de discursos dispersos, prevalecia a figura do especialista, seja o profissional de saúde ou o educador em saúde pública propriamente dito. Cabia a ele ajudar a colocar em cena a educação em saúde nos espaços institucionais. Desse modo, a educação em saúde assumiu o papel de estratégias disciplinares do biopoder ao incentivar e promover mudanças de comportamentos em indivíduos, estimulando-os a adotarem estilos de vida mais saudáveis<sup>(2)</sup>.

A partir de 1981, ficaram perceptíveis rupturas nos discursos oficiais sobre educação em saúde, provavelmente decorrentes da sistematização de estratégias de resistência, organizadas nas universidades, a partir dos departamentos de Medicina Preventiva, de movimentos sindicais, e aglomerados de outros grupos e associações<sup>(10)</sup>.

No documento Ação Educativa: Diretrizes, a ação educativa em saúde incorporou os referenciais de Paulo Freire e Carlos Brandão, evocando a relevância da

reflexão crítica, como também o desenvolvimento de uma consciência crítica capaz de promover a melhoria das condições de saúde, a partir da participação comunitária: *"a educação em saúde assim considerada deixa de ser um processo organizado de persuasão ou um processo limitado de transferir informação e passa a ser um meio de trocar essas informações e de desenvolver uma visão crítica dos problemas de saúde"*<sup>(11)</sup>.

De fato, Freire contribuiu consideravelmente para o campo da educação em saúde trazendo as concepções da educação libertadora e transformadora, em que a relação educador e educando, não se restringe tão somente à transmissão de informações. Sob essa perspectiva o sujeito deixa de ser passivo, mas consciente e capaz de fazer suas escolhas. Diálogo, consciência e emancipação são as palavras-chave nesse processo<sup>(12)</sup>.

A proposta que se estendeu por toda a década de 1980 sobre a educação em saúde foi estimular a população, historicamente reprimida pelas elites e oligarquias, enfim pelos governos autoritários, a reivindicarem seus direitos, e somente a partir da metodologia participativa, desenvolver a visão crítica sobre seus problemas de saúde, cujo conceito encontra-se em expansão como vemos na VIII Conferência Nacional de Saúde.

Mais uma vez a educação assumiu papel relevante na política de saúde brasileira, pois segundo esses novos discursos sanitários, as práticas educativas em saúde eram primordiais, como instrumentos de difusão da saúde como direito de cidadania e do processo de democratização da vida social. Sob essa perspectiva, a população deveria participar não apenas no sentido do acesso aos serviços de saúde, mas também da sua gestão e seu controle<sup>(10)</sup>.

O enfoque na comunidade encontra respaldo na concepção de que ela - a comunidade - é capaz de promover saúde sem necessitar do auxílio paternalista dos profissionais de saúde. Nesses discursos, percebem-se deslocamentos para os níveis locais de atenção em saúde, privilegiando a descentralização das ações, a partir das necessidades delineadas pela participação dos usuários do sistema de saúde<sup>(2)</sup>.

Nos documentos sobre a Ação Participativa<sup>(13-14)</sup>, o refinamento dessa proposta assumiu outras dimensões, propondo rupturas com os modelos pedagógicos tradicionais, e também autoritários. Como proposta, a educação em saúde não seria mais o centro da discussão,

mas a participação definida em termos de uma experiência educativa. E assim, as unidades de saúde passariam a assumir o papel de catalisadores dessas experiências educativas.

*"A educação passa, então, a ser repensada como um processo capaz de desenvolver nas pessoas a consciência crítica das causas dos seus problemas e, ao mesmo tempo, criar uma prontidão para atuar no sentido de mudança. Essa proposta da educação para uma consciência crítica enfatiza a participação da população em um processo baseado no diálogo entre iguais"*<sup>(13)</sup>.

A metodologia participativa proposta tenta se contrapor às intervenções coercitivas, abrindo espaço para conceitos tão relevantes aos movimentos sociais, como a autonomia, o diálogo, o desenvolvimento de consciência crítica e o respeito ao conhecimento popular.

Todavia os discursos sobre a participação comunitária podem ser entendidos como refinamento do exercício do biopoder<sup>(6)</sup>, isto é, tecnologias biopolíticas de gestão sobre as populações: a criação de um conhecimento comum, o respeito à visão do paciente, assim como práticas educativas que interligam através do diálogo a população com as diretrizes centrais do sistema nacional de saúde. Através da participação, o paciente/usuário torna-se um parceiro desse sistema e um agente realizador das suas ações em nível local<sup>(2)</sup>.

Apesar dessas perspectivas progressistas, no encontro dos educadores de saúde pública, realizado em Piracicaba-SP, a professora Nelly Martins Ferreira Candeias, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, declarou que a educação em saúde passava por desafios em tentar transformar os princípios educativos filosóficos e conceituais em ações mais pragmáticas<sup>(14)</sup>. Sua fala denunciou a ausência dos educadores em saúde pública nas discussões e participações no campo da saúde pública: *"a educação em saúde encontra-se à deriva, isto é, flutuando ao sabor dos elementos, arrastada por correntes de natureza política. É esta a razão pela qual os educadores têm estado presos a uma rede administrativa de ilusões"*<sup>(14)</sup>.

No documento que segue, alguns conceitos foram mais refinados como os discursos sobre o empoderamento e o enfoque participativo. Ou seja, a partir dessa perspectiva, o grupo passaria a decidir o que é normal. A delimitação das normas é partilhada e

construída pelos sujeitos nas atividades de educação em saúde. Os métodos e conteúdos não são impostos, pois se espera que cada indivíduo construa suas prescrições, evitando, assim qualquer tipo de resistência caso a abordagem fosse de caráter impositivo<sup>(15)</sup>.

*“A prática educativa compreendida nesta metodologia (a metodologia de ação participativa), que inclui produção de conhecimento, reflexão, compromisso, ação e criticidade, deve resguardar os interesses das pessoas envolvidas que no processo poderão transformá-la e recriá-la. Essa recriação se dará na medida em que as pessoas acumulam experiência e produzem conhecimento, num esforço de ação continuada, refletida e avaliada”<sup>(15)</sup>.*

Nas metodologias participativas, as estratégias tradicionais e até consideradas repressivas, como as palestras, cedem espaço às táticas construtivistas, tais como atividades de grupo e a construção de conhecimento comum entre profissionais e pacientes. Todavia, mesmo quando a abordagem sofre mudanças, como a proposta do método participativo, as tentativas de conduzir a conduta do outro podem persistir também. Mesmo sob esse outro paradigma, como a participação, as relações de poder estão presentes. E as estratégias de biopoder ainda podem estar circunscritas ao saber científico, que delimita a conduta do usuário<sup>(6)</sup>.

No documento Educação para Participação em Saúde, já no governo Collor, as propostas alcançaram um enfoque mais operacional, e apresentaram a análise da educação em saúde com a identificação de alguns problemas ainda evidentes, dentre eles: o verticalismo, a descontinuidade, a separação entre o conhecimento científico e popular, o modelo médico tradicional e a ausência de um marco teórico e conceitual<sup>(16)</sup>.

No entanto, mesmo com a introdução de novas concepções sobre a educação em saúde, como a participação comunitária, a descentralização, a gestão democrática, o ajuste estrutural do sistema nacional de saúde encontrava-se em sua fase embrionária, o que poderia ter inviabilizado a implementação das metodologias participativas. Nesse período seguia em curso na Europa e Estados Unidos, o avanço do neoliberalismo que traria forte influência no campo da Educação e da Saúde, a partir da década de 1990, e na atualidade encontra-se dispersa nas mais variadas dimensões da vida do brasileiro e da brasileira<sup>(10)</sup>.

A década de 1980 se finda, após ampla discussão das políticas sociais, e no caso, das políticas de saúde, materializa-se a criação do Sistema Único de Saúde, e vislumbra-se o avanço sem tréguas do neoliberalismo e da globalização dos mercados mundiais. Todavia, lançamos as seguintes questões: como se concretizaram as práticas educativas em saúde nas unidades de saúde nesse período? Seria possível tecer alguma articulação entre os discursos oficiais sobre educação em saúde na década de 1980 e a educação em saúde nestes cenários?

### **Práticas educativas nas unidades de saúde**

Ao longo do século XX, o papel das unidades de saúde, ou também chamados de postos de saúde sofreu deslizamentos e desencontros, refletindo em suas intervenções, concepções de educação em saúde, que privilegiavam o modelo curativista e liberal<sup>(2,4)</sup>.

Porém nesse período histórico particular, outras articulações entre as práticas educativas em saúde e as unidades de saúde se estabeleceram. Outras possibilidades de práticas e táticas foram construídas a partir de discursos oficiais, como verificamos anteriormente, em consonância com o avanço progressivo do processo de democratização da sociedade brasileira e as discussões emergentes a respeito da atenção primária em saúde<sup>(2,4)</sup>.

Assim, a proposta desse item consistiu em verificar se de fato ocorreu a transposição dos discursos oficiais sobre educação em saúde, para as unidades de saúde locais, procurando pistas e indícios desses discursos nas fontes selecionadas. No entanto, os estudos sobre a educação em saúde nesses cenários durante a década de 1980 são escassos, o que não impede de relatar os achados a partir das pesquisas encontradas.

Os dois primeiros relatos referem-se ao início da década de 1980, mais especificamente 1981 e 1983, e trazem a realidade das práticas de educação em saúde ainda pouco influenciadas pelos discursos oficiais de participação comunitária.

Na pesquisa realizada em 10 unidades de saúde pública da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, localizadas tanto em municípios da região metropolitana, como na própria capital fluminense, sua finalidade foi estabelecer a relação entre o discurso oficial e a operacionalização da atividade educativa e os conceitos populares sobre saúde<sup>(17)</sup>.

Dentre os achados, verificou-se a distorção desses serviços, que ao invés de aplicarem intervenções de prevenção, dentre elas, educação em saúde, os postos em questão atendiam à demanda de uma clientela espontânea constituída por candidatos à carteira de saúde e funcionários públicos que pleiteavam licença para tratamento de saúde ou abono de faltas, principalmente nas regiões metropolitanas<sup>(17)</sup>.

Dentre os procedimentos entendidos como educativos, incluíam-se as palestras e as entrevistas, sendo que as primeiras eram realizadas em salas de espera, ou quando os usuários aguardavam a consulta médica, e as segundas, apenas no momento do atendimento<sup>(17)</sup>.

A educação em saúde realizada nas unidades de saúde se configurava como vazia, distante das realidades dos usuários, e se fundamentava em processos de transmissão de informações científicas, sem considerar as demais dimensões de vida daqueles que buscavam cuidados nesses locais. Nesse estudo, percebeu-se que as ações educativas em saúde eram instrumentos das tecnologias disciplinares do biopoder<sup>(6)</sup>, sem a possibilidade de avaliação crítica dessas práticas, vislumbrando a participação como um dos caminhos viáveis para reverter o biopoder sobre as classes marginalizadas e assistidas nas unidades de saúde<sup>(17)</sup>.

Em pesquisa realizada nas unidades de saúde de São Paulo-SP, denominados de postos de assistência médica (PAM), os resultados não foram diferentes. A principal clientela incluía gestantes e crianças, sendo realizadas consultas de pré-natal, de pediatria, aplicação de vacinas, além de atendimento odontológico para as gestantes<sup>(18)</sup>.

As ações educativas em saúde encontradas nestas unidades de saúde estavam em estágio rudimentar, sendo eventuais e superficiais. As principais atividades educativas restringiam-se às orientações sobre os medicamentos prescritos e dieta alimentar. *"A avaliação qualitativa do desempenho dos PAM no que se refere à educação em saúde vem sendo prejudicada, visto que não faz parte da rotina do pessoal de saúde avaliar o nível de compreensão da clientela em relação às orientações recebidas, nem oferecer o reforço necessário (...) da mesma forma, não se procura verificar a adoção de práticas, por parte da clientela, que contribuam para a melhoria de sua saúde"*<sup>(18)</sup>.

Essas duas pesquisas retrataram as realidades particulares de unidades de saúde em relação à educação

em saúde, porém trazem importantes elementos para a análise do percurso histórico dessas práticas educativas<sup>(17-18)</sup>. Assim, outra questão poderia ser colocada: será que ao longo da década de 1980, os discursos oficiais foram pelo menos em parte incorporados nesses cenários? Em pesquisa realizada a partir de entrevistas com profissionais de saúde - médicos, enfermeiros e nutricionistas - que trabalhavam nos centros municipais de saúde do Rio de Janeiro-RJ alguns indícios foram percebidos<sup>(19)</sup>.

Dentre as atividades consideradas educativas, os sujeitos da pesquisa arrolaram a consulta individual, a sala de espera, os grupos de diabéticos e hipertensos, bem como as visitas domiciliares<sup>(20)</sup> e as palestras em escolas. Apesar de incluírem mais espaços educativos, constatou-se que os entrevistados, em geral, não participavam efetivamente de tais ações: *"Ao focar a prática de educação em saúde nos serviços de saúde, os profissionais de todas as categorias trabalharam dentro da idéia de prevenção de doenças como o objetivo primário de qualquer ação educativa. A idéia de criar hábitos de vida saudáveis e a noção de prevenção com a concepção instrumental da educação, e está presente na maioria das entrevistas. O profissional seria, nesta forma de ver, o responsável por criar no outro (o paciente) uma série de hábitos que dizem respeito à prevenção de doenças e à promoção da saúde [...] O foco principal dos ensinamentos e informações, visando à prevenção de doenças são as crianças e as mulheres, o que nos coloca diante da mesma forma de pensar característica do higienismo do início do século"*<sup>(19)</sup>.

Mesmo com a proposição de novas concepções sobre a educação em saúde, ao longo da década de 1980, alguns conceitos permaneceram como o fim principal dessas práticas, dentre eles, os estímulos à adoção de hábitos saudáveis por parte da população assistida. Uma visão distorcida sobre o papel da educação em saúde, com ênfase em estratégias ainda disciplinadoras, desconsiderava as outras dimensões atreladas ao processo saúde-doença, como a moradia, o trabalho, o transporte, o lazer, ou seja, as condições de vida de cada usuário do sistema de saúde.

Como relata Pereira, *"embora o discurso preventivista esteja tão presente e seja tão enfático, a prática é eminentemente curativa, gerando uma contradição nem sempre percebida pelos entrevistados"*<sup>(19)</sup>. A educação em saúde ainda era percebida como instrumento do biopoder<sup>(6)</sup>, ou meios para se atingir modelos ou normas

de bom comportamento, o comportamento saudável. Desse modo, eram práticas alienadas, que reforçavam as relações de poder nos micro-espços, como as unidades de saúde pública.

## CONCLUSÃO

Seria possível afirmar que ocorreram rupturas no modelo tradicional das práticas educativas em saúde, ou deslocamentos das concepções da educação sanitária para a educação em saúde nos mais variados cenários, com maior ênfase nas unidades básicas de saúde? Percebemos nos discursos oficiais novos e outros contornos dessas práticas, propondo não mais a coerção, nem a simples transmissão de informações, ou a mera busca de mudança de comportamentos não saudáveis para a adoção de hábitos saudáveis.

A participação de todos, ou a metodologia participativa passou a ocupar a centralidade do processo educativo, tendo como fim principal romper com o ciclo disciplinador sobre esses sujeitos, pelo menos nos discursos oficiais. A educação em saúde deveria assumir, então, o papel estratégico de romper e contribuir na formação de novas subjetividades, entremeadas de autonomia, criticidade e possibilidades emancipatórias. Sob essa proposta, as relações seriam mais igualitárias. O saber do outro, do usuário e agora do cidadão deveria ser

cada vez mais considerado, já que a saúde tornou-se juridicamente direito de cada brasileiro e brasileira.

Assim diante desses discursos, percebemos outras leituras e ressignificações que os profissionais de saúde e a comunidade tiveram nesses cenários de práticas de saúde. As propostas de participação comunitária nas ações educativas foram concebidas de várias formas, em alguns casos restringiam-se a algum auxílio da comunidade nas campanhas de vacinação, ou a criação de caixas de sugestões, que coletavam as reclamações e pedidos dos usuários. E desse modo, o discurso sobre a participação comunitária, mesmo decorrente dos movimentos de resistência, encontrou obstáculos na estrutura dos serviços e na equipe de profissionais de saúde, com formação tecnicista e biologicista.

Ao término da década de 1980, verificamos várias configurações das práticas educativas em saúde imbricadas de modelos tradicionais, de discursos emancipatórios e de estratégias do neoliberalismo que emergia. Nesse emaranhado de elementos discursivos, entrelaçados pelas dimensões individuais e coletivas, por práticas culturais, não se pode mais imaginar relações de poder binarizadas, e sim múltiplas relações de poder entremeadas de interpelações, delimitando condutas consideradas saudáveis para esse Outro, a partir de representações construídas historicamente e situadas em espaços e temporalidades particulares.

## REFERÊNCIAS

- Melo JAC. Educação sanitária: uma visão crítica. Cadernos do CEDES 1987;4:28-43.
- Gastaldo D. Is health education good for you? The social construction of health education in the brazilian national health system [thesis]. London: University of London; 1996.
- Bagnato MHS, Renovato RD. Práticas educativas em saúde: um território de saber, poder e produção de identidades. In: Deitos RA, Rodrigues RM, organizadores. Estado, desenvolvimento, democracia & políticas sociais. Cascavel: EDUNIOESTE; 2006. p. 87-104.
- Reis DC. Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais. In: Gazzinelli MF, Reis DC, Marques RC, organizadores. Educação em Saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2006. p. 19-24.
- Padilha MICS, Borenstein MS. O método de pesquisa histórica na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2005;14(4):575-84.
- Castro E. Vocabulário de Foucault - Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.
- Freitas Filho L. Educação sanitária, saúde pública e SNES. Arquivos de Higiene. 1967; 23(1):43-59.
- Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. Encontro de Experiências de Educação e Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1981.
- Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Educação em Saúde nas Unidades Federadas. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1980.
- Carvalho ACSM. Os Programas Oficiais de Educação para a Saúde no Brasil entre 1980 e 1995 [dissertation]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1999.
- Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. Ação Educativa: diretrizes. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1981.
- Sousa LB, Torres CA, Pinheiro PNC, Pinheiro AKB. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. Rev Enferm UERJ. 2010;18(1):55-60.
- Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Ação Participativa: capacitação de pessoal. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1987.
- Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Ação Participativa: perspectivas de atuação dos educadores de saúde pública. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1984.
- Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Educação em Saúde: diretrizes. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1989.
- Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Educação para a participação em saúde: diretrizes gerais. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1992.
- Ornellas CP. Educação em Saúde: prática sanitária ou instrumento de ação ideológica [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1981.
- Pereira IMTB. Educação em Saúde em Unidades Sanitárias do município de São Paulo [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1983.

19. Pereira GS. O profissional de saúde e a educação em saúde: representações de uma prática [dissertation]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1993.
20. Santos EM, Kirschbaum DIR. A trajetória histórica da visita domiciliar no Brasil: uma revisão bibliográfica. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008 [cited 2012 mar 30];10(1):220-227. Available from: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a20.htm>.

Artigo recebido em 22.11.2010.

Aprovado para publicação em 13.03.2012.

Artigo publicado em 30.03.2012.