



DOI: 10.31416/rsdv.v10i3.422

O saber pedagógico como prática na prevenção de doenças e promoção da saúde no âmbito do SUS

Pedagogical knowledge as a practice in disease prevention and health promotion within the scope of SUS

SILVA, José Wilson da. Discente do curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional e Tecnológica. Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Sertão Pernambucano - IF Sertão Campus Salgueiro. Salgueiro - PE - Brasil. E-mail: jose.wilson2@aluno.ifsertao-pe.edu.br

ABREU, Kélvya Freitas. Doutora em Letras. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sertão Pernambucano - campus Salgueiro. BR 232, Km 508, sentido Recife, Zona Rural - Salgueiro - PE - Brasil. CEP: 56.000-000. E-mail: kelvya.freitas@ifsertaope.edu.br

RESUMO

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo de atenção passa a ter como prioridade a promoção da saúde incluindo as ações de educação para o autocuidado. Portanto, uma comunidade será bem mais saudável quanto maior for sua assimilação sobre os conhecimentos referentes à sua saúde. Sendo assim, essa pesquisa tem como objetivo analisar os conhecimentos pedagógicos necessários aos profissionais da atenção primária à saúde, no desenvolvimento de ações educativas que promovam autonomia e protagonismo do usuário na atenção primária, garantindo um consciente autocuidado na prevenção de doenças e empoderamento dos sujeitos envolvidos nos processos saúde-doença. Metodologicamente, o presente estudo se desenvolve como uma pesquisa qualitativa de base interpretativista e de viés bibliográfico/documental, ao tomar como sustentação documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, 2012) e a Lei nº 8.080/1990. Desta forma, compreende-se que, através dos Princípios e Diretrizes do SUS, as políticas e leis que regem esse sistema evidenciam a importância das ações educativas na proteção e prevenção de agravos à saúde. Somado à perspectiva técnica, dialogou-se com a noção do ato de educar em saúde, para isso foi utilizado interrelações com Libâneo (2011), Luckesi (2011), Vasconcelos (2009), Gramsci (1995), entre outros. Em síntese, entende-se para esta investigação que as práticas educativas, fundamentadas em conhecimentos pedagógicos, são importantes no desenvolvimento de ações coletivas que promovam aprendizagem em saúde e previnam doenças. Formar educadores em saúde requer a reflexão de processos teóricos e metodológicos amparados em evidências pedagógicas historicamente construídas.

Palavras-chave: Educação em saúde; práticas pedagógicas; SUS.

ABSTRACT

Since the creation of the Sistema Único de Saúde (SUS), the health care model has prioritized health promotion, including actions of education for self-care. Therefore, a community will be healthier the more it assimilates the knowledge regarding its health. Thus, this research aims to analyze the pedagogical knowledge required by primary health care professionals in the development of educational activities that promote user autonomy and protagonism in primary care, ensuring a conscious self-care in disease prevention and empowerment of individuals involved in health-disease processes. Methodologically, this study is developed as a qualitative research of interpretativist basis and bibliographic/documentary bias, by taking as support documents from the Ministry of Health (BRASIL, 2010, 2012) and Law No. 8.080/1990. Thus, it is understood that, through the Principles and Guidelines of SUS, the policies and laws governing this system highlight the importance of educational activities in the protection and prevention of health problems. Added to the technical perspective, it was dialogued with the notion of the act of educating in health, for this it was used interrelations with Libâneo (2011), Luckesi (2011), Vasconcelos (2009), Gramsci (1995), among others. In summary, it is understood for this research that educational practices, grounded in pedagogical knowledge, are important in the development of collective actions that promote learning in health and prevent diseases. To train health educators requires reflection on theoretical and methodological processes supported by historically built pedagogical evidence.

Keywords: Health education; pedagogical practices; SUS.



Introdução

De início, convém destacar que a estreita relação entre educação e saúde está presente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente na sua atenção primária ou porta de entrada, também denominada de Unidade Básica. Uma vez que, além da proteção, prevenção e recuperação, é nesse nível de atenção que também acontecem as ações de promoção da saúde, contemplando as ações educativas e “requer que o indivíduo tenha ao seu alcance o necessário para desenvolver autonomia sobre sua própria vida em termos de autocuidado em relação à sua saúde” (OLIVEIRA; COTA, 2018, p. 48), sendo a integralidade o princípio que regula e garante a articulação de práticas e saberes que irão para além da simples ausência de doenças, valorizando seus saberes e experiências, consciente que a educação influencia e é influenciada pela saúde (RUIZ-MORENO et al, 2005).

Assim, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge como elemento que deve concretizar toda a reforma sanitária no sistema de saúde no País, a partir da criação do SUS. Nesses espaços se faz o encontro dos conhecimentos prévios comuns e dos saberes tradicionais de uma comunidade frequentadora do sistema, além dos conhecimentos técnico-científicos dos profissionais que compõe a unidade. É nessa interação de saberes que ocorrem os processos sociais transformadores, como os educativos.

Brasil e Santos (2018, p. 03) já salientavam que “a educação em saúde é encarada como uma ação complexa e carregada de desafios, constituindo-se numa prática dialógica e desenvolvida por diferentes profissionais das Equipes de Saúde da Família”. Dessa forma, ponderar as subjetividades dos sujeitos, sua realidade e entendimento do seu modo de vida, que são também fatores determinantes e condicionantes de sua saúde, se caracteriza como elo que instiga os sujeitos que atuam nesse espaço singular.

Nesse contexto, ao planejar as atividades com a comunidade adscrita à ESF, ou seja, àquela que está inserida em um determinado território, é necessária a real compreensão dos princípios e diretrizes que regem o sistema de saúde pública no Brasil. Assim sendo, a integralidade, enquanto princípio norteador, é fundamental nesse nível primário de atenção que, para além das ações curativas, desenvolvem



atividades que promovem a troca de conhecimentos acerca dos processos saúde e doença desses sujeitos a partir de uma reflexão holística na atenção e no cuidado em saúde (DOMINGOS; MORATELLI; OLIVEIRA, 2011).

Portanto, ao configurar saúde e educação enquanto binômio que articula práticas e saberes dos mais variados níveis de compreensão e nos mais variados campos de conhecimentos, demonstra a necessidade de práticas educativas que contemplem sujeitos participantes desse processo em suas subjetividades e nas suas complexas relações sociais (RUIZ-MORENO et al, 2005). Desse modo, reforça-se a importância de uma abordagem integral na construção de modelos amparados na escuta ativa conduzindo a uma autonomia para o autocuidado, com valorização da criticidade e capacidade de reflexão no protagonista do sujeito de sua história.

Ao retratar práticas educativas que contemplem aos indivíduos aprendizagens significativas em saúde dentro do seu processo de autocuidado, as equipes de saúde inseridas na atenção primária, precisam elaborar estratégias de abandono de modelos tradicionais de repasse de informações com foco na atividade assistencial curativa, fragmentada e centralizadora. Embora as atividades de promoção da saúde, incluindo as ações educativas no SUS, sejam preceitos constitucionais e garantidos nos seus princípios e diretrizes, poucos são os programas de educação e saúde que contemplam modelos que promovam uma ruptura do tradicionalismo fazer pedagógico em saúde, com centralização do conhecimento na figura dos profissionais, na relação não dialógica, nas práticas pedagógicas unidirecionais, não promotoras de autonomia e emancipação aos cuidados em saúde (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

Assim, o presente trabalho teve por objetivo descrever a evolução da saúde pública no País no que se refere às ações de promoção da saúde do SUS, além de investigar os saberes e as práticas pedagógicas necessárias aos profissionais desses serviços de forma a contribuírem no desenvolvimento de ações educativas que efetivamente preveniam doenças e promoviam saúde.

Em síntese, o estudo se apresenta como uma pesquisa qualitativa de base interpretativista e de viés bibliográfico/documental, uma vez que ao recorrer à revisão de literatura como marco, foram consultados os documentos regulamentadores da saúde pública no País, além das políticas de promoção da saúde do SUS.



Aspectos históricos e ações de promoção da saúde no Brasil

Visando compreender as relações entre educação e saúde, faz-se necessário uma análise em focos distintos sobre as constantes transformações pelos quais passaram esses ramos dos saberes ao longo do processo histórico, especialmente, em nosso país. Cabe sinalizar que essas mudanças têm caminhado objetivando colaborar na formação de indivíduos mais conscientes e autônomos, os profissionais da saúde se tornam participantes ativos na formação de cidadãos protagonistas de suas estórias e valorizados em seu contexto.

Nessa circunstância, a saúde pública brasileira, em sua evolução, passou por positivas influências buscando promover uma saúde mais universalizada. Conferências internacionais, cartas e documentos tiveram grande importância na reforma e nos movimentos sanitários no País. A título de exemplificação, a Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários em Saúde (1978) tem nos Países em desenvolvimento sua atenção principal, pois prioriza a educação em saúde na lista de cuidados primários inspirando governos a pensarem a saúde no seu aspecto universal.

Conforme este documento:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, p. 2)

Cumprido destacar que os conceitos de promoção da saúde vêm sendo apresentados desde a década de 1940, quando Sigerist (1946) ressaltou as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças como primordiais, indo além dos cuidados médicos. Leavell e Clark (1965) destacaram o modelo da história natural das doenças em seus níveis de prevenção, incluído a promoção da saúde e suas ações de educação em saúde no nível primário de atenção. Contudo, efetivamente, foi com a carta de Ottawa (1986), na I Conferência Internacional em Promoção da Saúde da OMS, que os conceitos de promoção da saúde foram elaborados, tomando como base as discussões da Declaração de Alma Ata. Dessa forma, a referida



Conferência inspirou e ainda inspira novos modelos de saúde no Brasil conceituando de forma clara a promoção da saúde estabelecendo uma relação clara e interdependente com a educação.

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver (BRASIL, 2002, p. 19).

O documento é claro ao afirmar que as pessoas não serão em sua plenitude capazes de exercitar o seu potencial de saúde se não forem capacitadas para isso. Logo, promover saúde é garantir acesso à informação com qualidade através de articulação de várias instâncias da sociedade, no qual as pessoas sejam capacitadas ao controle maior sobre sua saúde, principalmente, no que se refere aos fatores que condicionam e determinam essa saúde.

De fato, a promoção da saúde estabelece, através do acesso ao conhecimento, a incorporação de escolhas saudáveis através do maior elemento de transformação social que é a educação, seja ela formal ou em ações que possibilitem a transformação ou reformulação de hábitos com aceitação de novos valores e que levem a melhorar a qualidade de vida, entendendo que, apesar da dificuldade de atuação na estrutura interna da cultura de uma comunidade, a continuidade das ações de educação podem internalizar hábitos de manutenção da saúde de forma integral (BASTOS, PERES e RAMIRES, 2003).

Dito isso, ao se referir a capacitação das pessoas para o autocuidado através de ações educativas, a Declaração enfatiza o caráter multidisciplinar e multiprofissional dessas ações que perpassam do caráter formal da educação e são caracterizadas por sua continuidade:

É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem se realizar através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais (BRASIL, 2002).

Em outras palavras, a educação em saúde possibilita não somente aos profissionais uma melhor prática e interação com os usuários/pacientes de um dado



sistema de saúde, mas também contempla uma formação consciente do sujeito sobre seu bem-estar físico e mental ao acolher e compreender processos inerentes em cada tratamento.

Reforça-se ainda, nesse processo de retomada histórica sobre o binômio saúde e educação, que inspirada na Declaração de Alma Ata (Afeganistão) e na Carta de Ottawa (Canadá), foi lançado em março de 1986, o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde como resultado de uma ampla discussão da sociedade brasileira. Nesse marco, o conceito ampliado de saúde e o seu acesso de forma universal que, naquele momento, só era garantido aos trabalhadores que contribuíam com a Previdência Social, foram temáticas que posteriormente provocaram mudanças estruturais na saúde do País. Surgia então uma proposta além de descentralização, com responsabilidades nas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal), garantindo a universalidade no acesso, e que na ampliação do conceito de saúde provocaria mudanças estruturais em abordagens, direitos, garantias e valorização das ações de prevenção e promoção da saúde em detrimento exclusivamente da prática curativa até então prevalente na assistência à saúde no Brasil.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4)

Dessa forma, a universalização nos serviços e a criação de um único sistema de saúde veio com a constituição de 1988 em seus capítulos sobre saúde. Assim, em 1990, a chamada Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), regulamenta o novo sistema de saúde brasileiro (SUS), reorientando a saúde em três níveis de atenção: primário, secundário e terciário.

Popularmente conhecida como UBS (unidade básica de saúde) a atenção primária é a porta de entrada do sistema, no qual primariamente são realizadas as ações de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde através da ESF (estratégia Saúde da Família), criado em 1994. Os níveis secundários e terciários se caracterizam na assistência ambulatorial, exames e atendimentos de alta complexidade, como por exemplo, nos grandes hospitais.

Isto posto, cabe destacar que os cuidados básicos em saúde, estabelecidos



na Lei n.º 8.080/90 e concentrado essencialmente na atenção primária são desenvolvidos por uma equipe multidisciplinar (ESF), compostas por médico, enfermeiro, auxiliares e técnicos em saúde, agentes comunitários de saúde e a equipe de saúde bucal composta por auxiliares e técnicos em odontologia (BRASIL, 1990). Esses profissionais atuam na promoção da saúde e prevenção de doenças, sem prejuízo da atenção assistencial curativa.

A prevenção é entendida como um trabalho focado no controle da transmissão de enfermidades e na atenuação dos riscos de doenças e outros agravos. As práticas de promoção da saúde, por outro lado, estão voltadas à melhoria da qualidade de vida do indivíduo e da coletividade a partir do desenvolvimento de sua autonomia e de sua capacidade de escolha (PAIVA; CICARINI, 2016, p. 274).

Assim, o ato de promover saúde é estabelecido através da construção para o autocuidado num processo dialógico de respeito aos conhecimentos dos sujeitos inseridos no processo. O paciente precisa ser levado ao caminho da autonomia à medida que toma consciência do seu processo saúde-doença, enquanto o profissional, assim como numa relação professor-aluno, também precisa entender o lado pedagógico dessa relação, cujo diálogo, nas suas mais variadas formas e manifestações, conduzam a relações horizontais com iguais protagonismos e respeito ao outro enquanto sujeitos histórico e individualmente ricos em suas experiências, que precisam ser compartilhadas nessa relação profissional-paciente e paciente-profissional.

Escutar é obviamente algo que vai mais além da possibilidade auditiva de cada um. Escutar, no sentido debatido neste estudo, significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que está aberto para o outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro. Isto não quer dizer, evidentemente, que escutar exija de quem realmente escuta sua redução ao outro que fala. Isto não seria escuta, mas autoanulação (FREIRE, 1996). Ou ainda, escuta seria o que Abreu (2021, p. 24) pontua como a compreensão e a captação das “vozes que nos rodeiam”, buscando “alcançar e refinar nossos sentidos ao nosso contexto, deixando aflorar o reconhecimento de um processo alteritário, cuja reflexão nos lembra que só nos constituímos enquanto sujeitos devido a relação do outro para comigo”. Isso potencializa a pensar a formação, o diálogo, pautado no respeito, na cidadania, por exemplo.

É nessa escuta que os indivíduos se constroem enquanto sujeitos



protagonistas de uma caminhada que os conduzam ao conhecimento dos seus processos de saúde adoecimento. Desde Alma Ata em seus cuidados primários em saúde e a carta de Ottawa que estabeleceu as bases da promoção da saúde e outras inúmeras conferências internacionais e nacionais há o debate em se pensar a construção de fazer saúde humanizada, integralizada com foco no empoderamento das pessoas. Isso reforça o empoderamento como um elemento de mudança a nível individual, mudanças que levam a autonomia e autoridade de decisões sobre a própria vida (ROMANO, 2002).

Outra ação nessa linha veio com a Política Nacional de Promoção da Saúde, lançada em 2010, essa foi oportuna em propor mudanças no modo de trabalho em saúde, colocando em prática as propostas inseridas na Lei 8080/90 com foco no conceito ampliado de saúde, seus determinantes e condicionantes. Dentre os seus objetivos cabe citar:

Ampliar a autonomia e a corresponsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, entre outras);
Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/ contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde;
Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde; (BRASIL, 2010, p. 17).

Todos os caminhos nos levam a uma ruptura de modelos assistenciais até então vigentes, sendo desconstruídos a partir de iniciativas internacionais e que trouxeram esses reflexos na saúde do País. Novas propostas são inseridas tendo como base a valorização dos sujeitos em toda sua extensão, incluindo sua capacidade cognitiva de gerir também sua vida no que se refere ao processo de adoecimento e que tenham o direito de, pedagogicamente, através das ações educativas desenvolvidas nesses novos modelos, compreender e compartilhar todo esse processo junto aos profissionais de saúde no exercício de suas atividades e até então detentores tecnicamente desse conhecimento.

Muito embora ao se falar em rompimento de modelos hegemônicos e majoritários presentes nessas relações de atenção à saúde, é fundamental a valorização do conhecimento dos indivíduos e novas construções desses saberes para além do senso comum, já que essa interação entre o conhecimento técnico dos profissionais que atuam nos cuidados primários em saúde precisa ser norteadas



por ações humanísticas sem a exclusão total da intervenção intelectual (GRAMSCI, 1995).

Práticas educativas e práticas pedagógicas em saúde: contribuições aos saberes necessários a ações pedagógicas no SUS

Ao estabelecer práticas de promoção da saúde na atenção primária, o SUS traz uma proposta contra aos modelos hegemônicos que não humanizam o atendimento. Ações acolhedoras, escutas ativas para além da aplicação de conhecimentos técnicos de forma isolada, a construção de vínculos sociais mais sólidos, são algumas das ações que visam romper com tal paradigma. É na troca de conhecimentos entre os mais diversos saberes profissionais e com os próprios usuários dos serviços de saúde que as ações propostas pela política de promoção da saúde podem encontrar bases concretas. Em suma, são nas práticas educativas que conceitos já discutidos como autonomia, protagonismo, integralidade, autocuidado são possíveis com objetivos de promover saúde e prevenir doenças.

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 ser capaz 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 (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009,

Diante do exposto, algumas considerações são importantes acerca dos processos que rodeiam essas práticas educativas tão presentes em todas as políticas de saúde no País. As relações existentes entre esses sujeitos, no caso o profissional e o usuário do serviço de saúde precisa ser uma relação horizontal, é o que se defende neste estudo de início. É certo que a concentração desse saber está centrada em um desses sujeitos, o que ensina, no caso o profissional, mas é fato também que essa relação não pode ser de concentração de saberes e esses saberes precisam ser valorizados em toda sua diversidade.

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 (VASCONCELOS; GRILLO, SOARES, 2009, p. 24).

Dessa forma, entender a prática educativa enquanto prática pedagógica é fundamental às equipes de saúde. Entendendo a prática pedagógica para além de uma atividade exclusiva da educação em seu sentido formal. Os espaços que promovem saúde precisam estar ricos em sua intencionalidade buscando realizar e potencializar no aprendiz o conhecimento sobre seu corpo, sua vida, podendo assim desenvolver atitudes de cuidar de si e do seu coletivo. Ao agir com essa intenção, essa prática passa a ter um caráter pedagógico amparada na ação reflexiva e de base dialógica.

Conforme Franco (2016, p. 536)

uma aula ou um encontro educativo tornar-se-á uma prática pedagógica quando se organizar em torno de intencionalidades, bem como na construção de práticas que conferem sentido às intencionalidades. Será prática pedagógica quando incorporar a reflexão contínua e coletiva, de forma a assegurar que a intencionalidade proposta é disponibilizada a todos; será pedagógica à medida que buscar a construção de práticas que garantam que os encaminhamentos propostos pelas intencionalidades possam ser realizados.

Ao organizar, potencializar e interpretar as intencionalidades de práticas educativas os profissionais de saúde fomentam de igual modo a prática de uma pedagogia crítica, social e emancipatória que ultrapassa os modelos transmissivos de informação, centrados na valorização dos conhecimentos técnico-científicos. Essas práticas, na concepção pedagógica, precisam ter sua criticidade discutida nas relações entre os sujeitos das unidades de saúde, numa perspectiva que ultrapassam normas estabelecidas nas ações que não levam em conta a realidade local e privilegiam as ações de treinamento em detrimento da práxis (FRANCO, 2016).

Abordagem educativas que privilegiam a transmissão da informação, como nos modelos propostos na pedagogia tradicional, no qual o aprendiz recebe a informação descontextualizada de sua realidade local, de seus interesses sociais, seu presente e futuro, onde a atividade de ensinar é centrada naquele que detém o conhecimento, cabendo a tarefa de repassar e interpretar essa informação devem ter uma lupa para sua realização em pleno século XXI. Destaca-se, na presente



pesquisa que essas abordagens não contemplam um fazer pedagógico voltado às práticas para saúde, cuja intencionalidade está baseada nas transformações das pessoas para uma efetiva mudança no seu modo de agir, gerir e refletir sobre o seu processo de saúde (LIBÂNEO, 2013).

Práticas educativas, inspiradas em tendências tecnicistas, que têm como princípios o condicionamento dos sujeitos a uma aprendizagem previamente estimulada, também são frequentes nas ações educativas em saúde. A título de exemplificação: ao estimular uma criança em ações de educação em saúde bucal, a emitir respostas desejadas através desses estimulando-os com recompensas, ou ainda, condicionar a presença de gestantes às atividades coletivas de promoção da saúde à distribuição de brindes, são exemplos claros de uma pedagogia tecnicista tradicional inspirada nos estudos de Skinner, no qual o comportamento aprendido é reforçado através de estímulos (LUCKESI, 1994).

Inspirada nos movimentos escolanovista, John Dewey (1959-1952), que traz o aprendiz para o centro do processo de aprendizagem, traz para o Brasil o que se chamou de didática da escola nova, na proposta de promover situações propícias de aprendizagens de acordo com as necessidades do sujeito em formação. Não se trata apenas do aprender a fazer fazendo no sentido do trabalho manual, essa concepção já propunha ao aprendiz a mobilização de recursos cognitivos de maneira geral, agora, o centro da atividade está no aluno, ativo e investigador (LIBÂNEO, 2013).

Logo, a prática educativa, enquanto prática pedagógica, vem passando por significativas transformações ao longo dos tempos e os profissionais que atuam nesses processos, seja nos espaços formais ou não formais, precisam acompanhar essas transformações quando nos referirmos a ação pedagógica amparada na práxis. Cumpre destacar que conforme Franco (2015, p. 605) “para a filosofia marxista, a práxis é entendida como a relação dialética entre homem e natureza, na qual o homem, ao transformar a natureza com seu trabalho, transforma a si mesmo”. Dessa forma, é na práxis que toda a intencionalidade do ato pedagógico faz sentido: na reflexão sobre o fazer, na produção de novos fazeres a partir dos espaços de diálogos e na valorização dos sujeitos historicamente construídos.

Também é perceptível as transformações ocorridas nas práticas educativas em saúde. Assim como na educação formal, ainda se persiste posturas mais



tradicionalistas do processo de ensino para o autocuidado, mas é fato que a partir de estratégias como o programa saúde da família, políticas de promoção da saúde, de educação permanente em saúde (PNEPS), além das bases da educação popular em saúde têm colaborado com práticas educativas mais inclusivas e integradoras.

As práticas desenvolvidas e inspiradas nos modelos de educação popular têm, desde a redemocratização, contribuído em diversos espaços, na consolidação de aprendizagens com significados. De acordo com Gadoti (2000, p. 06)

O modelo teórico da educação popular, elaborado na reflexão sobre a prática da educação durante várias décadas, tornou-se, sem dúvida, uma das grandes contribuições da América Latina à teoria e à prática educativa em âmbito internacional. A noção de aprender a partir do conhecimento do sujeito, a noção de ensinar a partir de palavras e temas geradores, a educação como ato de conhecimento e de transformação social e a politicidade da educação são apenas alguns dos legados da educação popular à pedagogia crítica universal.

De fato, o processo de ensino e de aprendizagem em saúde tem sua premissa na valorização do sujeito, não subestimando o conhecimento que o acompanha e fundamenta a história natural do seu processo de adoecimento ou na promoção de uma vida saudável. Dessa forma, é importante compreender que a abordagem ou metodologia pedagógica nas práticas da saúde, precisam ter um embasamento teórico-pedagógico pautado principalmente na participação social, em atividades que pensem em resultados sustentáveis que conduzam as pessoas a mudanças reais consequentes do processo de ensino e de aprendizagem em saúde em práticas educativas não centradas exclusivamente em modelos transmissíveis de informação, mas sejam centradas na relação dialógica, com saberes e experiências compartilhadas.

Para contemplar os princípios e diretrizes do SUS e de acordo com a evolução nas políticas públicas de promoção da saúde, as práticas educativas objetivam principalmente o desenvolvimento das pessoas para o autocuidado, na mobilização do sujeito individual e no seu coletivo na compreensão do seu processo de adoecimento e cura. Não cabendo nesse sentido, práticas centralizadoras, desconectadas da realidade, pois esses atores precisam ser amparados em sua integralidade, onde os saberes devem compartilhados.

Conclusões



O presente estudo não teve como objetivo esgotar as discussões sobre as práticas educativas e os saberes pedagógicos necessários ao desenvolvimento de ações de educação em saúde realizadas a nível do serviço público de saúde no Brasil, nem tão pouco apontar bases e teorias pedagógicas ideais no exercício dessas práticas. O propósito foi mostrar numa visão multidisciplinar a interrelação entre educação e saúde, no que se refere ao desenvolvimento de práticas educativas para o autocuidado tendo como cenário o SUS.

Dessa forma, compreender as mudanças ocorridas ao longo da atenção em saúde no Brasil e os preceitos constitucionais que normatizam as atividades de promoção da saúde se faz necessário quando se refere a diversidade de profissionais envolvidos nesse processo. As bases que fundamentam as práticas educativas em saúde são históricas e refletem diretamente em preceitos estabelecidos no Sistema de Saúde do País, que amplia o conceito de saúde para além da doença e estabelece a necessidade de, por meio da construção social, estabelecer formas inovadoras do agir, privilegiando todos os atores envolvidos.

Ao apontar algumas tendências de cunho tradicional, o artigo propôs uma reflexão no que se refere a um projeto pedagógico que converse com os princípios e diretrizes do SUS e são nesses princípios que qualquer metodologia de aprendizagem deve ser baseada.

Diante do exposto e reforçado neste artigo, o ato pedagógico deve ter sua intencionalidade. A prática educativa precisa disso para se tornar uma prática social e consequentemente uma ação pedagógica. As práticas em saúde, amparadas no ato dialógico, precisam ser críticas, ter entre os profissionais e comunidades sujeitos ativos do processo de aprendizagem e são essas práticas educativas que conduzem à promoção da saúde tão discutida desde Ottawa e presentes nos documentos norteadores das ações em saúde pública em nosso país.

Por fim, não se pode pensar em autonomia dos sujeitos sem práticas emancipadoras. Vale ressaltar que o referido artigo trata de saberes e estratégias necessárias a práticas educativas, saberes esses que não se limitam ao conhecimento de metodologias específicas, mesmo porque essas metodologias por si só, não conduzem a uma prática essencialmente pedagógica sem uma base reflexiva de ordem intencional. Mas se faz necessária, por parte dos profissionais, no que se refere ao fazer educativo, o aprimoramento pedagógico para além do



conhecimento técnico de sua profissão.

Referências

ABREU, Kélvya Freitas. Relações dialógicas no gênero relatório de estágio em comunidades de prática do Ensino Médio Integrado. **Tese** (Doutorado em Letras). Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Pau dos Ferros/RN, 2021.

BASTOS, J.R.M.; PERES, S.H.C.S.; RAMIRES, I.. **Educação para a saúde**. Porto Alegre: Artmed; 2003.

BRASIL, Paula Roberta da Conceição; SANTOS, Adriano Maia dos. Desafios às ações educativas das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde: táticas, saberes e técnicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 1-23, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/L7DhfhY3qwpbzwsKdfjKkLN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**, URSS, 1978. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 05 dez. 2022.

CYRINO, Eliana Goldfarb; TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 20, n. 3, p. 780-788, jun. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mrrzr85SM93thZzwGFBm56q/>. Acesso em: 30 nov. 2022.

DOMINGOS, Patrícia Aleixo dos Santos; MORATELLI, Rita de Cássia; OLIVEIRA, Ana Luísa Botta Martins de. Atenção odontológica integral ao idoso: Uma abordagem holística. **Revista de odontologia da universidade Cidade de São Paulo**. São Paulo, SP, v. 23, n. 2 p.143- 53. Mai-ago, 2011.

FRANCO, Maria Amélia Rosário Santoro. **Prática pedagógica e docência: um olhar a**



partir da epistemologia do conceito. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**. vol.97. n 47, Set/dez. Brasília, 2016.

FRANCO, Maria Amélia Santoro. Práticas pedagógicas de ensinar-aprender: por entre resistências e resignações. **Educação e Pesquisa**, [S.L.], v. 41, n. 3, p. 601-614, set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/gd7J5ZhhMMcbJf9FtKDyCTB/>. Acesso em: 29 nov. 2022.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GADOTTI, Moacir. Perspectivas atuais da educação. **São Paulo em Perspectiva**, [S.L.], v. 14, n. 2, p. 03-11, jun. 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-88392000000200002>. Acesso em: 10 dez. 2022.

GRAMSCI, Antônio. **Os intelectuais e a organização da cultura**. 9. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

LEAVELL, Hugh Rodman; CLARK, Edwin Gurney. **Preventive Medicine for the Doctor in his Community**. New York: MacGraw-Hill, 1965.

LIBÂNEO, José Carlos. **Didática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

LUCKESI, Cipriano Carlos. **Avaliação da aprendizagem componente do ato pedagógico**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

OLIVEIRA, Márcia Farsura de; COTA, Luiz Gustavo Santos. A pedagogia freiriana nas práticas de educação em saúde. **Diversitates International Journal**, 10(1), 46-58, 2018.

PAIVA, Ana Carolina de Oliveira; CICARINI, Walter Batista. O enfermeiro como educador no Programa Saúde da Família. **Enfermagem Brasil**, [S.L.], v. 15, n. 5, p. 273-279, 19 dez. 2016. Convergences Editorial. <http://dx.doi.org/10.33233/eb.v15i5.673>.

ROMANO, Jorge. O. **Empoderamento: recuperando a questão do poder no combate à pobreza** in: Empoderamento e direitos no combate à pobreza. Rio de Janeiro: ActionAid Brasil, p. 9-20, 2002. Disponível em: <https://docplayer.com.br/6580929-Empoderamento-e-direitos-no-combate-a-pobreza.html>. Acesso em 08 dez. 2022.

RUIZ-MORENO et al. **Jornal Vivo: relato de uma experiência de ensino-aprendizagem na área da saúde**. **Interface**, v. 9, n.16, p. 195-204, 2005.

SIGERIST, Henry E. **The University at the crossroads**. New York: Henry Schumann Publishers, 1946.

VASCONCELOS, Mara; GRILLO, Maria José Cabral; SOARES, Sônia Maria. **Unidade didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2009.