

**Pressupostos socioantropológicos e culturais na Educação em Saúde: um ensaio crítico e reflexivo**

*Socio-anthropological and cultural assumptions in Health Education: a critical and reflective essay*

Telma Temoteo dos Santos  
**Instituto Federal do Norte de Minas Gerais (IFNMG)**  
**Instituto Oswaldo Cruz (IOC-FIOCRUZ)**  
Rio de Janeiro-Brasil  
Rosane Moreira Silva de Meirelles  
**Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)**  
**Instituto Oswaldo Cruz (IOC-FIOCRUZ)**  
Rio de Janeiro-Brasil

**Resumo**

Trata-se de um ensaio teórico e metodológico que objetivou discutir a imersão nos pressupostos socioantropológicos e culturais no campo epistemológico da educação em saúde. Justifica-se pela urgência na instauração de práticas educativas que fomentem a autonomia dos sujeitos participantes destoando-se assim, das ações de transferências de informações que não se apropriam das multiculturas. A compreensão dos processos que modulam os estados, percepções e representações sociais acerca dos objetos saúde e doenças é uma ação indissociável do ambiente, da cultura, da política e história de vida dos sujeitos e da coletividade. Tais referenciais convergem e dialogam na defesa de práticas que levem os sujeitos a desenvolverem pensamentos e ações críticos construtivos sobre os seus contextos de vida e atuação.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde; Educação e Ensino; Socioantropologia.

**Abstract**

This is a theoretical and methodological essay that aimed to discuss the immersion of socio-anthropological and cultural assumptions in the epistemological field of health education. It is justified by the urgency in the establishment of educational practices that foster the autonomy of the participating subjects, thus disagreeing with the actions of information transfers that are not appropriated and encompass multicultures. The understanding of the processes that modulate the states, perceptions and social representations about health and disease objects is an inseparable action of the environment, culture, life history, the politics of the subjects and the collectivity. Such references converge and dialogue in the defense of practices that lead the subjects to develop constructive critical thoughts and actions about their contexts of life and performance.

**Key words:** Health education; Education and Teaching; Socioanthropology.

## **Introdução**

A extensão geográfica do nosso País o coloca como um dos territórios mais complexos em diversidade de sentidos para a língua, para os modos de vida, para as questões socioeconômicas, história, cultura e ambientes. Assim, medidas predestinadas a falar sobre temas como saúde e doenças devem vir acompanhadas de referenciais teóricos que corajosamente apontem que o entendimento sobre os corpos biológicos é também uma construção sociocultural e, por extensão, a forma como são incorporados os cuidados individuais.

Novas e velhas doenças têm imposto desafios para as sociedades no século XXI: emergentes, como a Covid-19, colocam em xeque quaisquer tentativas de contenção e erradicação e as reemergentes, ora por relaxamento dos órgãos de vigilância ou, ainda, por outros olhares e posicionamentos dos sujeitos sobre as orientações de prevenção e cuidado (vide os movimentos anti vacinas).

A ausência de totalidade no êxito das ações do campo biomédico ou quando os resultados positivos não perduram por muito tempo, pode, em parte, ser compreendida em razão de: os discursos enunciados são desconexos dos locais para onde são endereçados; a proposição verticalizada de intervenções; ações descontinuadas para atender ora a períodos epidêmicos ou os agravos pontuados pela mídia e, ainda, a criminalização dos acometidos como os (únicos) responsáveis pelos seus estados de saúde/doença (CZERESNIA; FREITAS, 2009; NUNES; PIMENTA, 2016).

Este ensaio se estrutura em uma pesquisa de reflexão teórica cujos objetos de análise são os temas saúde e doenças e como estes são abordados no campo da educação em saúde. Como caminho metodológico, empreendeu-se uma incursão epistemológica sobre os possíveis e inevitáveis diálogos com o campo de conhecimento da socioantropologia, ao reconhecer que os apontamentos desta área estão intrínsecos e são indissociáveis para uma compreensão da totalidade e das partes dos objetos desta pesquisa (saúde e doença).

Elege-se a área educação em saúde para se realizar esta discussão por: i) se constituir uma disciplina curricular em cursos de formação inicial e continuada para profissionais da saúde e educação (como obrigatória ou eletiva); ii) reúne pressupostos teóricos que discutem e orientam a prática profissional tanto no enfrentamento de agravos como na

instauração da saúde coletiva; iii) integra políticas públicas como o Programa Saúde na Escola (PSE) e a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e, portanto, é constituinte do Sistema Único de Saúde (SUS), e iv) é apresentada como uma extensão da Promoção da Saúde nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs). Nos PCNs, a saúde é defendida como tema plural, transdisciplinar, cuja conceituação é complexa dada a sua natureza subjetiva, individual e de construção social (BRASIL, 1998).

As reflexões e discussões apresentadas neste texto estão divididas em dois subtópicos: no primeiro, buscou-se pontuar como os sentidos e as “denominações” sobre o que seriam as doenças e a saúde foram mudando paralelamente aos avanços da medicina, biotecnologia e ao reconhecimento das ciências sociais e humanas como importantes campos teóricos e práticos para a saúde pública. Em adição, são apresentadas as contribuições da socioantropologia e que podem ser transportadas para os espaços dialógicos da promoção e educação em saúde.

Já no segundo, discute-se a educação em saúde sob a perspectiva deste referencial teórico (socioantropologia) aliando-o a pensadores das teorias do campo do ensino e educação cujas teses se levantam contra exclusão dos saberes vivenciados pelos sujeitos e conclamam a multiculturalidade, o fomento a autonomia e o exercício da cidadania. As discussões aqui realizadas constituem uma síntese de uma disciplina de pós-graduação estruturada e coordenada pela primeira autora deste ensaio e executada pelas duas autoras, como um dos produtos da tese de doutorado defendida em 2019. Estão convidados para este diálogo gestores escolares e da saúde, licenciados em diversas áreas do conhecimento, técnicos educacionais, agentes comunitários de saúde, educadores populares, profissionais da saúde e sociedade em geral.

### **Os sentidos sobre saúde e doenças: contribuições da socioantropologia**

Como conceituar os objetos saúde e doença? E, de que maneira diferenciar/classificar corpos doentes? O que é válido para aferir o quão saudável estaria um sujeito depois de receber um diagnóstico? O que um sujeito pensa sobre seu estado de saúde deve ser levado em consideração quando são elaboradas estratégias de enfrentamento e de divulgação de informações acerca dos agravos e das medidas protetivas, de prevenção e educativas? Estas

*Pressupostos socioantropológicos e culturais na Educação em Saúde: um ensaio crítico e reflexivo*

questões não são novas, sendo, por séculos, as (in)definições sobre o que seriam a saúde e a doença, em parte, orientadas pelas religiões, crenças e mitos (QUINTERO, 2007; MINAYO, 2013).

O quadro *O triunfo da Morte*, de Pieter Bruegel, representa a Europa Medieval assolada pela peste negra e como as sociedades a percebia: um território imerso no caos, desespero e a morte como um evento inescapável. Culturalmente creditava-se a um “deus” os infortúnios que assolavam os territórios e provocavam doenças, como a peste. E, por isso, o autoflagelo era uma prática recorrente já que a maioria dos sujeitos defendiam a penitência como uma forma de purificação dos pecados. Indivíduos doentes seriam um sinal do desagrado divino com a conduta e modo de viver e, por esse entendimento, estes eram afastados do convívio social (estigma) e até mesmo condenados à morte por um tribunal difamatório onde a presunção de inocência era inexistente.

Sobre o corpo biológico, por muito tempo, persistiu a ideia de saúde intrincada ao estado de homeostase, e que elementos externos causariam a desorganização de um sistema concebido como “perfeito” (ALMEIDA-FILHO, 2011; SCLIAR, 2007). Leonardo da Vinci, em “Homem Vitruviano”, apresenta o corpo holístico de medidas ideais, como idealizado pelos gregos. Canguilhem (2011) criticou esta normatização e a externalidade da saúde e refutou a analogia entre o funcionamento dos corpos biológicos e as máquinas, onde seria suficiente identificar partes doentes e tratá-las ou substituí-las para o corpo torna-se “saudável”. Para ele, partiria de o “paciente” enunciar o estado de normalidade, ou seja, seriam os valores individuais e suas capacidades de reagirem a agentes que podem levar a saúde ou doenças, sempre sob a ótica do sujeito.

As descobertas de Louis Pasteur (1822-1895) e Robert Koch (1843-1910) revelaram os agentes bacteriológicos que causam doenças, e deram início, *a priori*, a era das certezas do diagnóstico e, *posteriori*, o tratamento com antibióticos (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Entretanto, mesmo com tais avanços, a situação epidemiológica e a reincidência de agravos têm perturbado o “equilíbrio de saúde” dos indivíduos e das sociedades (MINAYO;2013). O que estaria sendo negligenciado?

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em meio a controvérsias, definiu a saúde “como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS,1946). Seria essa conceituação compartilhada por

diferentes grupos socioculturais e econômicos? Cabe inserir, neste ponto do debate, os significados atribuídos pelos sujeitos aos objetos saúde e doenças, nem sempre endossados heterogeneamente. Destacando que tais significados não estão circunscritos ao ponto de vista individual, mas pertencentes a redes complexas de subjetividades, ora não compartilhadas ou não compreendidas por aqueles que se dispõem a atuar nos campos da educação ou saúde (RAYNAUT, 2002).

Sob a ótica socioantropológica é necessário acolher as singulares expressões culturais sobre o corpo, a morte, o ambiente, os ritos, os hábitos alimentares e de higiene que coexistem no mesmo bairro, cidade e nos grupos familiares, para que o enfrentamento de doenças não seja esvaziado de sentidos. Por exemplo, o que os sujeitos acessam para responder questões como o que é luto? O que é infância? O que é morte? O que é loucura? O que é deficiência? Na Antropologia não haveria uma visão dominante, tal qual o colonizador e nativo ou o instrutor e o aprendiz. Parte-se de legitimar os mais diversos sistemas culturais assim como os micro processos presentes nos grupos etários e étnicos, nas relações institucionais e ainda familiares. E, seguindo por esta definição, são eleitos como pressupostos norteadores do campo: i) Tudo que é humano tem significados e significantes; ii) Não há apenas um significado ou explicação para um fenômeno; iii) O fenômeno cultural não é apenas um lugar subjetivo: é lugar de sentido e por onde passam todos os demais fenômenos, o simbólico e o imaginário, e iv) A cultura é lugar de articulação de conflitos e concessões, tradição e mudança (MINAYO, 2013, p. 191).

Partindo, portanto, das singularidades do que é o ser humano, a socioantropologia considera a essência não apenas a nível individual, mas as particularidades das relações sociais estabelecidas e que são responsáveis pelo sentimento de pertencimento. Esse pertencer a algum lugar e a identificação social com ideias, modos de vida, ou seja, cultura, consistem em fortes laços, difíceis de serem rompidos e que modulam comportamentos, guiando as tomadas de decisões.

Para Raynaut (2002)

Como fazer para que disciplinas clínicas que lidam com pessoas doentes, pretendendo achar soluções para as causas de seu sofrimento físico, integrem o fato de a essência da pessoa humana ir muito além do seu corpo biológico – sendo ela um ser que pensa, imagina, simboliza, vive de afetos e de fantasmas quanto de alimentos materiais? (RAYNAUT, 2002, p.43)

*Pressupostos socioantropológicos e culturais na Educação em Saúde: um ensaio crítico e reflexivo*

Esse pensar e simbologia citados por Raynaut (2002) são produtos das expressões culturais acolhidos pelo sujeito, mesmo quando não presentes no local onde mora, vide por exemplo, alguns grupos de imigrantes que mesmo após décadas em outro país mantêm seus modos de vida atrelados aos seus locais de origem, apresentando resistência a cultura local.

Comumente o termo cultura está associado ao nível de educação formal qualificando um sujeito como “adequado” para pertencer a um estrato social superior. Para a socioantropologia, cultura é um tipo específico de interpretação da vida social. Não se trata de objeto que confere valor ou ainda civilidade, separando os cultos dos aculturados. Cultura seria o lugar onde ocorrem as relações entre os homens, o meio e a história. Para Matta (1981),

Cultura é, em Antropologia Social e Sociologia, um mapa, um receituário, um código através do qual as pessoas de um dado grupo pensam, classificam, estudam e modificam o mundo e a si mesmas (MATTA, 1981, p.2).

Essa conceituação análoga a um mapa considera, portanto, que os caminhos percorridos pelos sujeitos são diferentes, mas essencialmente humanos. O que torna então as sociedades diferentes são o conjunto de variáveis estruturados em redes de códigos semelhantes. Dois sociólogos dissertam sobre a não possibilidade de sobrepor, seja moralmente ou culturalmente, modelos e expressões distais de sociedades: Para Marcel Mauss, as sociedades ditas “modernas” são semelhantes as consideradas medievais ou selvagens já que seus sujeitos compartilham os elementos do tripé da teoria da dádiva: obrigação de dar, a obrigação de receber e a obrigação de retribuir (MAUSS, 2003).

Ainda em Mauss (2003), as sociedades e as suas configurações em micro grupos culturais permitem a constatação de que os objetos saúde e doenças estão condicionados a fatores biológicos ditados socioculturalmente pelas disciplinas da Biomedicina, mas também reguladas por questões individuais como resiliência, fé, o papel social desempenhado por cada sujeito (sua profissional e ocupação, por exemplo), a valoração dos pares e ainda a representação incorporada (que pode ser diferente das expressas por outros) pelo sujeito, no meio em que vive. Por exemplo, o diagnóstico que confirma uma deficiência será recebido de maneiras variadas pelo sujeito e seu grupo familiar, impactando não apenas a sua qualidade de vida como também como os demais pares do seu grupo social passarão a

conviver com este, dependendo do modelo cultural dominante, ora buscando a sua valorização pelo potencial ou o marcando como deficiente e incapacitado.

Teoria semelhante à de Claude Lévi- Strauss segundo o qual não seria possível a distinção entre tipos de sociedades, pautada em um “princípio de civilização” em razão da mente humana “operar de modo semelhante” (LÉVI-STRAUSS, 1993). Assim, não haveria culturas “melhores” ou “piores”, mas diferentes, igualmente válidas. Entretanto, estariam as sociedades orientadas por modelos culturais dominantes o que produziria, em tese, exclusões sistemáticas das culturas consideradas inferiores ou dos sujeitos considerados inaptos ou como entraves para o desenvolvimento econômico (LÉVI-STRAUSS, 2008).

Teria, então, a compreensão coletiva um valor superior às coisas ou à fragmentação da realidade ou dos sujeitos? Segundo Radcliffe-Brown (2013), o ser humano é capaz de pensar, tomar decisões, observar os outros e (re) interpretar e (re)organizar seu comportamento. Faz parte de visão estrutural-funcionalista da sociedade, que desfoca do sujeito e de suas necessidades para compreender como as funções sociais e os sistemas estão intrincados, pautados nas relações interpessoais e das partes com o todo.

Malinowski (1975), defensor do funcionalismo sociológico, explica como elementos do cotidiano se encaixariam nesta concepção:

Em outras palavras, há uma série de fenômenos de grande importância que não podem ser registrados através de perguntas, ou em documentos quantitativos, mas devem ser observados em sua plena realidade. Denominemo- los os imponderáveis da vida real [...] se recordarmos que esses imponderáveis, porém importantíssimos, fatos da vida real constituem parte do verdadeiro tecido da vida social, que neles se emaranham os inumeráveis fios que mantêm unidos a família, o clã, a comunidade aldeã, a tribo – seu significado se torna claro (MALINOWSKI, 1975, p. 55).

A produção humana é simbólica (e não apenas material), não concreta, imensurável; e essa simbologia estaria atrelada aos *imponderáveis da vida social*: reações como tristeza, alegria, raiva, fé, descrença, ritos, rotina de cuidados pessoais, dentre outros (MALINOWSKI, 1997)

Portanto, o olhar do pesquisador de campo da educação em saúde, orientado pela socioantropologia, deve, primordialmente, considerar que há visões diferentes de mundo, guiadas por expressões diversas de cultura e modos de vida; essas diferenças não são possíveis de serem aferidas em graus quantitativos já que não há uma cultura que sirva de parâmetro; apesar dos sujeitos tomarem suas decisões a partir do que consideram como importantes não se pode deixar de pensar que os comportamentos individuais, estão

*Pressupostos socioantropológicos e culturais na Educação em Saúde: um ensaio crítico e reflexivo*

atrelados ao grupo social que o sujeito participa em um dado momento temporal, e é neste grupo que ele ampara seus discursos, guiados por mitos, expressões de fé, rotinas, cultura, ou seja, os imponderáveis da vida real.

Por exemplos: o abandono do tratamento para a tuberculose antes do prazo estabelecido pelo protocolo médico, mesmo com acesso aos medicamentos e acompanhamento dos agentes comunitários de saúde (ACS); fatores como o alcoolismo, depressão ou medo de ser “marcado” como “tuberculoso” se apresentam como desafios ao trabalho da equipe médica e de assistência básica (ROCHA; ADORNO, 2012). Ou como a dengue e o seu vetor *Aedes aegypti*, erradicados do Brasil em meados de 1950, após intensas campanhas de enfrentamento do mosquito, não só foram reintroduzidos no território, como o vetor tem disseminado os vírus para a febre amarela (no ciclo urbano da doença), a zika e a chikungunya (VALLE; PIMENTA; AGUIAR, 2016; CHIEFFI, 1985).

Já no caso da febre amarela, a única dentre as arboviroses com vacina disponível, o baixo índice de adesão às campanhas de vacinação (TEIXEIRA; SANTOS, 2020) serviu como alerta para as autoridades governamentais sobre as necessidades de: ampliar a divulgação sobre a segurança das vacinas e como as altas taxas de cobertura vacinal são importantes para o bem-estar coletivo; e informar sobre os animais reservatórios, também denominados como “sentinelas” (como os macacos) que devem ser vistos como aliados e não perseguidos pela população. Ou, seja constatou-se que não basta ter uma vacina aprovada, disponível e gratuita, quando os sujeitos não alfabetizados cientificamente tomam decisões movidos por crenças, hábitos e costumes que contrapõem uma visão de respeito coletivo e com o meio em que vivem (VALE; JUNIOR; PREZOTO, 2018; FIOCRUZ, 2018; BARBIERI; COUTO; AITH, 2017).

Acolher os imponderáveis da vida real leva então a emergência da necessidade de se pensar em novos modos de conceituar e praticar a educação em saúde nas escolas e nas comunidades. Este e outros pontos nortearão as reflexões no subtópico seguinte.

**Para além das conceituações sobre doenças nos espaços escolares: uma práxis possível**

O espaço escolar possui legitimidade para mediar os saberes populares, escolares e os científicos e, por isso, os seus autores sociais são indispensáveis na formação de indivíduos com a criticidade necessária para compreensão e atuação mais preponderante em seus meios, orientados sob referenciais de diferentes campos de conhecimentos. Porém, algumas questões têm impedido que o real potencial da escola no que concerne a educação em saúde seja plenamente desenvolvido, como a expressão e domínio da cultura escolar *versus* multiculturalidade.

Autores como Candau (2014) e Giroux e Simon (2011) têm apontado que as práticas escolares estão submetidas a um tipo de cultura orientada pelos meios de produção econômica e pelos estratos sociais superiores da sociedade, e como consequência há o “silenciamento” e exclusão de outras expressões culturais.

Se há exclusão e não legitimidade das multiculturas há então (pelo menos, tentativas) a homogeneização de ações e pensamentos, o que gera conflitos, resistência e afastamento tanto no espaço como entre os indivíduos. Tais incorreções sobre como tratar as mais diferentes culturas no meio escolar pode ser percebido pela visão unilateral que os livros e currículos insistem em apresentar os temas saúde e doenças. O que leva ao questionamento sobre outras modalidades de discurso, para além dos presentes nos livros: quão inclusivo tem sido o olhar dos atores sociais da educação e da saúde quando se predispõe a falar de saúde nos espaços escolares? São ações que buscam empreender um olhar de compreensão para que um ou outro fenômeno persista em um dado local ou já se impregna um olhar para um sujeito estigmatizado, incapaz e propenso ao lugar da vitimização sobre os seus estados ora de saúde e doença? E, mais do que importante, quais seriam as bases teóricas e históricas que orientam tais olhares excludentes sobre as mais diversas culturas dentro da escola?

Para Apple (1989;1986) a escola tem validado alguns saberes em detrimentos de outros, em especial, daqueles oriundos das classes populares. Isto pode ser constatado nos componentes curriculares e nas práticas docentes: a cultura escolar, datada e delimitada a partir de olhares pertencentes a uma elite cultural tem lugar de protagonismo enquanto que outros conhecimentos oriundos das minorias quando presentes são tratados como acessórios dentro de um universo mais amplo. Assim, os instrumentos da prática escolar excluem, mesmo que indiretamente, outros modos de vida, cultura e história, constituindo

*Pressupostos socioantropológicos e culturais na Educação em Saúde: um ensaio crítico e reflexivo*

um prejuízo irreparável para a educação em saúde e formação crítica e contextualizada dos sujeitos.

Já para Giroux (1986), o currículo escolar, por ser um campo de conflitos entre visões distais, é produto sociocultural e, portanto, seus elementos são selecionados segundo a ideologia da cultura dominante. Ou seja, o currículo é um material político cuja estrutura não é isenta tampouco deslocada do momento histórico experienciado e vivenciado.

Os sujeitos que frequentam os espaços escolares são oriundos de um recorte específico da realidade, em muitos dos casos, distinto do que é expresso na cultura escolar. Para isso, professores, gestores e projeto político pedagógico devem estar alinhados no enfrentamento destas desigualdades intelectuais de modo a não serem meios de reprodução de ações de exclusão, seja dos sujeitos ou ainda de suas culturas (SAVIANI, 2011; 2008; ALTHUSSER, 1987; 1999).

Portanto, currículos e projetos pedagógicos devem acolher outras “verdades” e debatê-las sob outros recortes culturais, para além dos dominantes. Não há como centralizar as discussões sobre saúde e doenças, por exemplo, explicando sobre os ciclos das doenças e seus tratamentos de forma “mecanizada” sem fazer uma imersão no cotidiano dos estudantes, ou ainda, sem criar espaços de compreensão, respeito e ponderações sobre o que é ciência, como ela é construída, e porque é importante o cuidado coletivo acima das nossas convicções pessoais.

Já sobre o segundo ponto, ainda há resistência em se reconhecer a capacidade teórica e prática da escola e de seus atores sociais em empreender ações para a promoção e educação em saúde. Em um estudo anterior de Santos e Meirelles (2020) foi constatado que os agentes do campo da saúde são os gestores das ações no Programa Saúde na Escola (PSE) enquanto que a escola é tida como local de coleta de dados sobre a saúde dos estudantes, ou como receptora de projetos já prontos e transferidos de outros locais para cumprimento de agendas institucionais ou governamental. A crítica indiscutível que recai sobre o campo da Saúde é não reconhecer as escolas (campo da educação) como igualmente habilitadas para realizarem ações da educação em saúde. As escolas e seus atores sociais acabam sendo meros coadjuvantes, sem retorno dos pesquisadores ou de outros profissionais no que refere a discussão de resultados obtidos ou ainda impedidos de participarem de forma igualitária na elaboração de projetos de intervenção. A divisão

histórica entre a saúde e a educação tem reverberado, causando ruídos e distâncias teóricas e práticas, levando a prejuízos na apreensão e compreensão dos temas pertencentes à saúde pública.

Assim, a eleição de um ou outro aporte teórico para o trabalho educativo nas escolas e possam sustentar as ações da educação em saúde, é de suma importância; e diante do recorrido neste ensaio destacam-se as teorias críticas em conjunção com a socioantropologia. As teorias críticas da educação contrapõem os modelos de ensino behaviorista no qual os reforços positivos (da parte do educador) levariam a comportamentos almejados (nos educandos) (SILVA, 2013).

Por exemplo, a distribuição de panfletos informativos com guia de passo-a-passo para limpeza de ambientes domésticos tem valor para resultados imediatos, porém, sob a perspectiva de ensino behaviorista. Ou seja, os sujeitos repetem as instruções sem reflexão, e ainda, tornam-se mais vulneráveis a adesão de *fake news* contras as medidas sanitárias e de contenção de doenças já que não compreendem os significados envolvidos nas orientações transmitidas.

Essa ideia de condicionamento de comportamentos deve dar lugar a participação igualitária, independente de origem, formação e atuação profissional dos sujeitos, jamais considerados “público-alvo”. Se a condição de indivíduo aculturado e “vazio” orientar a ação de quem vai ao campo, as escolhas metodológicas para a educação em saúde irão se assemelhar a dos desbravadores que acreditavam estar levando “civilização” aos recantos do nosso País, nas chamadas expedições de saúde (CARLI e BERCHO,2018; LIMA e BOTELHO, 2013). O que é problematizado em Raynaut (2002):

Como fazer com aqueles especialistas cuja atuação se dirige aos indivíduos – seja para curá-los, seja para educá-los – admitam o fato de cada pessoa ser inserida em redes, estruturas, formas de pensamento coletivas que até certo ponto marcam e orientam o seu comportamento? (RAYNAUT, 2002 , p. 43).

Deste modo, elege-se como base primordial para a educação em saúde a participação crítica e emancipatória dos sujeitos. Para promover saúde é necessário que o trabalho seja gestado em rede e não verticalizado. É um movimento contínuo na inclusão de diferentes visões de mundo, tal qual defendido por Freire (2005;1996). Sem isto, corre-se o risco de culpabilizar o indivíduo por seu estado de doença, pois se reduz ter saúde a realizar boas ou más escolhas, ignorando fatores como: as condições de vida, de trabalho, de

*Pressupostos socioantropológicos e culturais na Educação em Saúde: um ensaio crítico e reflexivo*

segurança, de perspectiva de vida, de educação formal, de relações e representações sociais compartilhadas. Infelizmente, esses e outros fatores ainda não são debatidos em suas totalidades nas incursões da prevenção da saúde na escola.

Paulo Freire, sabiamente apresentou o termo leitura de mundo para tentar se fazer entender que sem imersão no contexto dos sujeitos e reconhecimento do valor dos seus saberes e vivências prévios não haveria educação e aprendizagem, de fato (FREIRE, 1989). E seriam, por meio das relações sociais e da leitura atenta de mundo e dos modos de vida que viriam à tona os temas geradores, para Freire (2005) expressões representativas dos saberes comuns sobre um recorte da realidade, que trazem em si, o olhar de todos os sujeitos envolvidos em uma ação de comunicação.

Os temas geradores, identificados a partir da dialogia (como proposta por Paulo Freire), passam a ser problematizados em busca dos sentidos entorno das palavras. Por exemplo, ao debater sobre o tema dengue, pode emergir a ausência de água potável e a necessidade de acumular água da chuva ou de outras fontes. A partir deste ponto, os sujeitos podem buscar os sentidos da doença para além dos sintomas e combate aos agentes transmissores/causadores e incluir questões como políticas públicas, meio ambiente e tecnologias para tratamento, armazenamento e distribuição da água, por exemplo. No caso da Covid-19, a mediação dialógica pode levar a identificação de mitos sobre a propagação do vírus, prevenção da doença e até mesmo os elementos que estruturam a resistência as vacinas.

Apesar de em tempos de emergências epidêmicas o enfoque das práticas ser as doenças, nas escolas, a prioridade deverá ser sempre a inclusão da saúde. Mas para isso, é lembrar que falar sobre saúde trata-se de se voltar para estratégias de ensino que resultem em empoderamento, protagonismo, visão amplificada e entendimento crítico dos contextos e dos elementos estruturais do meio em comunhão com a valorização da pluralidade de ideias, sujeitos e histórias. Mas, para que de fato ocorra, o sujeito não deve ser ignorado ou posto com alguém a ser preenchido com informações corretas. Deve ser respeitado em sua essência, ter a sua voz e olhar acolhidos por aqueles que seja do campo da educação ou saúde se predispõe a empreender uma ação de enfrentamento a agravos a saúde.

Práticas socioantropológicas de educação em saúde veem o outro como capaz de discernimento, de contribuição legítima, de debate dialógico em prol de valores coletivos no lugar dos anseios individuais.

Em suma, a intencionalidade da educação em saúde difere da prevenção de doenças pois objetiva formação para cidadania e autonomia dos sujeitos, e é calçada em teorias e práticas destoantes das que apenas buscam eliminar comportamentos indesejados que produzem doenças (SILVA; PELICIONI, 2013; BATISTA; LIMA, 2012). Ou seja, por meio da educação em saúde se propõem ações de ensino e aprendizagem para os sujeitos envolvidos entenderem as (novas) realidades e determinantes que estão presentes em seus territórios e que impedem o bem-estar social.

O espaço escolar por meio do estabelecimento do diálogo entre sujeitos dos campos da saúde e da educação apresenta o potencial para a produção, reflexão e disseminação de informações corretas sobre a saúde, e para a capacitação de cidadãos nesses temas. É um espaço de formação para a criticidade a partir da perspectiva multidisciplinar e não apenas sob os referenciais da biomedicina; mas, aliando-os com os saberes sobre o meio ambiente para o reconhecimento das variáveis que perpetuam as vulnerabilidades das comunidades, conhecidos como determinantes sociais da saúde (ASSIS, 2012; FIGUEREDO; MACHADO; ABREU, 2010; AYRES, 2009; CARVALHO; CARVALHO, 2006; VASCONCELOS, 2001; 1998; IPPOLITO-SHEPHERD, 2003).

Deste modo, as discussões que colocam a escola como local promotor da saúde levam em consideração os seguintes pontos: i) os sujeitos não são recipientes vazios, aculturados ou incapazes de contribuir para as ações coletivas de enfrentamento das doenças e de seus condicionantes; ii) por isso, seus saberes prévios, conhecimentos e percepções devem ser abarcados nas incursões nos mais diferentes territórios; iii) e, falando em territórios, são os elementos sociais e culturais e o modo como os sujeitos os incorporam em seus modos de vida e na tomada de decisões que as “orientações” e “determinações” serão ora atendidas, rechaçadas ou, ainda, despercebidas.

### **Considerações finais**

É consenso que diferentes matizes culturais coexistem e estão a mercê das classes que definem o que é cultura, e em extensão quais discursos, modos de vida e atitudes devem ser valorizadas no cotidiano, cabendo as demais apenas o esforço para se incluírem.

*Pressupostos socioantropológicos e culturais na Educação em Saúde: um ensaio crítico e reflexivo*

A partir da ótica da socioantropologia pode-se questiona-se práticas educativas orientadas para a homogeneização dos sujeitos, ocupadas em transferir discursos de forma acrítica que apenas consideram que há um modo de vida e modos únicos de se relacionar, comunicar e compreender o mundo e os elementos nele presentes.

Desta forma, não há, como já incessantemente apontado nas obras de Paulo Freire, falar de educação sem perceber que é um ato de inclusão e exclusão simultâneos. Assim, o exercício de (re)avaliação é diário sobre as escolhas metodológicas e recursos, e para quais modelos de organização curricular estamos submetidos. Na ausência destas reflexões as ações que porventura se apresentem como pertencentes à Educação em Saúde não conduzirão às mudanças significativas para a qualidade de vida dos sujeitos. Em resumo, qualquer que seja o tipo de formação (inicial ou continuada) as instituições e sujeitos devem estar preparados para derrubar o status quo da forma como o conhecimento, as normas e diretrizes se apresentam. Estar pronto para ressignificar práticas e sentidos frente a situações complexas e diversas, que ora podem determinar a saúde ou doença.

Enquanto sujeitos sociais é necessária reavaliação permanente sobre em quais aportes teóricos e metodológicos apoiam-se as ações educativas e se estes fomentam que a cultura escolar se sobreponha sobre as demais e conduza ao fortalecimento das desigualdades. Em adição, é urgente atenção redobrada para possíveis estigmatizações de sujeitos e sociedades, excluídos dos debates sobre ambiente, saúde, educação e cidadania, elementos vitais para o estabelecimento do bem-estar individual e coletivo.

Tais reflexões não têm a pretensão de encerrar os temas aqui apresentados ou ainda apresentar um caminho para as práxis, dada as suas intrincadas redes de significados e sentidos, porém, espera-se que fomentem questionamentos, inquietações e novas incursões ao campo, sejam teóricas ou práticas, a fim de fortalecer e ampliar as pesquisas na educação em saúde.

## **Referências**

ALMEIDA-FILHO, Naomar. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ALTHUSSER, Louis. **Aparelhos Ideológicos de Estado.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1987.

ALTHUSSER, Louis. **Sobre a reprodução**. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira. Petrópolis: Vozes, 1999.

APPLE, Michael. Currículo e poder. **Educação & Realidade**, v. 14, n. 2, p. 46-57, 1989.

APPLE, Michael. Vendo a educação de forma relacional: classe e cultura na sociologia do conhecimento escolar. **Educação e realidade**, v. 11, n. 1, p. 19-34, 1986.

ASSIS, Sheila Soares de. **Análise de livros didáticos, materiais educativos e impressos e das percepções e práticas de professores e profissionais de saúde: Subsídios para a estratégia integrada de prevenção e controle da dengue**. 2012. 219f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Instituto Oswaldo Cruz. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

AYRES, Jose Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, vol.18, n.2, p.11-23, 2009.

BARBIERI, Carolina Luísa Alves; COUTO, Maria Thereza; AITH, Fernando Mussa Abujamra. A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 1-11, 2017.

BATISTA, Eraldo Leme; LIMA, Marcos Roberto A pedagogia histórico-crítica como teoria pedagógica transformadora: da consciência filosófica à prática revolucionária. In.: MARSIGLIA, Ana Carolina Galvão; BATISTA, Eraldo Leme. (orgs). **Pedagogia Histórico-Crítica: desafios e perspectivas para uma educação transformadora**. Campinas: Autores Associados. p. 1-36, 2012.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça. **Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação**. Editora: Lusociencia, 2006.

CANDAU, Vera Maria. Educação Intercultural: entre afirmações e desafios. In: MOREIRA, Antonio Flavio; CANDAU, Vera Maria (Org.). **Currículos, disciplinas escolares e culturas**. Petrópolis: Vozes, 2014. cap. 1. P. 24-41.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense – Universitária, 2011.

CARLI, Camila de; BERCHO, Carolina Fuzaro. Higienismo e educação rural: a visão de educação representada nos “Almanaques Fontoura” e sua influência nos dias atuais. **Trilhas Pedagógicas**, v.8, n.8, ago, p. 201-223, 2018.

CHIEFFI, Pedro Paulo. Algumas questões decorrentes da reintrodução do *Aedes aegypti* no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.1, n.3, jul/set. 1985.

*Pressupostos socioantropológicos e culturais na Educação em Saúde: um ensaio crítico e reflexivo*

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In.: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Coord.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

FIGUEREDO, Túlio Alberto Martins de; MACHADO, Vera Lúcia Taqueti; ABREU, Margaret Mirian Scherrer de. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 397-402, nov. 2010.

FIOCRUZ. **Macacos são sentinelas no enfrentamento da febre amarela**. 2018. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/macacos-sao-sentinelas-no-enfrentamento-da-febre-amarela>>. Acesso em: 12 ago.2018.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 42.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

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

FREIRE, Paulo. **A importância do ato de ler: em três artigos que se completam**. São Paulo: Autores Associados: Cortez, 1989.

GIROUX, Henry Armand. **Teoria crítica e resistência em educação**. Petrópolis: Vozes, 1986.

GIROUX, Henry Armand; SIMON, Roger. Cultura popular e pedagogia crítica: a vida cotidiana com base para conhecimento curricular. In.: Moreira, Antonio Flavio; TADEU, Tomaz (Org.). **Currículo, cultura e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2011. cap.4. P. 107-140.

IPPOLITO-SHEPHERD Josefa. A promoção da saúde no âmbito escolar: a iniciativa regional escolas promotoras de saúde. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. **Escola promotora de saúde**. Brasília: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2003.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **O pensamento selvagem**. Campinas, SP: Papyrus, 2008.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **Raça e História**. In.: LÉVI-STRAUSS, Claude. Antropologia Estrutural II. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1993. p. 328-363.

LIMA, Nísia Trindade; BOTELHO, André. Malária como doença e perspectiva cultural nas viagens de Carlos Chagas e Mário de Andrade à Amazônia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, jul.-set., p.745- 763, 2013.

MALINOWSKI, Bronislaw. Objetivo, método e alcance desta pesquisa. In.: GUIMARÃES, A.Z. (ORG.) **Desvendando máscaras sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1975 p. 39-61.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Um diário no sentido estrito do termo**. Rio de Janeiro: Recor 1997.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

MATTA, Roberto da. **Você tem cultura?** Disponível em [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/877886/mod\\_resource/content/1/2\\_MATTA\\_Voc%C3%AA%20tem%20cultura.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/877886/mod_resource/content/1/2_MATTA_Voc%C3%AA%20tem%20cultura.pdf). Acesso em: 24 de abril de 2016.

NUNES, João; PIMENTA, Denise Nacif. A epidemia de zika e os limites da saúde global. **Lua Nova**, São Paulo, 98: 21-46, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Contribuições da Antropologia para pensar e fazer saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013. cap. 7. P. 189-218.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)** - 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 14 julho 2018.

QUINTERO, María del Carmen Vergara. Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. **Hacia Promoción de la Salud**, v. 12, p. 41-50, 2007.

RADCLIFFE-BROWN, Alfred Reginald. **Estrutura e função na sociedade primitiva**. Petrópolis: Vozes, 2013.

RAYNAUT, Claude. Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia. Algumas ideias simples a partir de experiências africanas e brasileiras. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, n 1, p. 43-55, 2002.

ROCHA, Danúzia da Silva; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Abandono ou Descontinuidade do Tratamento da Tuberculose em Rio Branco, Acre. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.21, n.1, p.232-245, 2012.

SANTOS, Telma Temoteo dos; MEIRELLES, Rosane Moreira Silva de. A inclusão do tema saúde no projeto político pedagógico: Reflexões sobre as ações do Programa Saúde na Escola. **Revista Trilhas Pedagógicas**, v. 10, n. 12, ago. 2020. P. 42-62.

SAVIANI, Dermeval. **Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações**. Campinas: Autores Associados, 2011.

SAVIANI, Dermeval. **Escola e democracia**. Campinas: Autores Associados, 2008.

SILVA, Tomaz Tadeu. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.

SILVA, Elaine Cristina da; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Participação social e promoção da saúde: estudo de caso na região de Paranapiacaba e Parque Andreense. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.2, p563-572, 2013.

TEIXEIRA, Adriana; SANTOS, Rogério Da Costa. Fake news colocam a vida em risco: a polêmica da campanha de vacinação contra a febre amarela no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 14, n. 1, 2020.

VALLE, Denise; PIMENTA, Denise Nacif; AGUIAR, Raquel. Zika, dengue e Chikungunya: desafios e questões. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 419-422, 2016.

VALE, Caroline Almeida do; JUNIOR, Vicente Sanches; PREZOTO, Fábio. Febre Amarela: O mosquito, o macaco e o ser humano. **Ces Revista, Juiz de Fora**, v. 32, n. 2, p. 1-12, ago. 2018

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão. (Org). **A saúde nas palavras e nos gestos**. São Paulo: Hucitec, 2001.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14.n 2, 39-57, 1998.

### **Agradecimentos**

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo auxílio na forma de bolsa de estudos, durante o doutoramento da primeira autora, em Ensino em Biociências e Saúde, pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC/FIOCRUZ).

### **Sobre as autoras**

#### **Telma Temoteo dos Santos**

Doutora pelo Programa de Ensino de Biociências e Saúde (IOC-FIOCRUZ). Docente na educação básica e superior, no Instituto Federal do Norte de Minas Gerais (IFNMG, campus Salinas). Docente e orientadora no Programa de Ensino em Biociências e Saúde (*lato sensu*). Laboratório de Inovações em Terapias, Ensino e Bioprodutos (LITEB-IOC-FIOCRUZ).

E-mail: [temoteo.telma@gmail.com](mailto:temoteo.telma@gmail.com) Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0250-3990>

#### **Rosane Moreira Silva de Meirelles**

Doutora pelo Programa de Biologia Celular e Molecular (IOC/FIOCRUZ). Docente e orientadora nos Programas de Pós-graduação em Ensino em Biociências e Saúde (especialização, mestrado acadêmico e doutorado, IOC/Fiocruz). Pesquisadora credenciada no Laboratório de Inovações em Terapias, Ensino e Bioprodutos (LITEB/IOC/FIOCRUZ). Professora adjunta no Departamento de Ensino de Ciências e Biologia, (DECB/IBRAG/UERJ) e no Mestrado Profissional em Ensino de Biologia (PROFBIO - associada UERJ). [rosanemeirelles@gmail.com](mailto:rosanemeirelles@gmail.com) Orcid: 0000-0002-9560-2578

Recebido em: 23/05/2021

Aceito para publicação em: 28/07/2021