

## 2 Saúde, sua Promoção e a Educação Crítica.

### 2.1 A Promoção da Saúde: o processo saúde-doença e o papel da educação.

Os primeiros estudos sobre Promoção da Saúde<sup>1</sup>, antes de sua emergência como política pública, foram impulsionados pelos pioneiros da saúde pública e por uma corrente de cientistas que relacionavam as causas das doenças às condições de vida das populações. Defendiam a idéia de que os problemas de saúde apresentavam uma relação com a natureza da vida comunitária, suas experiências com a saúde e o adoecimento, e a origem das enfermidades estava associada às causas ambientais, entendidas neste contexto como sociais e econômicas, relacionando, assim, a causalidade das doenças à qualidade física e química do ambiente (Chor & Faerstein, 2000; Buss, 2003).

No entanto, na passagem do século XX, surge um novo paradigma explicativo para a ocorrência das doenças, o paradigma biologicista. A ascensão desse paradigma é explicada pela expansão do capitalismo e do processo de industrialização, pelo desenvolvimento técnico-científico, gerando avanços significativos para o enfrentamento de inúmeras doenças, até então sem controle e tratamento, além do crescimento de comunidades urbanas, sobretudo nos Estados Unidos e Europa Ocidental. Cria-se, então, um clima favorável às novas descobertas científicas no campo da bacteriologia e da imunologia (Rosen, 1994).

Com o desenvolvimento das investigações nesse campo desvendam-se os mistérios sobre o contágio e a transmissão das doenças, agora sob a égide da Bacteriologia como ciência. Emerge uma nova definição sobre a origem das doenças, a qual relaciona sua existência à presença de agentes etiológicos no corpo do hospedeiro, o homem, e não mais sobre as condições de vida como determinantes da saúde. Assim, desloca-se a ação da saúde sobre as condições do meio ambiente e de vida da população para a prevenção e o combate aos agentes específicos: o microorganismo (Rosen, 1994).

---

<sup>1</sup> As idéias que fundamentam a Promoção da Saúde vêm sendo construídas, gradualmente ao longo de anos de discussão e de validação de trabalhos científicos de diversos estudiosos dos séculos, XX e XXI (OPS, 1996 *apud* Terris, p. 37-44; Buss, 1998 p. 3-4; Chor e Faerstein, 2000).

Este modelo resultou numa compreensão reduzida e insuficiente da totalidade e complexidade do fenômeno saúde-doença, uma vez que não reconhece os fatores sociais, culturais e ecológicos, gerando distorções não só na aplicação e uso dos recursos, como na apropriação tanto quanto na exclusão do conhecimento de outras áreas do saber.

Do ponto de vista da educação, o conhecimento produzido nesse período - a *Era Bacteriológica* - é representado por ações de educação em saúde que assumiam um enfoque autoritário e coercitivo, visando normalizar hábitos de higiene e disciplinar o trabalhador e a população urbana. Trata-se de um projeto de normalização de comportamentos e atitudes, visando imputar regras de bem-viver às pessoas que passam a ser consideradas como um conjunto de indivíduos (Oshiro, 1988).

Evidencia-se a educação em saúde como forma de prevenção sob uma base mais direcionada para as doenças que não tinham tratamento específico, onde as ações sanitárias assumem um caráter de “polícia sanitária”, com vistas à formação da consciência sanitária para o indivíduo portador de doença (Melo, 1984).

A redução do processo saúde-doença a uma compreensão biológica desse fenômeno faz com que o indivíduo surja como responsável pelo seu estado de saúde. Assim, a relação entre condições de vida da população e as doenças assume posição secundária, favorecendo o entendimento de que as doenças são os resultados de sua ignorância, da sua ausência de conhecimento e decadência moral. Isso torna necessário instruir a população com o objetivo de controlar e disciplinar comportamentos higiênicos e hábitos saudáveis de vida, de modo que ela possa incorporar os valores impostos pela expansão da economia nos centros urbanos (Melo, 1984; Oshiro, 1988).

A partir dos anos setenta, reestrutura-se o pensamento na saúde pública e a idéia de reciprocidade entre as múltiplas dimensões que condicionam o processo saúde e doença, dá início a uma nova fase no campo da saúde, desmistificando a teoria microbiana (Rosen, 1994).

Em 1976, Leavell & Clark estruturaram o modelo da História Natural da Doença com o objetivo de explicar o processo saúde-doença como decorrente de relações mútuas entre os vários organismos vivos e o meio ambiente, melhor

explicitando, entre o agente etiológico, o microorganismo; o homem, como hospedeiro; e o meio ambiente (Arouca, 1975; Buss, 2003).

No modelo proposto por Leavell & Clark, as enfermidades poderiam ser combatidas segundo três diferentes níveis de prevenção, dependendo do grau de conhecimento da história natural da doença: prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária corresponde ao nível pré-patogênico, onde são aplicadas medidas de promoção da saúde<sup>2</sup> e proteção específica do indivíduo contra agentes patológicos ou pela criação de barreiras aos agentes do meio ambiente; a secundária refere-se ao período patogênico, onde o diagnóstico e o tratamento precoces são utilizados como medidas para impedir que a doença estabelecida evolua; e a prevenção terciária visa à reabilitação e recuperação dos doentes (Buss, 1998; 2003).

Para López (1998), o conceito de prevenção está diretamente relacionado à enfermidade, cujo objetivo final é evitar uma doença específica. Neste caso, a prevenção refere-se mais aos aspectos clínicos do processo saúde-doença, propondo ações focais para controlar temporariamente determinadas doenças, limitando seu campo de ação ao setor saúde. Nesse sentido, López (1998, p.128) ao analisar as ações de prevenção afirma que:

La prevención implica más acciones de aplicación individual, en cuyo proceso la persona es un ente algo pasivo. Se trata básicamente de la aceptación de un tratamiento, la aplicación de una prueba diagnóstica, la adopción de una profilaxis o, en el mejor de los casos, la eliminación de un determinado factor de riesgo.

É assim que o conhecimento produzido pela educação no campo da saúde, em vigor neste período, incorpora o discurso da multicausalidade como explicação para as doenças:

Os fatores sociais, econômicos e culturais são incorporados na maneira de perceber e explicar a saúde/doença. A educação sanitária deve considerar esses fatores que constituem barreiras para a ação educativa. Embora aqueles fatores sejam considerados para compreender a doença, esta é percebida como fenômeno

---

<sup>2</sup> O conceito de promoção da saúde na perspectiva de Leavell & Clark é diferente do conceito de promoção da saúde elaborado durante a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa, 1986. Naquela, a promoção da saúde diz respeito a medidas de educação em saúde, de controle sanitário do meio ambiente, de nutrição adequada, entre outros, focalizando atividades sobre os indivíduos e ou grupos (Buss, 1998, 2003).

individual. Os indivíduos oferecem uma barreira cultural, econômica e/ou social que deve ser diagnosticada no sentido de rompê-la (Melo, 1984 p.37).

A partir deste momento a educação no campo da saúde passa a ser desenvolvida segundo a égide da prevenção da doença e não da promoção da saúde. O sentido pedagógico da prática educativa limita-se a evitar enfermidades ou o risco de adoecer. A ausência de doenças seria um objetivo final e suficiente no processo de produção de conhecimento nesse campo.

Ainda que o modelo da História Natural da Doença tenha permitido avançar na compreensão do fenômeno saúde-doença, os fatores biológico, social e ambiental que passam a explicar a ocorrência de enfermidades aparecem fragmentados, permanecendo isolados entre si e deslocados do contexto global sócio-econômico-cultural dos sujeitos. Desta forma, mantém-se o predomínio da visão biologicista em vez de uma compreensão ampla, onde a saúde é, também, resultante do processo social e cultural de indivíduos e comunidades (Lopes, 2000).

## 2.2

### **A Promoção da Saúde segundo a Carta de Ottawa**

As idéias que fundamentam a Promoção da Saúde vêm sendo construídas *pari passu* ao desenvolvimento humano da saúde, desde a antiguidade (Rosen, 1994). Contudo, as discussões sobre o tema assumem a formatação de política pública a partir da divulgação da “Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde” (OMS, 1986) e sua adoção por países desenvolvidos, como Canadá, Inglaterra e Dinamarca, entre outros. Nesta ocasião, buscou-se não apenas superar o conceito tradicional de saúde como propor estratégias para promover a saúde e a qualidade de vida individual e coletiva conforme visto neste documento.

Segundo a Carta, a Promoção da Saúde define o conceito de saúde como positivo, uma vez que considera ser a saúde um recurso que os indivíduos têm e que, juntamente com outros recursos oferecidos pela sociedade, deve ser utilizado para o seu desenvolvimento integral e não como um objetivo a ser alcançado apenas quando se está doente (OMS, 1986; OPS, 1996; Brasil, 2002).

Esta concepção relaciona-se à possibilidade de configuração de uma consciência crítica capaz de dar infra-estrutura a decisões autônomas dos sujeitos

e não a partir da aceitação acrítica de normas e condutas impostas pelas autoridades sanitárias, sejam estas imposições veladas ou abertamente assumidas. Implica também em aumentar a capacidade das pessoas para usufruírem seus recursos existenciais, numa concepção da saúde como integralidade e não mais em seu aspecto específico.

Assim entendida, a concepção de Promoção da Saúde inclui um amplo espectro de fatores e determinantes relacionados à qualidade de vida como paz, ecossistema estável, padrão adequado de alimentação e habitação, chances de trabalho, oportunidades de educação ao longo da vida, apoio social tanto para indivíduos como para grupos de familiares, estilo de vida saudável, recursos sustentáveis, entre outros (Buss et al.,1998 p.12; Buss, 2003 p.19; OMS, 1986; OPS, 1996 p.367).

Nesse sentido, é possível afirmar que a saúde não pode mais ser entendida apenas a partir do próprio campo da saúde<sup>3</sup> e que sua promoção depende de uma ampla atuação que considere todos os elementos essenciais para incrementar a qualidade de vida e a cidadania. Assim, a cidadania estaria relacionada à idéia que vem sendo formulada a partir do final do século XX, sobre os chamados “direitos de terceira geração” (Vieira, 2002 p.23), que tratariam não apenas dos direitos do indivíduo, mas da noção de coletividades éticas da própria humanidade; além dos direitos civis, políticos e sociais que foram sendo conquistados e assumidos pelas sociedades ao longo da história (Carvalho, 2002).

É inegável que concretizar a Promoção da Saúde, nos dias atuais, representa um grande desafio para a saúde mundial de todas as nações, sobretudo dos países em desenvolvimento, pois promover a saúde compreende um amplo espectro de conceitos e de práticas multidimensionais, interdisciplinares e inter-setoriais.

Faz-se necessário refletir sobre a construção de um conhecimento educativo fundamental para promover a saúde, concebida para a emancipação, a autonomia e a reflexão crítica dos sujeitos e coletivos, onde o diálogo e a participação destacam-se como elementos pedagógicos desse processo.

---

<sup>3</sup> Convém ressaltar que essas considerações não desobrigam o Estado de suas responsabilidades em assegurar os avanços conquistados e de investir em políticas públicas a fim de garantir o bem-estar a toda população. Nem tão pouco, exime o setor saúde de suas atribuições e da necessidade de buscar novos processos assistenciais que promovam a saúde.

### 2.3

#### O Movimento Internacional de Promoção da Saúde de 1988 a 2005

Seis conferências internacionais sobre este tema, de maior ou menor porte, foram realizadas após a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde com o objetivo de ampliar as discussões e os desdobramentos teórico-práticos e suas implicações para as políticas públicas, nos anos seguintes.

Neste momento, não é necessário descrevê-las detalhadamente, mas merecem destaque por contribuírem para o desenvolvimento conceitual e a articulação das propostas de Promoção da Saúde na agenda política de chefes de Estado e gestores de diferentes instâncias de poder no mundo inteiro. Apesar de não terem força de lei, as Cartas e Declarações, patrocinadas por alguns países interessados e, sobretudo, pela Organização Mundial da Saúde/Sede Regional da Europa e pela Organização Pan-Americana da Saúde, reafirmam o que há muito vem sendo dito sobre o papel da doença como fonte de iniquidades e obstáculos para o desenvolvimento humano e a justiça social, bem como constituem protocolos de intenções entre estes países e os organismos multilaterais das Nações Unidas (Rabello, 2006).

De modo axiológico, pode-se afirmar que estes documentos expressam o sentido da saúde para indivíduos e coletivos, como premissa para potencializar seu bem-estar, buscando expressar como indissociável o que nos constitui como seres humanos: o biológico, o subjetivo, o simbólico e o social. Não obstante possam apontar avanços, é importante dizer que todos esses documentos foram gerados num contexto mundial de globalização e de expansão de regimes neoliberais que se intensifica a partir dos anos 80 e 90, período em que os discursos sobre a Promoção da Saúde marcam o pensamento sanitário internacional, sobretudo dos países desenvolvidos.

Embora não seja objeto desta tese discutir o processo de globalização e seus efeitos para a sociedade em geral, a globalização em curso é decorrente do liberalismo contemporâneo e suas conseqüências são sentidas de forma peculiar por diferentes governos e povos, configurando, portanto, um contexto da Promoção da Saúde. Definida como um fenômeno mundial multifacetado, a globalização vem transformando dimensões da vida econômica, social, política,

religiosa, jurídica e cultural em contextos internacionais, nacionais e locais (Santos, 2002; Corrêa, 2003).

Admite-se hoje que está associada a fatores econômicos, financeiros, migratórios, comunicacionais e culturais representados no cenário mundial pela aceleração das transações internacionais, pela quebra de fronteiras geográficas, por inovações tecnológicas, por imenso intercâmbio de informações e conhecimentos. Sem esgotar a reflexão sobre o processo de globalização, Fiori (1997; 1998) nos ensina que este não é um movimento novo, pois o próprio capital já nasceu global. O atual “apetite” voraz do mercado, ao expandir e imputar seus produtos ao mundo inteiro, tem transformado a lógica das relações humanas, que devem ser pautadas sobre as dimensões sociais, éticas e culturais, na lógica do econômico; onde tudo ou quase tudo o que nos constitui como seres humanos transforma-se em mercadoria influenciando as dimensões individual e coletiva de nossas vidas.

Em decorrência, o reflexo deste fenômeno sobre a saúde das populações tem sido objeto de inúmeras discussões. Muitos autores (Fiori, 1997; Tavares & Fiori, 1998; Hirst & Thompson, 1998; Canclini, 2003) alertam que o processo de globalização não é global; não é redistributivo, nem inclusivo, tampouco promove a transferência de investimentos, poderes, recursos e empregos, melhor qualidade de vida dos países ricos para os países em desenvolvimento, o que exige de nós ampliarmos nosso espectro de conhecimento e compreensão sobre os efeitos desse fenômeno sobre e para a saúde das pessoas.

A II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, foi realizada na Austrália, em 1988. Nela, redigiu-se a “Declaração de Adelaide”, cujo tema central foi a defesa das políticas públicas saudáveis e o compromisso com a equidade no acesso a bens e serviços existentes nas sociedades, a fim de permitir a todos melhorar suas condições de vida e saúde:

Healthy public policy is characterized by an explicit concern for health and equity in all areas of policy and by accountability for health impact. The main aim of health public policy is to create a supportive environment to enable people to lead healthy lives. Such a policy makes health choices possible or easier for citizens. It makes social and physical environments health enhancing. In the pursuit of healthy public policy, government sector concerned with agriculture, trade, education, industry and communications need to take into account health as an essential factor when formulating policy. These sectors should be accountable

for the health consequences of their policy decisions. They should pay as much attention to health as to economic considerations (WHO, 1988).<sup>4</sup>

As políticas públicas saudáveis reafirmam a necessidade de ir além dos cuidados de saúde e a importância da noção de intersetorialidade<sup>5</sup>. Outra recomendação diz respeito à ação comunitária e ao papel da educação formal no sentido de “reorientar currículos” (Brasil, 2002, p.36) para valorizar a criação de ambientes saudáveis e desenvolver competências para saber lidar com esse campo, que é ao mesmo tempo desconhecido, mas que se faz necessário para lograr a promoção da saúde em sociedades complexas.

Apesar da importância do tema, muitas questões permanecem como desafios a serem incorporados ao campo da Promoção da Saúde, ainda que não sejam abordados nesta tese: como trabalhar com a intersetorialidade se nossas relações estão pautadas por uma racionalidade fragmentada, por relações de poder hierarquizadas? Como identificar os atores-chave para mediar a formulação de políticas públicas saudáveis envolvendo diferentes setores e instâncias de poder? (Westphal, 2004); Como pensar a educação no contexto da intersetorialidade para ter impacto sobre a saúde da população?

A Declaração de Sundsvall representa o documento oficial da III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Ambientes Favoráveis à Saúde, realizada em junho de 1991 na Suécia. O propósito foi chamar a atenção do mundo para o tema do ambiente (nas suas dimensões físicas, naturais, sociais, econômicas, políticas e culturais) e as consequências de sua degradação para a saúde das populações. Reconhece que as sociedades globalizadas têm um papel

---

<sup>4</sup> A política de saúde pública é caracterizada por uma preocupação explícita com a saúde e equidade em todas as áreas da política e pela responsabilidade final pelo impacto na saúde. O objetivo principal da política de saúde pública é criar um ambiente de apoio para permitir que as pessoas tenham vidas saudáveis. Tal política torna as escolhas na saúde possíveis ou mais fáceis para os cidadãos. Ela faz com que os ambientes físicos e sociais estimulem a saúde. Na busca de uma política pública de saúde, o setor do governo voltado para a agricultura, comércio, educação, indústria e comunicações precisa levar em conta a saúde ao formular suas políticas. Esses setores devem ser responsabilizados pelas consequências na saúde de suas decisões políticas. Eles devem dispensar tanta atenção à saúde quanto dispensam às questões econômicas (Organização Mundial da Saúde).

<sup>5</sup> Ressalta-se que a intersetorialidade é um tema discutido desde a Conferência de Alma-Ata ao afirmar que: “a conquista do mais alto grau de saúde exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde” (WHO, 1978; BRASIL, 2002 p. 9). Esta conferência foi realizada na ex-União das Repúblicas Socialistas Soviéticas/URSS, no ano de 1978 na cidade de Alma-Ata, com o patrocínio e a presença dos Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde.

importante na preservação, sustentabilidade e criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde (OMS/WHO, 1991), por entender que “ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis” (*Op.cit.*, 1991; Brasil, 2002 p.41; Buss, 2003, p.30) para o desenvolvimento humano e qualidade de vida dos povos e nações.

A conferência resgata “o reforço da ação comunitária”, citado na Carta de Ottawa (OMS, 1986), como uma das propostas de ação que pode, também, ser desenvolvida para a promoção de ambientes favoráveis à saúde. Reforça a dimensão educativa ao explicitar a necessidade de capacitar e reconhecer o conhecimento, em especial das mulheres, para adquirirem poder e controle sobre sua saúde e o meio ambiente “através da educação e maior participação nos processos de tomada de decisão” (OMS, 1991, p. 4; Brasil, 2002 p.43).

O quarto evento foi realizado na Colômbia em 1992. Na realidade é conhecido como a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na América Latina, cujo documento final é a Declaração de Santafé de Bogotá que marca as discussões sobre o tema no contexto dos países latino-americanos em desenvolvimento. Denuncia as situações de iniquidades e de injustiça social e de saúde que caracteriza a maioria desses países e aponta para a necessidade de contextualizar os preceitos da Promoção da Saúde à realidade específica das nações latino-americanas.

Apesar dos avanços, o debate permanece apontando para as tensões sobre o que significa e quais as reais possibilidades de um modelo de Promoção da Saúde frente a realidades tão distintas dos países desenvolvidos. Como as demais conferências, conclama a educação como uma das estratégias para diminuir as injustiças sociais em saúde. Em particular, destaca que a informação e o conhecimento são instrumentos para a participação e para a mudança de estilo de vida saudável individual e coletivo (BRASIL, 2002).

Diante de tais afirmações cabe, então, questionar quais as concepções de educação podem contribuir para a Promoção da Saúde tendo em vista nossas realidades?

Outro documento é a “Declaração de Jacarta - Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde no Século XXI” (OMS, 1997). Nela, estão representadas as intenções da IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no ano de 1997 na Indonésia, na cidade de Jacarta.

A leitura sobre as recomendações do documento aponta em duas direções consideradas essenciais para lograr a Promoção da Saúde.

A primeira reitera a importância de trabalhar de forma articulada os cinco campos de ação da Promoção da Saúde, sancionados em Ottawa, em oposição a um enfoque fragmentado pelo emprego de estratégias focais. A segunda recomendação diz respeito aos determinantes da saúde (Brasil, 2002), no entanto estes são abordados de forma ampla e pouco específica sobre o que representam no cenário globalizado das sociedades e como podem contribuir efetivamente para promover a equidade social e saúde para todos. Desde a publicação do Relatório Lalonde (1974) a discussão sobre os determinantes sociais da saúde vem sendo aprofundada no âmbito internacional e nacional com críticas e adesões sobre suas implicações e sobre como a Promoção da Saúde pode estar orientada a intervir sobre os determinantes sociais da saúde (Akerman, 2004).

A Conferência de Jacarta reiterou o interesse pela educação como orientadora de estratégias e ações de Promoção da Saúde, destacando a participação popular e o *empowerment*, ainda que não mencione o termo, “para aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo” (OMS, 1997, p.4), estabelecendo uma relação entre adquirir habilidades e conhecimentos para intervir sobre os determinantes da saúde.

A Quinta Conferência Global sobre Promoção da Saúde, realizada na cidade do México/México entre os dias 5-9 de junho de 2000, redigiu o documento internacional intitulado Declaração do México. Entre os temas discutidos pelos participantes, ministros de Estado da Saúde que assinaram esta declaração destaca-se que a Promoção da Saúde deve ser considerada como uma “prioridade fundamental das políticas e programas públicos locais, regionais, nacionais e internacionais” (OMS, 2000 p.1) visando à equidade em saúde, além do compromisso com o desenvolvimento da “participação ativa de todos os setores e da sociedade civil na implementação das ações de Promoção da Saúde que fortaleçam e ampliem as parcerias na área da saúde” (OMS, 2000 p.2).

No documento observa-se que a participação é evidenciada apenas no nível macro dos espaços e formas de articulação do Estado e com a sociedade civil, sem reconhecer a dimensão da participação dos indivíduos, como sujeitos sociais e protagonistas dos programas e políticas de Promoção da Saúde, que

tenham como referência a descentralização do poder e a socialização dos recursos, estratégias e ações de saúde.

A dimensão individual da participação visa a emancipação e a autonomia dos sujeitos, mas para tal deve conceber como fundamento suas práticas sociais e considerar os interesses em promover a saúde do ponto de vista das pessoas. Esses elementos podem criar possibilidades para construir uma subjetividade coletiva que os tornem capazes de identificar e lutar pela melhoria de sua saúde individual e coletiva.

O último documento a ser analisado é a Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde no Mundo Globalizado, representando a VI Conferência Internacional sobre o tema, foi realizada em agosto de 2005, na cidade de Bangkok, na Tailândia. O documento reafirma a definição sobre a Promoção da Saúde redigida pela Carta de Ottawa e ressalta as recomendações das conferências anteriores. Destacam-se as discussões sobre os desafios de promover saúde num mundo globalizado, de modo a posicionar a saúde como uma responsabilidade central de todos, governos, organizações internacionais, setor privado, sociedade civil, ONG e comunidades. As recomendações sobre a educação são pouco específicas, referem-se à sociedade civil em geral, e apontam o *empowerment* comunitário como a “chave do sucesso” (OMS, 2005) sem, contudo, acrescentar novos elementos para realizar a educação no campo da Promoção da Saúde.

## 2.4

### **Por que é necessária uma Educação Crítica no campo da Promoção da Saúde?**

Vimos na breve descrição das Cartas e Declarações de Promoção da Saúde que a educação é um tema presente. Os documentos expressam diferentes dimensões da educação, sendo esta identificada nos processos de *empowerment*, individual e comunitário; no reforço da ação comunitária; no desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais; na participação popular; como opção de estilos de vida saudável; na capacitação da população para tomar decisões favoráveis à sua saúde e para participar no processo de decisão política, entre outros.

O documento de Ottawa, ao definir Promoção da Saúde “como o processo de capacitação de indivíduos e coletivos para atuarem na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse

processo” (OMS, 1986; OPS, 1996; Brasil, 1996/2002), já ressaltava, conforme visto, a importância da educação neste campo uma vez que entende que a saúde é um recurso para a vida inteira e não um objetivo a ser alcançado apenas quando se está doente: *“health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capabilities”* (OTTAWA CHARTER, 1986 *apud* Kickbusch, 2003, p.384).<sup>6</sup>

Nesta perspectiva, saúde não é um objetivo estático; é processual, refere-se a “graus” de um processo de desenvolvimento que pode estar vinculado à perda, ao equilíbrio ou ao ganho de saúde ao longo da vida. Nesse sentido, aponta para a necessidade de construção de consciência crítica que também ocorre em níveis, em graus de aprendizagem sobre a realidade social, sobre si mesmos, e sobre os limites e possibilidades de cada um com sua saúde, como também inclui as responsabilidades do Estado em possibilitar qualidade de vida para a população. Essa consciência crítica, assim construída, é geradora do *empowerment* decorrente do processo de participação com sua conseqüente dialogicidade, sobretudo na ocorrência de processos educativos.

Um dos fundamentos da Teoria Educacional Crítica refere-se à construção de processos auto-reflexivos: a compreensão, a capacidade de comunicação e organização do conhecimento dirigido para a práxis, pelos indivíduos. Esse movimento dos sujeitos não elimina deste processo, a consciência de limites, porque há, na ordem social, determinados aspectos da realidade que não podem ser transformados sem que haja uma “consciência consensual” da maioria (Vázquez, 2007).

Na Carta de Ottawa, acima referida, observa-se a presença da educação, expressa na importância da participação ativa da população como um dos elementos essenciais para sua operacionalização:

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos (OMS, 1996, p.370).

---

<sup>6</sup> “saúde é um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas”. (CARTA DE OTTAWA, 1986 *apud* Kickbusch, 2003, p.384).

Como apontado na introdução desta tese, o educador Paulo Freire, ao longo de sua obra, enfatizou a importância do diálogo e da participação como elementos pedagógicos do processo educativo: “o diálogo consiste em uma relação horizontal e não vertical, entre as pessoas implicadas, entre as pessoas em relação” (Freire, 1993 *apud* Gadotti, 2000 p.103).

O diálogo pedagógico a que Freire se refere visa oportunizar a participação de todos os envolvidos e implica em um saber crítico que possibilite uma práxis, uma ação-reflexão, também crítica, portanto a dialogicidade. É através do diálogo e da participação que o conhecimento apreendido, o conteúdo ou objeto cognoscível constrói-se, gerando novas formas de conhecimento a partir das experiências vividas. Nesse processo de aprendizagem todos são sujeitos e as relações entre indivíduos e sociedade são indissociáveis (Freire, 1993/1999).

Se a definição de Promoção da Saúde é entendida como processo de capacitação que permite às pessoas adquirir maior controle sobre sua saúde e o meio ambiente, significa que do ponto de vista educacional, há necessidade de mudanças no estilo de vida e nas condições de vida da população e da sociedade no sentido amplo. Para tal, implicaria não somente adquirir um conhecimento, mas desenvolver habilidades pessoais e sociais de modo a lidar com os determinantes da saúde e saber eleger e fazer escolhas com liberdade, que sejam favoráveis à saúde e à qualidade de vida, o que constitui o *empowerment*, individual e comunitário.

Nessa direcionalidade, o diálogo pedagógico exige uma abordagem educacional que possibilite o exercício da aprendizagem transformadora das atitudes dos indivíduos e da comunidade.

Ressalta-se, porém, que o processo de capacitação na pedagogia tradicional associa-se à proposta de transmissão: a idéia de que existe alguém que ensina o outro a aquisição de conhecimentos para moldar e adaptar suas vidas, a fim de atender aos ditames da educação atual, contrariamente aos ideais da teoria educacional crítica, na qual o valor da educação está na formação de sujeitos críticos por meio da construção de conhecimentos, saberes e habilidades para lidarem, no caso da saúde, com a multiplicidade e a diversidade de fatores existentes nas sociedades contemporâneas. Nesse sentido, é a possibilidade de construir conhecimentos por meio da formação crítica de saberes e práticas que podem contribuir à integridade da humanidade na perspectiva de uma melhor

qualidade de vida, o que reforça a necessidade da educação crítica no campo da Promoção da Saúde.

Assim, a capacitação de sujeitos, voltada para saúde, requer a compreensão que a educação ocorre na forma de processo, onde aprender implica em construir e não em adquirir conhecimentos, significa desenvolver habilidades pessoais e sociais, e não adaptar ou reproduzir comportamentos e atitudes. Estes, no entanto, só terão significado do ponto de vista da aprendizagem, se forem ressignificados no contexto da vida sócio-cultural dos indivíduos e grupos de indivíduos.

Faz-se necessário, então, distinguir entre o “conhecimento-regulação” e o “conhecimento-emancipação” (Santos, 2001, p.78-83). O primeiro concebe o outro como objeto e, conseqüentemente, não o reconhece como sujeito; nele, o conhecimento é um princípio de ordem sobre as coisas e os outros. Já no “conhecimento-emancipação”, conhecer é reconhecer e implica progredir no sentido de elevar o outro da condição de objeto à condição de sujeito, onde esse “conhecimento-reconhecimento” fortalece o processo educativo pela via da “solidariedade” (Santos, 2001, p.29-30), conforme a configuração da proposta de Teoria Educacional Crítica.

O reconhecimento do outro como sujeito e a valorização de suas experiências vividas devem estar presentes em todo processo educativo, inclusive em saúde, pois o conhecimento só tem significado quando gera experiências de aprendizagem criativas e críticas em conexão com a expectativa e a vida dos “sujeitos aprendentes” (Assmann, 1998), com o que as pessoas pensam, sentem e sabem.

É importante afirmar que mudar as condições sociais de saúde e estilos de vida, individual e coletivo, não é algo que se possa imputar pela simples aquisição de conhecimentos ou prescrição de hábitos e condutas para se viver melhor e com mais saúde. A saúde e, conseqüentemente, determinados hábitos de saúde têm raízes na teoria e na história das civilizações (Rosen, 1984) e estão associados com relações culturais, educacionais e, também, com o desenvolvimento econômico, político e de estruturas sociais, com condições de vida que favoreçam mudanças comportamentais (Lupton, 1999). Não se trata de automatizar novos hábitos saudáveis, mas sim de construí-los, conscientemente, por meio de

métodos educacionais que favoreçam essa transformação, tal como proposto na Teoria Educacional Crítica.

Portanto, propor mudança de estilos de vida saudável, sobretudo para populações marginalizadas e excluídas do processo de desenvolvimento social, econômico e educacional exige uma reflexão aprofundada sobre o que molda suas escolhas e porque muitas vezes elas escapam ao controle e ao desejo individual (Lupton, 1995; 1999) e como estão relacionadas com o entorno de vida das pessoas, com desigualdades sociais e de saúde e outras questões que são de interesse essencial para as iniciativas de Promoção da Saúde.

Nos anos 1980 e 1990, surgem as primeiras críticas aos limites teóricos e práticos sobre o tipo de abordagem em Promoção da Saúde centrada na mudança de estilo de vida individual, que ficou conhecida como “vertente behaviorista da Promoção da Saúde”. A abordagem behaviorista da Promoção da Saúde tem como referência o Relatório Lalonde, que foi publicado em 1974 pelo Ministério do Bem-Estar e Saúde do Canadá. O documento definiu o conceito de “Campo de Saúde”, cujo objetivo era elaborar um mapa sobre os problemas de saúde da população canadense, a partir de quatro componentes: biologia humana, saúde física e mental; meio ambiente natural e social; estilo de vida, centrado em decisões e comportamentos individuais para o controle da própria saúde e organização da atenção à saúde, voltada para recursos humanos e materiais (OPS, 1996 p. 3-5).

Este modelo tecnológico de saúde intrujava intervenções no nível individual, no qual o objetivo final visa à mudança nos hábitos de vida da população, acreditando que apenas a adoção de estilos de vida saudável fosse capaz de alterar o panorama da saúde.

Não resta dúvida que este modelo encontrou campo fértil para a expansão do ideário neoliberal no campo da saúde, reafirmando as premissas de bem-estar social mínimo, desviando do Estado a responsabilidade pela expansão das políticas públicas de saúde além de alimentar um mercado que fomenta o consumo de necessidades e estimula toda sorte de desejos que almejam a saúde ideal.

No nível individual, este modelo em nome da autonomia, de uma vida mais saudável; da liberdade como qualidade de vida; e da emancipação como capacidade de reflexão crítica, por meio do diálogo e da participação, transfere

para a esfera da vida privada a responsabilidade sobre o controle de sua saúde. Interferindo sobre sua psique, provoca-se o fenômeno da “culpabilização das vítimas” (“*blaming the victims*”). Com isso, não só exclui a possibilidade de crítica sobre a crise da sociedade atual, sobretudo da saúde e de sua práxis educativa, como também o questionamento do poder que nos é delegado, que realmente temos para modificar as estruturas de poder que multiplicam mecanismos de controle que regulam com sofisticação nossa capacidade de crítica individual e coletiva.

As estratégias derivadas dessa abordagem vêm obtendo um impacto muito reduzido sobre os grupos mais pobres da população que não conseguem mudar as condições de suas vidas (Carvalho, 2004) sem o acesso a bens materiais e serviços sociais básicos, de modo a auxiliá-los a suprir eventuais necessidades e superar dificuldades para adotarem práticas saudáveis de vida. Por outro lado, os grupos mais favorecidos tampouco respondem favoravelmente a elas.

Estas estratégias aumentam seu potencial quando conectadas com a educação, com abordagens orientadas pela Teoria Educacional Crítica, cujo objetivo é restabelecer o potencial crítico emancipatório da educação. Apesar de considerar as especificidades do campo da saúde, é inegável o vínculo entre esses dois saberes, pois todo ato em saúde é um ato educativo, o que implica a inclusão da Promoção da Saúde.

Há na proposição da Promoção da Saúde um caráter pedagógico que envolve dimensões do conhecimento científico e popular, da cultura, não sendo possível pensá-lo sem considerar um enorme arcabouço de questões como valores, escolhas, desejos, inclinações, necessidades, singularidades, poder e conflitos individuais e coletivos. Estes poderão ser incorporados ou descartados pelas pessoas ao longo do processo de aprendizagem, de construção de conhecimentos sobre sua saúde e o meio ambiente.

Uma leitura ingênua ou uma aproximação pouco crítica dos propósitos da Promoção da Saúde pode seduzir o leitor e ou os profissionais de saúde a imaginarem que o processo educativo em saúde é simples.

É preciso lembrar que estamos lidando com dois campos complexos, com o da educação e o da saúde. Não basta reproduzir o saber técnico ou adotar práticas verticais visando repassar/transmitir conhecimentos prontos e acabados (Freire, 1993; Gadotti, 2001) sobre saúde e qualidade de vida. Estes não serão

incorporados sem resistências, conflitos ou sem as subjetividades culturais, pessoais e ou coletivas, próprias das experiências da doença ou de se sentir saudável.

Embora de difícil definição, dado os múltiplos significados que a educação comporta atualmente, na perspectiva tradicional esta sempre se preocupou com a transmissão de conhecimentos e com a assimilação pelos indivíduos de valores e modos de agir, para desenvolver competências e hábitos institucionalmente consolidados. Dessa forma, pretendendo adaptar o ser humano a uma racionalidade objetivada em normas e padrões que moldam formas de agir e pensar de indivíduos e coletivos, a fim de atender às finalidades de uma determinada sociedade. Este comportamento está presente no cotidiano dos serviços de saúde.

Todavia, os ideais emancipatório e libertador da educação, formal ou não-formal, sempre estiveram presentes ao longo da história da pedagogia, significando resistência e inovação aos processos de dominação cultural (Giroux, 1986/1997; Maclaren, 1997). O que enseja a possibilidade de buscas por teorias críticas.

Nesta perspectiva a educação não é neutra, é uma prática social permeada de intenções, subjetividades e fins. É uma atividade humana construída historicamente, constituindo um *ethos* sociocultural, um modo de ser e viver, tanto quanto a saúde, que não é apenas ausência de doença, conforme argumentado na discussão anterior.

Partindo dessa linha, a educação em Promoção da Saúde deve ser fundamentada numa concepção de educação crítica para capacitar indivíduos e comunidades, cuja formação não visa apenas memorizar conceitos e saberes instrumentais sobre saúde, mas sim, serem capazes de desenvolver habilidades e competências para saber acessar, decodificar, manejar e, se necessário, criticar informações e conhecimentos sobre sua saúde e o meio ambiente.

Pensar uma proposta educativa na perspectiva da Promoção de Saúde exige o reconhecimento de pelo menos, as proposições que seguem:

- O campo educativo situa-se numa área que sofre interações e influências de outras áreas;
- A educação compreende um conjunto de processos formais e não-formais, intencionais ou não, sistematizados ou não, que contribuem para o desenvolvimento e inserção social das pessoas; e
- A educação é entendida como um processo que envolve reflexão crítica e, portanto, reconhece as diferenças individuais e coletivas de todos os sujeitos envolvidos, equipe de saúde, usuários dos serviços e seu entorno.

Nessa perspectiva, a Teoria Educacional Crítica parece-nos a mais adequada para o atendimento às exigências da práxis do campo da Promoção da Saúde, acima referidas, porque atua na construção consciente desses objetos mediando-os com a realidade social, capacitando indivíduos e coletivos à transformação pessoal e comunitária.