



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Lopes, Rosane; Romijn Tocantins, Florence

Promoção da saúde e a educação crítica

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 16, núm. 40, marzo, 2012, pp. 235-246

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180122635015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Promoção da saúde e a educação crítica*

Rosane Lopes¹
Florence Romijn Tocantins²

LOPES, R.; TOCANTINS, F.R. Health Promotion and Critical Education. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.40, p.235-46, jan./mar. 2012.

This paper discusses Health Promotion and Critical Education, and seeks to show the theoretical and conceptual interfaces between them. It indicates the transformation and supersession of different health education models and their relationships with the health-disease process and health promotion. Based on these distinct health education models, it points out the implications that the directions within pedagogical practice and the knowledge produced through education represent for individual and collective health. It puts the discussion into context by analyzing seven international documents: Letters and Statements on Health Promotion, which were released by the World Health Organization and by the Pan-American Health Organization, between 1986 and 2000. Points that emphasize education within this specific field are highlighted. It is concluded that in order to implement the proposals contained in these documents, the contributions of Critical Education are necessary and essential for promoting health.

Keywords: Health Promotion. Critical Education. Health Education.

O artigo discute a promoção da saúde e a educação crítica, buscando apontar as interfaces teórico-conceituais entre ambas. Assinala a transformação e superação dos diferentes modelos de educação em saúde e suas relações com o processo saúde-doença e a promoção da saúde. Tomando por base os distintos modelos da educação em saúde, aponta para implicações que o sentido da prática pedagógica e do conhecimento produzido pela educação representou para a saúde individual e coletiva. Contextualiza a discussão analisando sete documentos de âmbito internacional - Cartas e Declarações sobre Promoção da Saúde, divulgadas pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde, no período de 1986 a 2000. Destaca aspectos que enfatizam a educação neste campo específico. Conclui que, para concretizar as propostas contidas nesses documentos, as contribuições da educação crítica são necessárias e fundamentais para promover a saúde.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Educação crítica. Educação em saúde.

* Elaborado com base em Lopes (2008).

¹ Departamento de Ensino, Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz. Avenida Rui Barbosa, 716 - Flamengo - Rio de Janeiro/RJ - Brasil. 22250-020. lopes-rosane@uol.com.br

² Departamento de Enfermagem de Saúde Pública, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO.

Considerações iniciais

Os primeiros estudos sobre promoção da saúde relacionavam as causas das doenças às condições de vida das populações. Ao mesmo tempo, defendiam a ideia de que os problemas de saúde apresentavam uma relação com a natureza da vida comunitária. A origem das enfermidades e as experiências com a saúde e o adoecimento estavam associadas às causas ambientais. Combinava-se, então, causalidade de doenças com qualidade física e química do ambiente (Buss, 2003; Chor, Faerstein, 2000).

No século XX, surge um paradigma explicativo para a ocorrência das enfermidades, o paradigma biologicista. Sua ascensão está relacionada ao crescimento do capitalismo, das comunidades urbanas e do desenvolvimento científico, o que gerou avanços para o enfrentamento de patologias até então sem controle e tratamento. Com a evolução das investigações nesse campo, desvendam-se os mistérios sobre contágio e transmissão, 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: os micro-organismos (Rosen, 1994).

Esse 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, além de negligências na apropriação do conhecimento de outros saberes, distorções na aplicação e no uso dos recursos.

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, com o objetivo de imputar regras de bem-viver às pessoas que passam a ser consideradas como um conjunto de indivíduos. Evidencia-se a educação em saúde como forma de prevenção, sobretudo para as doenças que não tinham tratamento específico, e as ações assumem um caráter de “polícia sanitária”, com vistas à formação da consciência sanitária para o indivíduo portador de doença (Oshiro, 1988).

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 enfermidades assume posição secundária, favorecendo o entendimento de que as patologias são os resultados de sua ignorância, da sua ausência de conhecimento e da decadência moral. Torna-se 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 (Oshiro, 1988).

A partir dos anos 1970, reestrutura-se o pensamento na saúde pública, dando início a uma nova fase com destaque para a ideia da reciprocidade entre as múltiplas dimensões que condicionam o processo saúde-doença. Um desses pensamentos está expresso no “Informe Lalonde”, publicado em 1974 (Lalonde, 1974). Para compreender os problemas de saúde, o texto de Lalonde, além de propor a interface entre quatro componentes – biologia humana, ambiente, organização da assistência à saúde e estilo de vida –, foi o primeiro documento de governo a usar o termo Promoção da Saúde como uma estratégia para formular políticas de intervenção.

Com o objetivo de explicar o processo saúde-doença como decorrente de relações mútuas entre os vários organismos vivos e o meio ambiente, Leavell e Clark (1976) propõem o modelo denominado História Natural da Doença, concebido sob a ideia da multiplicidade de fatores causais. Nesse modelo 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. Nesse contexto, a Promoção da Saúde expressa-se mediante ações dos profissionais de saúde voltadas para situações de risco ambientais e individuais que possam contribuir para evitar a ocorrência de uma

patologia (Arouca, 2003; Buss, 2003). A partir desse momento, faz-se importante destacar que o sentido pedagógico da prática educativa limita-se a evitar os males ou o risco de adoecer.

Ainda que o documento de Lalonde e o modelo da História Natural da Doença tenham permitido avançar na compreensão do fenômeno saúde-doença, os fatores biológico, social, político e ambiental que passam a explicar a ocorrência de enfermidades aparecem fragmentados e deslocados do contexto global socioeconômico e cultural dos sujeitos. Dessa forma, ainda se mantém o predomínio da visão biologicista, apesar de reconhecer que a saúde também envolve aspectos do processo social e cultural de indivíduos e comunidades (Lopes, 2000).

No entanto, com a realização da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, as discussões sobre o tema ganham novo fôlego. Esse encontro divulgou a Carta de Ottawa, que ainda, nos dias de hoje, permanece como documento fundamental para o desenvolvimento do ideário da proposição debatida naquela conferência e como referência para a formulação de políticas públicas (World Health Organization - WHO, 1986).

Segundo a Carta, a Promoção da Saúde considera que a saúde é um recurso que os indivíduos têm e, juntamente com outros meios oferecidos pela sociedade, deve ser utilizado para o seu desenvolvimento integral, e não como um objetivo a ser alcançado apenas quando se está doente (OPAS, 1996; WHO, 1986).

Essa concepção implica aumentar a capacidade de as pessoas usufruírem seus recursos existenciais, numa concepção da saúde como integralidade, e não mais em seu aspecto específico. Ademais, ela se relaciona à possibilidade de configuração de uma consciência crítica capaz de dar infraestrutura a decisões autônomas dos sujeitos, e não a partir da aceitação acrítica de normas e condutas impostas pelas autoridades sanitárias, sejam imposições veladas ou abertamente assumidas.

Assim, a concepção de Promoção da Saúde inclui um amplo espectro de fatores e determinantes relacionados à qualidade de vida, como: ecossistema estável, paz, 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 etc. (Buss, 2003; OPAS, 1996; WHO, 1986).

É possível afirmar que a saúde não pode mais ser entendida apenas a partir do próprio campo da saúde, 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 ideia que vem sendo formulada a partir do final do século XX, sobre os chamados direitos de terceira geração (Vieira, 2000). Eles 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.

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.

Nesse sentido, o objetivo desse estudo é discutir a relação teórico-conceitual entre promoção da saúde e educação crítica.

Para tal, utilizou-se, como procedimento metodológico, a análise documental qualitativa, mediante técnicas e procedimentos da análise de conteúdo para interpretar um *corpus* de texto (Bardin, 2010). O *corpus* foi composto por sete fontes documentais sobre Promoção da Saúde de 1986 a 2005.

O movimento internacional de promoção da saúde de 1986 a 2005

Seis conferências internacionais sobre esse tema 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. Merecem ser mencionadas por colaborarem 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, a publicação destes documentos – as Cartas e Declarações patrocinadas pela Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde – reafirma, como protocolos de intenções entre países e os organismos multilaterais das Nações Unidas (Rabello, 2010), 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. Pode-se afirmar que esses documentos expressam o sentido da saúde para os indivíduos e coletivos, como premissa para potencializar seu bem-estar. Busca-se 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 1980 e 1990, período em que os discursos sobre a Promoção da Saúde marcam o pensamento sanitário internacional, sobretudo dos países desenvolvidos.

Nosso objetivo não é discutir o processo de globalização e seus efeitos para a sociedade em geral. Todavia, não podemos nos esquecer de que seu curso é decorrente do liberalismo contemporâneo, sendo suas consequências 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. Admite-se, hoje, que ela está associada a fatores econômico-financeiros, migratórios, comunicacionais e culturais representados no cenário mundial.

Entretanto, muitos autores (Canclini, 2003; Fiori, 1998) alertam que esse processo não é global no sentido de ser um fenômeno redistributivo e nem inclusivo, tampouco promove a transferência de investimentos, poderes, recursos e empregos, melhor qualidade de vida dos países ricos para os países em desenvolvimento. É uma visão que nos exige ampliar nosso espectro de conhecimento e compreensão sobre os efeitos desse movimento de integração sobre e para a saúde das pessoas.

Retomando a discussão sobre os documentos oficiais, 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 (WHO, 1988).

As políticas públicas saudáveis reafirmam a necessidade de se ir além dos cuidados de saúde e a importância da noção de intersectorialidade. Outra recomendação diz respeito à ação comunitária e ao papel da educação formal no sentido de reorientar currículos 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 (Lopes, 2008).

Apesar da importância do tema, muitas questões permanecem como desafios a serem incorporados ao campo da Promoção da Saúde. Como trabalhar com a intersectorialidade 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? Como pensar a educação no contexto da intersectorialidade para ter impacto sobre a saúde da população?

O documento oficial da III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Ambientes Favoráveis à Saúde, é representado pela Declaração de Sundsvall, 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 têm um papel importante na preservação, sustentabilidade e criação de lugares favoráveis e promotores de saúde, por entender que ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis para o desenvolvimento humano e a qualidade de vida dos povos e nações (WHO, 1991).

A conferência resgata o reforço da ação comunitária como uma das propostas de ação que podem, também, ser desenvolvidas para a promoção de ambientes propícios à saúde. Reforça a dimensão

educativa ao explicitar a necessidade de se capacitar e reconhecer o conhecimento, em especial das mulheres, para adquirirem poder e controle sobre sua saúde e o meio ambiente por intermédio da educação e da maior participação nos processos de tomada de decisão.

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. Este documento marcou as discussões sobre o tema no contexto dos países latino-americanos em desenvolvimento. Além disso, denunciou situações de iniquidade, de injustiça social e de saúde que caracterizam a maioria desses países, *apontando* para a necessidade de se contextualizarem os preceitos da Promoção da Saúde à sua realidade específica.

Apesar dos avanços, o debate permanece marcado pelas 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 (WHO, 1992). Diante de tais afirmações, cabe, então, questionar quais as concepções de educação que 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 (Brasil, 2002; Organização Mundial da Saúde - OMS, 1997). Nela estão representadas as intenções da IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no ano de 1997 na capital da Indonésia. As suas recomendações apontam em duas direções essenciais para lograr a Promoção da Saúde.

A primeira recomendação reitera a importância de se trabalharem, 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, sendo 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. Essa discussão 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.

Por fim, a conferência 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 explicitamente: “para aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo” (OMS, 1997, p.14), estabelecendo uma relação entre adquirir habilidades e conhecimentos para intervir sobre os determinantes da saúde, o que implica reconhecer a importância de se pensar e se desenvolverem processos educativos numa perspectiva crítica.

A V Conferência Global sobre Promoção da Saúde, realizada na cidade do México em 2000 (Brasil, 2002; OMS, 2000), redigiu o documento internacional intitulado “Declaração do México”. Entre os temas discutidos, destaca-se que a Promoção da Saúde deve ser considerada como uma prioridade fundamental das políticas e programas públicos locais, regionais, nacionais e internacionais, visando à equidade em saúde. Além disso, sinalizou o 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.

No documento da V Conferência, a participação social é evidenciada no nível macro dos espaços e das formas de articulação do Estado com a sociedade civil, contudo, não é reconhecida a dimensão da participação dos indivíduos como sujeitos sociais e protagonistas dos programas e das 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 à emancipação e à autonomia dos sujeitos, para isso, 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 se construir uma subjetividade coletiva que os torne capazes de identificar e lutar pela melhoria de sua saúde individual e coletiva.

O último documento é a Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde no Mundo Globalizado (WHO, 2005), representando a VI Conferência Internacional sobre o tema. Esse encontro foi realizado em agosto de 2005, na capital tailandesa. 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 se promover a 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. No que concerne às recomendações sobre a educação, estas são pouco específicas e se referem à sociedade civil em geral. O documento aponta, ainda, o empowerment comunitário como a chave do sucesso (WHO, 2005), sem acrescentar novos elementos para realizar a educação na perspectiva do empowerment, seja ele comunitário ou individual, no campo da Promoção da Saúde.

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

Por que é necessária uma educação crítica no campo da promoção da saúde?

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” (WHO, 1986), ressalta a importância da educação nesse 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” (Kickbusch, 2003, p.384).

Nessa perspectiva, saúde não é um objetivo estático, mas sim 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 uma 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. Mas também não deixa de incluir 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 consequente dialogicidade, sobretudo quando o agir pedagógico em saúde intenciona contribuir para a formação de identidades e a construção de sujeitos críticos.

Na Carta de Ottawa, 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 destino. (Organización Panamericana de la Salud - OPAS, 1996, p.369-70)

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” (Gadotti et al., 2000, p. 103).

O diálogo pedagógico a que Freire se refere visa oportunizar a participação de todos os envolvidos e implica um saber crítico que possibilite uma práxis, uma ação-reflexão, também crítica, portanto, a dialogicidade. É por meio do diálogo e da participação que o conhecimento apreendido, o conteúdo ou objeto cognoscível constrói-se, gerando novas formas de conhecimento com base nas experiências

vivas. Nesse processo de aprendizagem, todos são sujeitos e as relações entre indivíduos e sociedade são indissociáveis (Giroux, 1999; Freire, 1993).

Ao conceituar Promoção da Saúde como um processo de capacitação que permite às pessoas adquirirem 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 construir/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 tanto à saúde quanto à qualidade de vida, o que constitui o empowerment, individual e comunitário.

Para Giroux (1999, p.21) empowerment é “a capacidade de pensar e agir criticamente”.

Nessa perspectiva, empowerment envolve um processo educacional que implica a construção de consciência crítica para superar limitações individuais e compreender os limites impostos pela sociedade a fim de criar possibilidades para a transformação da realidade social, tal qual entendido por Zimmerman (1990), apud Horochovski e Meirelles (2007).

Assim, o papel da educação crítica é contribuir no processo de coconstrução e de coformação entre indivíduo e sociedade, por isso se afirmar que o relacionamento entre as potencialidades humanas e as potencialidades sociais implica educar as pessoas para serem capazes de pensar, agir e questionar criticamente e intervir criativamente na realidade social (Lopes, 2008; Giroux, 1999). Nos movimentos sociais, é possível perceber tais transformações mais claramente.

Nessa direção, o diálogo pedagógico exige uma abordagem educacional que possibilite o exercício da aprendizagem transformadora onde os indivíduos e a comunidade possam construir novas habilidades e atitudes para se apropriarem criticamente dos benefícios da saúde e sua promoção, em favor de suas vidas cotidianas e do seu desenvolvimento pessoal e coletivo.

Na contramão desse processo, a capacitação na pedagogia tradicional associa-se à proposta de transmissão: a ideia de que existe alguém que ensina ao outro a aquisição de conhecimentos para moldar e adaptar suas vidas, a fim de atender aos ditames da educação atual. Não obstante, nos 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.

É a possibilidade de construir conhecimentos por meio da formação crítica de saberes e práticas que poderá contribuir para a 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.

A educação de sujeitos voltada para saúde, na perspectiva crítica, requer a compreensão de que a educação ocorre na forma de processo, onde aprender implica construir, e não adquirir conhecimentos; significa desenvolver habilidades pessoais e sociais, e não adaptar ou reproduzir comportamentos. No entanto, ela só terá valor do ponto de vista da aprendizagem se for ressignificada no contexto da vida sociocultural 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, consequentemente, 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 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 os estilos de vida, individuais e coletivos, 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, consequentemente, determinados hábitos de saúde têm raízes na história das civilizações (Rosen, 1994) e estão associados

às relações culturais, educacionais e ao desenvolvimento econômico, político e de estruturas sociais, com condições de vida que favoreçam mudanças comportamentais. 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 (Lopes, 2008).

Portanto, propor mudanças de estilo 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. Também deve-se pensar por que, muitas vezes, elas escapam ao controle e ao desejo individual (Lupton, 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, surgem as primeiras críticas aos limites teóricos e práticos da abordagem centrada na mudança de estilo de vida individual, que ficou conhecida como vertente behaviorista da promoção da saúde.

Não resta dúvida de que abordagens individualistas encontraram 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 ampliação das políticas públicas na área, além de alimentar um mercado que fomenta o consumo de necessidades e estimula toda sorte de desejos que almejam a saúde ideal.

Contudo, e em nome da autonomia pessoal, da liberdade e de uma vida mais saudável, transfere-se para a esfera da vida privada a responsabilidade sobre o controle de sua saúde. Com isso, provoca-se o fenômeno da culpabilização das vítimas. Essa perspectiva exclui tanto 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 – o qual 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. Sem acesso a bens materiais e serviços sociais básicos que os auxiliem a suprir eventuais necessidades e superar dificuldades para adotarem práticas saudáveis, essas pessoas não conseguem mudar suas condições de vida (Carvalho, 2004). Por outro lado, os grupos mais favorecidos tampouco respondem favoravelmente a elas.

A Promoção da Saúde amplia seu escopo quando conectada com abordagens orientadas pela Teoria Educacional Crítica, cujo objetivo é restabelecer o potencial crítico emancipatório da educação. Apesar das especificidades do campo da saúde, é inegável o vínculo entre esses dois saberes: o da educação e o da saúde, pois “ toda ação em saúde é um ato educativo, o que implica a inclusão da Promoção da Saúde” (Lopes, 2008, p.36).

Considerando que Promoção da Saúde intenciona possibilitar uma práxis transformadora da realidade da saúde (WHO, 1986), pode-se afirmar que há, em sua proposição prático-conceitual, um forte caráter pedagógico. Portanto, pensar e atuar no campo da Promoção da Saúde numa perspectiva da educação crítica envolve reconhecer o conhecimento científico e o popular. No caso desse último, não é possível pensá-lo sem considerar um enorme arcabouço de questões, como: valores, escolhas, desejos, inclinações, necessidades, singularidades, poder e conflitos individuais e coletivos que podem ser tanto incorporados ou descartados pelas pessoas ao longo do processo de aprendizagem, de construção de conhecimentos sobre sua saúde e seu meio ambiente.

Considerações finais

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: da educação e da saúde. Não basta reproduzir o saber técnico ou adotar práticas verticais visando repassar/transmitir conhecimentos

prontos e acabados 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.

De difícil definição, dados os múltiplos significados que a educação comporta atualmente, na perspectiva tradicional, a preocupação sempre foi com a transmissão de conhecimentos e com a assimilação, pelos indivíduos, de valores e modos de agir para desenvolverem competências e hábitos institucionalmente consolidados. Dessa forma, a adaptação do ser humano é regida por uma racionalidade centrada 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. Esse 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, 1999; Freire, 1993). Esse pensamento enseja a possibilidade de buscas por teorias críticas.

Nessa perspectiva, a educação não é neutra, mas sim 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, e sim 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, pelo menos, das 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, a humanização e inserção social das pessoas;
- a educação é entendida como um processo que envolve reflexão crítica e, portanto, reconhece que os sujeitos estão inseridos em contextos socioculturais e históricos, que há diferenças individuais e coletivas entre os envolvidos, equipe de saúde, usuários dos serviços e seu entorno.

Tal reconhecimento implica saber como interferem, atuam e podem contribuir nos processos de aprendizagem.

Nesta perspectiva, a Teoria Educacional Crítica faz-se necessária para atender às exigências no campo da promoção da saúde, porque atua na formação consciente dos sujeitos, mediando-os com a realidade social para a transformação pessoal e coletiva. Em síntese, conclui-se que, para se concretizarem as propostas contidas nesses documentos, as contribuições da educação crítica são necessárias e fundamentais para se promover a saúde.

Colaboradores

Rosane Carvalho Lopes foi responsável pela elaboração do texto e Florence Romijn Tocantins responsabilizou-se pela orientação e revisão do mesmo.

Referências

- AROUCA, A.S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora Unesp, 2003.
- ASSMANN, H. **Reencantar a educação**: rumo à sociedade aprendente. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1998.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília: DF, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/02_1221.htm>. Acesso em 25 set. 2011.
- BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- CANCLINI, N.G. **A globalização imaginada**. São Paulo: Iluminuras, 2003.
- CARVALHO, R.S. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Cienc. Saude Colet.**, v.9, n.3, p.669-78, 2004.
- CHOR, D.; FAERSTEIN, E. **Promoção da saúde e prevenção de doenças**: um enfoque epidemiológico. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2000. mimeogr.
- FIORI, J.L. Globalização, hegemonia e império. In: TAVARES, M.C.; FIORI, J.L. (Orgs.). **Poder e dinheiro**: uma economia política da globalização. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1998. p.87-147.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 22.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.
- HOROCHOVSKI, R.R.; MEIRELLES, G. Problematizando o conceito de empoderamento. In: II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia, 2007, Florianópolis. **Anais...** Disponível em: <http://www.sociologia.ufsc.br/nrms/rodrigo_horochovski_meirelles.pdf>. Acesso em 15 jul. 2011.
- GADOTTI, M. et al. **Perspectivas atuais da educação**. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- GIROUX, H. **Cruzando as fronteiras do discurso educacional**: novas políticas em educação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- _____. **Teoria crítica e resistência em educação**. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.
- KICKBUSCH, I. The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. **Am. J. Public Health**, v.93, n.3, p.383-8, 2003.
- LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**: a working document. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974.
- LEAVELL, H; CLARK, E.G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.
- LOPES, R.C. **Promoção da saúde na perspectiva da teoria educacional crítica**: a relevância do empowerment, participação e dialogicidade. 2008. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2008.

LOPES, R.C. **O Programa de Controle da Tuberculose no município de Duque de Caxias/RJ e a educação em saúde**: uma perspectiva de promoção da saúde ou prevenção da doença? 2000. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2000.

LUPTON, D. **Risk**: key ideas. London: Routledge, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração do México**, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2011.

_____. **Declaração de Jacarta**, 1997. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2011.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud**: una antología. Washington, D.C.: OPS, 1996. (Publicación científica, 557).

OSHIRO, J.H. **Educação para a saúde nas instituições de Saúde Pública**. 1988. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 1988.

RABELLO, L.S. **Promoção da saúde**: a construção social do conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo: Editora Unesp, 1994. (Série Saúde em Debate).

SANTOS, B.S. Da ciência moderna ao novo senso comum. In: _____. **Para um novo senso comum**: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática - a crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2001. p.107-17.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6.ed. Rio de Janeiro: Record, 2000

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Bangkok Charter for Health Promotion**, 2005. Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/docs/bangkok.html>>. Acesso em: 20 out. 2010.

_____. **Santafé the Bogotá Charter for Health Promotion**, 1992. Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/docs/santafédebogota.html>>. Acesso em: 20 out. 2010.

_____. **Sundsvall Charter for Health Promotion**, 1991. Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/docs/sundsvall.html>>. Acesso em: 29 out. 2010.

_____. **Adelaide Charter for Health Promotion**, 1988. Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/docs/adelaide.html>>. Acesso em: 25 out. 2010.

_____. **Ottawa Charter for Health Promotion**, 1986. Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/docs/ottawa.html>>. Acesso em: 12 out. 2010.

LOPES, R.; TOCANTINS, F.R. La promoción de la salud y la educación crítica. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.40, p.235-46, jan./mar. 2012.

El artículo discute la promoción de la salud y la educación crítica, buscando señalar las interfaces teórico-conceptuales entre ambas. Señala la transformación y superación de los modelos de educación en salud y sus relaciones con el proceso salud-enfermedad y promoción de la salud. Con base en los distintos modelos de educación en salud, indica las implicaciones que el sentido de la práctica pedagógica y del conocimiento producido por la educación representó para la salud individual y colectiva. Contextua la información analizando siete documentos del ámbito internacional: las Cartas y Declaraciones sobre Promoción de la Salud, divulgadas por la Organización Mundial de la Salud y por la Organización Panamericana de la Salud, durante el período 1986-2000. Se destacan aspectos que enfatizan la educación en este campo específico, concluyendo que para concretizar las propuestas contenidas en estos documentos, se necesitan contribuciones de la educación crítica, consideradas fundamentales para promover la salud.

Palabras clave: Promoción de la salud. Educación crítica. Educación en salud.

Recebido em 27/03/2011. Aprovado em 22/09/2011.