



Revista Latino-Americana de Enfermagem
ISSN: 0104-1169
rlae@eerp.usp.br
Universidade de São Paulo
Brasil

de Oliveira, Dora Lúcia
A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação
Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 13, núm. 3, mayo-junio, 2005, pp. 423-431
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421844018>

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

A 'NOVA' SAÚDE PÚBLICA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE VIA EDUCAÇÃO: ENTRE A TRADIÇÃO E A INOVAÇÃO

Dora Lúcia de Oliveira¹

Oliveira DL. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. Rev Latino-am Enfermagem 2005 maio-junho; 13(3):423-31.

Apesar dos propósitos da 'nova' saúde pública e da sua ênfase na promoção da saúde como investimento na autonomia do 'público' para tomadas de decisão sobre saúde, através da intervenção nos seus condicionantes estruturais, a educação em saúde permanece, geralmente, centrada na responsabilização individual e na prevenção de doenças. O artigo problematiza essas questões apresentando as propostas da promoção da saúde, surgida, na década de 70, como principal estratégia da chamada 'nova saúde pública'. Apoiado em uma revisão da literatura, categorizada segundo os temas de interesse para a problematização pretendida, o artigo analisa, também, a aplicação dessas propostas no campo da educação em saúde. A justificativa para a busca na literatura de um embasamento que respondesse por essa análise está na relevância das temáticas tratadas para a prática da enfermagem e na restrita produção de abordagens teóricas sobre a promoção da e a educação em saúde por parte das enfermeiras.

DESCRITORES: promoção da saúde; saúde pública; educação

'NEW' PUBLIC HEALTH AND HEALTH PROMOTION VIA EDUCATION: BETWEEN TRADITION AND INNOVATION

In spite of the goals of 'new' public health and its emphasis on health promotion as an investment in the autonomy of the 'public' to make decisions on health, by means of interventions in its structural conditioning factors, health education in general remains focused on individual responsibility and disease prevention. The article discusses these issues, presenting the main proposals of health promotion that emerged in the 70's as the main strategy of the so-called 'new public health'. Based on a literature review, categorized according to the themes of interest for the proposed discussion, the article also analyzes the use of these proposals in the field of health education. The literature search for a theoretical background to support this analysis is justified by the relevance of the discussed issues for nursing practice and the limited production of theoretical approaches about health promotion and health education by nurses.

DESCRIPTORS: health promotion; public health; education

LA 'NUEVA' SALUD PÚBLICA E LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: ENTRE LA TRADICIÓN Y LA INOVACIÓN

A pesar de que las propuestas de la 'nueva salud pública' enfatizan la noción de promoción de la salud como inversión en la autonomía del 'público' y argumentan en favor de la centralidad de las condiciones sociales en la determinación de la salud, la educación en salud permanece, generalmente, centralizada en la responsabilidad individual y en la prevención de enfermedades. Este artículo levanta esas cuestiones, presentando las propuestas de la promoción de la salud, surgida en la década del 70 como principal estrategia de la llamada 'nueva salud pública'. Apoyado en una revisión de la literatura, clasificada de acuerdo con los intereses del levantamiento pretendido, el artículo analiza, también, la aplicación de esas propuestas en el campo de la educación en salud. La justificativa para buscar en la literatura una fundamentación que dé cuenta de este análisis está centrada en la relevancia de las temáticas tratadas para la práctica de la enfermería y en la restricta producción de aproximaciones teóricas sobre la promoción de la salud y la educación en salud por parte de las enfermeras.

DESCRIPTORES: promoción de la salud; salud publica; educación

¹ Doutor em Educação, Professor Adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e-mail: dora@enf.ufrgs.br

INTRODUÇÃO

A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde

O presente artigo apresenta, sucintamente, as propostas da promoção da saúde, surgidas na década de 70, como estratégia fundamental de movimento que pretendia renovar o campo da saúde pública. Apoiado em uma revisão da literatura, categorizada de acordo com os interesses da argumentação pretendida, o artigo analisa criticamente a aplicação dessas propostas no campo da educação em saúde. A justificativa para a busca na literatura de um embasamento que respondesse por essa análise está centrada na relevância das temáticas tratadas para a prática da enfermagem e na restrita produção de abordagens teóricas por parte das enfermeiras sobre a promoção da e a educação em saúde. A expressão 'promoção da saúde' foi usada pela primeira vez em 1974, pelo Ministro da *National Health and Welfare* (Saúde e Bem-Estar Nacional) do Canadá, Mark Lalonde, num documento chamado *The New Perspectives on the Health of Canadians* (Novas Perspectivas Sobre a Saúde dos Canadenses). O documento destacava a influência de fatores ambientais, comportamentos individuais e modos de vida na ocorrência de doenças e na morte. A estratégia de trabalho proposta enfatizava que a promoção da saúde deveria combinar melhorias ambientais (abordagem estruturalista) com mudanças de comportamento (estilos de vida). Isso reduziria a morbidade e as mortes prematuras⁽¹⁾. O movimento da promoção da saúde foi uma resposta a diversos fatores, entre os quais a "...crescente desilusão quanto aos limites da medicina, as pressões para contenção dos gastos com médico, e um clima sociopolítico que enfatizava a auto-ajuda e a responsabilidade individual pela saúde"⁽²⁾. Ao invés da 'antiga' saúde pública, que focalizava as causas individuais das doenças, o novo movimento enfatizava as influências socioambientais nos padrões de saúde⁽³⁾. Idéias como essas acabaram sendo aprofundadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e, em 1986, na Conferência da OMS em Ottawa, foi finalmente formulada uma base ideológica para a promoção da saúde. A Carta de Ottawa⁽⁴⁾ define a promoção da saúde como o processo através do qual indivíduos são capacitados para ter maior controle sobre e melhorar a própria saúde, o que significa o

reconhecimento da importância do poder e do controle para a promoção da saúde. O documento propõe, também, uma concepção positiva de saúde "...um recurso do dia-a-dia, não um objetivo da vida"⁽⁴⁾, ressaltando a sua importância para uma vida social e economicamente produtiva. As direções propostas pela OMS para a 'nova' saúde pública e para a promoção da saúde apontam para a necessidade da redução das desigualdades sociais e construção de uma comunidade ativa e *empowered*⁽⁵⁾. A saúde é vista como um fenômeno influenciado por fatores físicos, socioeconômicos, culturais e ambientais⁽⁶⁾. A promoção da saúde é um investimento na 'engenharia' desses fatores, visando maximizar as possibilidades de saúde e evitar a doença e a invalidez⁽⁷⁾. O êxito de tal engenharia deve facilitar as tomadas de decisões que resultem em saúde, ou seja, deve tornar as opções saudáveis as mais fáceis de serem tomadas. Consideradas as inovações propostas, a promoção da saúde vem ao encontro da necessidade de uma nova ética social, pautada pelo compartilhamento de possibilidades e potenciais⁽⁸⁾. "A essência da promoção da saúde é a escolha", o que significa que os promotores da saúde devem informar o público quanto aos "méritos e deméritos das várias opções disponíveis ao público e recursos devem estar disponíveis de forma a realmente possibilitar a opção escolhida"⁽⁹⁾. A nova abordagem da saúde pública com a sua ênfase na natureza multidimensional dos problemas relacionados à saúde⁽⁸⁾, juntamente com a ênfase na promoção da 'escolha informada', abre o campo da promoção da saúde das populações a diversos tipos de disciplinas e especialistas⁽¹⁰⁾. Alguns autores argumentam que "a nova saúde pública abrange conceitos e estratégias como a promoção da saúde e a educação em saúde, o *marketing* social, a epidemiologia, a bioestatística, a participação comunitária, as políticas públicas saudáveis, a colaboração entre os setores, a ecologia e a economia da saúde", entre outros⁽¹¹⁾. No nível das estratégias, a nova saúde pública conta com a cooperação entre o Estado e a sociedade civil⁽⁵⁾. As mudanças no campo da saúde pública, em particular a criação do movimento da promoção da saúde, acarretaram mudanças fundamentais nos princípios que sustentaram durante algum tempo a educação em saúde. Na 'velha' saúde pública, a educação em saúde tinha um único enfoque, o da prevenção de doenças. A 'nova' educação em saúde deve superar a

conceituação biomédica de saúde e abrange objetivos mais amplos, uma vez que a saúde deixa de ser apenas a ausência de doenças para ser uma fonte de vida. Assim, na sua versão contemporânea, a educação em saúde já não se destina apenas a prevenir doenças, mas a preparar o indivíduo para a luta por uma vida mais saudável. Nesse novo paradigma, o indivíduo deve ser estimulado a tomar decisões sobre a sua própria vida, uma noção de autonomia que cria um ideal de autogoverno. Da mesma maneira que a promoção da saúde, o neoliberalismo, uma nova forma de racionalidade política, que tem predominado nas sociedades ocidentais contemporâneas, defende a tese do investimento na autonomia e na escolha individual. O sustentáculo dessa forma de racionalidade é a idéia de que o 'público' não pode interferir na vida particular do indivíduo⁽¹²⁾. A liberdade deve ser regulada pelos próprios indivíduos, os quais devem se comprometer em optar por um estilo de vida que respeite o código moral da sociedade em que vivem. Nos regimes políticos neoliberais esse exercício de liberdade dá-se na forma de consumo. As opções de produtos a serem consumidos são legitimados e promovidos através de uma variedade de formas; enquanto os produtos escolhidos são experimentados e justificados enquanto desejos pessoais⁽¹²⁾. Essa nova forma de racionalidade tem um grande impacto no *self*: "Todos os aspectos da vida, assim como toda a mercadoria, estão imbuídos de um significado que tem a si mesmo como referencial; cada escolha que fazemos é um emblema da nossa identidade [...], cada qual é uma mensagem para nós mesmos e para os outros quanto ao tipo de pessoa que somos..."⁽¹²⁾. Na sociedade neoliberal, "o *self* não é meramente habilitado a escolher, mas obrigado a construir uma vida nos termos das suas escolhas, dos seus poderes, e dos seus valores. Espera-se do indivíduo que ele construa o curso da sua vida como consequência de tais escolhas, e que seja responsável pela sua vida nos termos das razões para tais escolhas"⁽¹²⁾. Os parágrafos que seguem tratam da temática 'educação em saúde', uma importante estratégia de promoção da saúde, destacando a coexistência de propostas conflitantes. No texto são destacados pontos que encaminham e sustentam o argumento desse artigo - o de que tem sido difícil aplicar a retórica da promoção da saúde no campo da educação em saúde.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Apesar das novas proposições, tem sido difícil evitar os discursos tradicionais da saúde pública na prática contemporânea da educação em saúde⁽³⁾. Nesse contexto, tem havido confusão entre as posições ideológicas (a antiga e a nova freqüentemente entrando em conflito entre si) e as definições técnicas do que seja instruir as pessoas sobre a saúde. No terreno da prática, há diversidade de modelos de educação em saúde. Só na Grã-Bretanha, por exemplo, pesquisadores descobriram dezessete taxonomias de educação em saúde⁽¹³⁾. Embora seja possível agrupar essa diversidade em duas principais abordagens de educação em saúde - o 'modelo preventivo' e o 'modelo radical' - não se pode afirmar que suas diferenças estejam claramente definidas. Isso porque, na teoria, assim como na prática, os objetivos de um se sobrepõem aos do outro e persiste uma visível distância entre as intenções progressistas e a realidade.

Educação em saúde preventiva ou tradicional

O 'modelo preventivo' de educação em saúde, também chamado de educação em saúde tradicional, é baseado nos princípios da 'velha' saúde pública. Fundamentalmente informado pelas tradições da biomedicina, o modelo preventivo de educação em saúde objetiva prevenir doenças. Como enfatizam alguns autores, a prevenção de doenças é definida, principalmente, segundo as postulações de dois paradigmas: o behaviorismo e o individualismo⁽¹⁴⁾. A abordagem preventiva da educação em saúde trabalha com a idéia de que os modos de vida dos indivíduos - regime alimentar pobre, falta de exercícios, tabagismo etc. - são as principais causas da falta de saúde. Nesse sentido, hábitos insalubres são tidos como consequência de decisões individuais equivocadas. Essa ênfase no 'individual' acaba produzindo uma representação de 'falta de saúde' como uma falha moral da pessoa e um discurso que culpa a vítima pelo seu próprio infortúnio⁽¹⁵⁾. O objetivo da prevenção de doenças deve ser alcançado por meio da persuasão dos indivíduos, para que esses adotem modos de vida saudáveis ou comportamentos considerados pelos profissionais do campo da biomedicina como compatíveis com a saúde⁽¹⁶⁾. O modelo preventivo da educação em saúde tem como pressuposto a idéia de que os profissionais da saúde

sabem o que se constitui em 'estilo de vida saudável' e de que a adoção desse modo de viver a vida é uma questão de escolha pessoal. O tom individualista de tal discurso é altamente problemático e tem sido alvo de críticas.

O individualismo e os problemas do modelo tradicional

Entre os críticos do modelo preventivo de educação em saúde há um consenso de que, considerando os princípios holísticos da 'nova' saúde pública, fica difícil identificar um empreendimento com tal viés individualista como estratégia de promoção da saúde^(15,17-18). O 'individualismo' é uma "...ideologia que propõe a livre escolha individual tanto como uma visão fidedigna do *status quo*, quanto como uma meta a se atingir"⁽¹⁷⁾. A educação em saúde com ênfase no 'individual' pode ser questionada com base em, pelo menos, dois argumentos⁽¹⁷⁾. Em primeiro lugar, como não considera a influência do 'social' na determinação, estruturação e padronização das doenças, reduz a saúde, um produto social, a objeto passível de controle do indivíduo. Em segundo lugar, ao ignorar o 'social', parece considerar que todas as pessoas vivem nas mesmas condições estruturais e que, assim, todas são igualmente capazes de cuidar de si (desde que tenham conhecimento para tanto). Tal abordagem tem provado ser altamente ineficiente, conforme indicam clássicos problemas de saúde pública, como é o caso da prevenção da AIDS. Pesquisas têm demonstrado que, até quando bem informados, muitos indivíduos não adotam os comportamentos preventivos que são prescritos pelos profissionais da saúde⁽¹⁹⁾. A educação em saúde preventiva ignora que comportamentos são sempre interativos, o que significa que modos de vida são produtos de uma ação recíproca de fatores socioculturais e individuais. Circunstâncias ambientais, inclusive as normas sociais, às quais os indivíduos estão sujeitados e têm pouco (ou nenhum) poder para mudar, e os valores culturais que organizam a vida cotidiana, têm um impacto direto nas escolhas cotidianas das pessoas. A questão de que a associação entre saúde e estilo de vida individual é problemática vai ainda além da questão do equívoco de se tratar saúde e doença como resultado direto do comportamento das pessoas. Em primeiro lugar, isso implica demasiada simplificação da noção de 'estilo de vida', que tende a ser classificado segundo a categoria binária de 'certo/errado' (um julgamento obviamente tendencioso). A presunção de que há

certos 'modos de vida' que deveriam ser reformados para serem saudáveis é, em geral, informada por estereótipos que definem maior adequação das maneiras de viver de certos grupos sociais, em detrimento das de outros. O julgamento dessa adequação se baseia, geralmente, na percepção dos profissionais da saúde quanto aos padrões de comportamento de determinados grupos. Assim, é comum a atenção dos educadores em saúde recair sobre grupos sociais específicos como, por exemplo, os adolescentes e as mulheres, muitas vezes tidos como grupos com tendência a 'desvios'⁽¹⁷⁾. Ao patologizar certas condutas, a abordagem preventiva da educação em saúde contribui para o reforço e a reprodução das ideologias dominantes, facilitando o controle social de indivíduos e grupos. Considerando a afirmação da OMS, mencionada anteriormente, sobre a 'escolha' ser a 'essência' da promoção da saúde, de fato, fica difícil pensar numa forma de educação para a promoção da saúde que imponha aos indivíduos um leque de opções possíveis. Uma outra questão precisa ser levantada quando se critica a idéia de que os modos de vida individuais são causas de doenças e que, quando necessário, esses devem ser mudados com base no que é considerado um 'comportamento correto', segundo um ponto de vista biomédico. Esse pressuposto pode levar o comportamento humano à dependência de uma definição médica de 'correção', ou ao que tem sido chamado de "medicalização da vida"⁽²⁰⁾. Isso é problemático porque pressupõe a aceitação social da medicina como fonte legítima de verdade, constituindo-a numa instituição de controle social⁽²⁰⁻²¹⁾. A ideologia do individualismo tem influenciado na escolha da persuasão como principal estratégia educativa do modelo tradicional de educação em saúde. Modos de vida não saudáveis são tidos como relacionados à ignorância dos indivíduos quanto ao 'correto' estilo de vida (segundo a visão médica). Ao instruir os indivíduos quanto à relação entre o comportamento 'incorrecto' e as doenças, os educadores em saúde esperam persuadi-los a assumir diferentes condutas. A solução proposta é, portanto, o conhecimento 'científico' sobre saúde. Considerar a educação como um simples instrumento de transmissão de informações, no sentido de uma "educação bancária"⁽²²⁾, supõe o entendimento convencional do que seja fazer educação. Em tal contexto, o educando é visto como um passivo recipiente do conhecimento que será fornecido pelo professor que, por princípio,

tudo sabe. A eficácia desse tipo de trabalho educativo estaria na quantidade de conhecimento adquirido pelo educando. Além disso, supõe-se que o 'professor sabe-tudo' utilize sua *expertise* para deliberar quanto ao tipo e quantidade de conhecimento que o educando necessita. A proposição do tipo *top-down* do conjunto de conhecimentos a serem aprendidos e as posições ativa do educador e passiva do educando são características de propostas educativas que acompanham os princípios da pedagogia tradicional, há muito criticada pelos teóricos do campo da educação. As campanhas de persuasão, comumente usadas para estimular mudanças individuais de comportamento e o modelo biomédico de saúde que as embasam, são ambos influenciados por uma ideologia política 'conservadora' que inclui pressupostos do tipo 'a insuficiência individual requer correção' e 'os riscos à ordem requerem controle', entre outros. Nesse contexto, tais campanhas são entendidas como 'mínimas' intervenções do Estado, ações que fornecem às pessoas informações 'para o seu próprio bem', de forma que se essas não agirem de acordo, 'azar delas'⁽²³⁾. Autores têm argumentado^(15,23) que as posições individualistas e os discursos que imputam culpa à vítima não se tornaram essenciais à educação em saúde no vácuo. Essas posições se constituíram em resposta à crise da saúde nos Estados Unidos e aos conflitos que a constituíram como, por exemplo, a preocupação com a construção social da doença e a ineficiência e alto custo do sistema de saúde. As circunstâncias sociais nas quais a ideologia da culpabilização da vítima se desenvolveu estão relacionadas a pelo menos três fenômenos políticos: uma crise dos custos, acontecida em virtude dos crescentes custos dos seguros e dos benefícios de saúde no setor industrial; a politização da produção social da doença, resultante da apropriação política das preocupações públicas quanto aos riscos à saúde ambiental e à saúde ocupacional; e a visão do cuidado médico como direito, numa época em que as pessoas dependem cada vez mais da medicina e sua credibilidade decresce⁽¹⁵⁾. Embora essa análise⁽¹⁵⁾ tenha sido formulada há mais de vinte anos, seus argumentos parecem ainda se aplicar à questão do formato atual do modelo preventivo da educação em saúde. "Numa época em que as pessoas parecem querer mais a medicina, a sua contínua disponibilidade e expansão ameaçam [...] interesses econômicos e políticos. Além disso, [...] a medicina é claramente insuficiente para lidar com a produção

social contemporânea da doença, e é [...] incapaz de desempenhar o seu tradicional papel na solução das tensões sociais que surgem quando as pessoas identificam as causas sociais das suas [...] patologias. Em face dessas tendências, é [...] revelador que estejamos testemunhando a proliferação de mensagens sobre a responsabilidade pessoal pela saúde e um ataque ao estilo de vida de cada um e aos comportamentos de risco"⁽¹⁵⁾. A ênfase da educação em saúde preventiva em idéias individualistas pode ainda ser explicada de outra forma. Durante a implementação do programa de promoção da saúde nos Estados Unidos o programa foi direcionado a duas metas distintas: a promoção da saúde - enfocando a mudança de comportamento e de estilo de vida - e a proteção da saúde - enfocando o ambiente físico. Essa dicotomia pode ter limitado a produção bem-sucedida de uma visão mais ampla da promoção da saúde⁽²³⁾. Com base no que foi dito até aqui, pode-se sugerir que essa concepção simplista de 'estilos de vida', enquanto resultado de escolhas pessoais, tem se constituído num importante problema para o desenvolvimento de ações de educação em saúde. A predominância de profissionais da medicina e de disciplinas afins, como é o caso da enfermagem, no campo da promoção da saúde tem dificultado a adoção de um arcabouço teórico diferente do biomédico para o desenvolvimento de ações de educação em saúde. A proliferação contemporânea de campanhas educacionais focadas no tema saúde - faça sexo seguro!, faça exercícios regulares!, não fume!, não dirija depois de beber!, coma frutas e verduras!, destinadas a promover escolhas livres e informadas no campo da saúde pessoal, é revelador da importância das prescrições médicas para o projeto da educação em saúde nos dias de hoje. Apesar dos propósitos da 'nova' saúde pública, a maioria das ações de educação em saúde que têm sido desenvolvidas no contexto internacional e, também no Brasil, permanece concentrada na prevenção de doenças e focada na responsabilização individual. Isso sugere que as causas sociais da falta de saúde não têm sido consideradas com a ênfase desejada. Mas, se é verdade que a implementação de uma 'nova' educação em saúde ainda é problemática, e que para os educadores em saúde que atuam na transição proposta, tem sido difícil lidar com os conflitos gerados na intersecção entre novas teorias e antigas práticas, também é verdade que têm havido tentativas de superação dessas dificuldades.

O modelo radical de educação em saúde

Em resposta às premissas da promoção da saúde, uma nova abordagem de educação em saúde - o modelo radical de educação em saúde - ganhou espaço no contexto da saúde pública. Essa nova abordagem se propõe atender as complexidades da nova saúde pública e a trabalhar desde uma perspectiva mais moderna de educação. Em termos educacionais, o modelo radical está centrado num incremento da consciência crítica das pessoas⁽⁷⁾, meta que está diretamente relacionada à noção de 'conscientização'⁽²²⁾. O principal objetivo do modelo radical de educação em saúde é promover a saúde no seu sentido positivo, ou seja, saúde como recurso para uma vida vivida com qualidade, meta que inclui quatro estágios⁽⁷⁾: a) fomentar a reflexão sobre os aspectos da realidade pessoal; b) estimular a busca e identificação coletiva das causas dessa realidade; c) exame das implicações dessa realidade e d) desenvolvimento de um plano de ação para alterá-la. Ao invés de trabalhar com os indivíduos, considerados como alvos isolados, a educação radical busca atingir seus objetivos trabalhando com grupos. Há a expectativa de que o ambiente de grupo facilite o aumento da consciência crítica devido ao seu potencial para promover a troca de idéias entre os sujeitos. Acredita-se que o diálogo criado em tal contexto resulte numa conscientização coletiva sobre as condições de vida e na compreensão do potencial do indivíduo e do grupo para a promoção da mudança. A abordagem radical rejeita o uso da persuasão na promoção da mudança de comportamento. Isso não significa que as mudanças comportamentais estejam fora do seu rol de objetivos. A diferença entre o modelo tradicional e o modelo radical é que esse último busca, muito mais, a mudança social do que a transformação pessoal. A abordagem radical da educação em saúde tem a intenção de promover o envolvimento dos indivíduos nas decisões relacionadas à sua própria saúde e naquelas concernentes aos grupos sociais aos quais eles pertencem. Supõe-se que indivíduos conscientes sejam capazes de se responsabilizar pela sua própria saúde, não apenas no sentido da sua capacidade para tomar decisões responsáveis quanto à saúde pessoal, mas, também, em relação à sua competência para articular intervenções no ambiente que resultem na manutenção da sua saúde. Um outro pressuposto é o de que, para atingir tal nível de participação, o

processo educacional utilizado deve contemplar uma relação igualitária entre educando e educador, um reconhecendo o valor do outro no diálogo pedagógico estabelecido. Da mesma forma que a promoção da saúde, a educação em saúde radical enfatiza o poder como condição fundamental para o êxito do empreendimento educativo. Há, portanto, a necessidade de incorporar o *empowerment* de indivíduos e comunidades como condição *sine qua non* para o cumprimento dos objetivos da educação em saúde. É importante destacar que, na abordagem radical, o *empowerment* de indivíduos e comunidades vai além da promoção da conscientização, incluindo, também, o fornecimento de informações relevantes ao campo da saúde e habilidades vitais⁽⁷⁾. Nesse sentido, *empowered* indivíduos e *empowered* comunidades não são considerados exatamente a mesma coisa, embora mantenham uma relação de reciprocidade, isto é, um é pré-requisito do outro. Ser/estar *empowered* significa ter autonomia para fazer escolhas informadas, objetivo primordial da promoção da saúde. Apesar de o modelo radical ser teoricamente congruente com os propósitos da promoção da saúde, seu enfoque na promoção da autonomia através da educação não está isento de críticas. Essas têm tornado visível as contradições da promoção da saúde, evidenciadas na ênfase que se tem dado às intervenções comportamentais e no descaso para com as estruturais.

A autonomia e os problemas do modelo radical

Como já foi destacado anteriormente, mesmo com o apoio de uma instituição poderosa como a OMS, os educadores em saúde têm tido enormes dificuldades para aplicar os princípios da nova saúde pública e da promoção da saúde nas suas ações. E é a meta da promoção da autonomia individual que se constitui no maior entrave: "a consequência lógica de se aceitar a autonomia como meta é a de concordar que se as pessoas educadas optarem por agir de uma forma não saudável, então, desde que não se coloque em risco a liberdade dos outros, tal deve ser visto como resultado final aceitável de um processo educacional⁽²⁴⁾". A discussão sobre autonomia traz de volta a questão da autoridade, vista pelos críticos como um ponto problemático do modelo preventivo de educação em saúde. Por princípio, e em oposição à forma tradicional de se fazer educação em saúde, o modelo radical

não aceita imposições de qualquer tipo, por considerá-las antiéticas. 'Imposição' significa falta de respeito à vontade dos outros. Algumas questões emergem, então, como fundamentais para a análise dos limites e possibilidades de um modelo de educação em saúde proposto como investimento na autonomia das pessoas. Como lidar com as contradições surgidas da meta de promover, ao mesmo tempo, liberdade e saúde, sem impor determinados pontos de vista sobre o que é saúde e o que é liberdade? É possível respeitar as decisões individuais, levando em conta as repercussões da liberdade de escolha na saúde do indivíduo que escolhe? A questão a ser destacada não é, exatamente, a impossibilidade da promoção de escolhas, mas o objetivo da promoção concomitante da liberdade e da autonomia. As escolhas não ocorrem no vácuo, mas são feitas com referência ao contexto material e social em que são determinadas. O ambiente impõe limites às nossas escolhas diárias. Independentemente da ação direta dos educadores em saúde na promoção dessa ou daquela escolha relacionada à saúde, seria uma ilusão pensar no 'ato de escolher' como resultado de um estado de pura liberdade. Como os críticos da educação em saúde têm argumentado, é necessário reconhecer que, por detrás de decisões individuais, existe uma complexa combinação de fatores e elementos que influenciam tais decisões, elementos esses que, na sua maioria, não são passíveis de controle individual^(9,18). O objetivo do *empowerment* de indivíduos e comunidades como estratégia para a promoção de escolhas saudáveis, livres e racionais é problemático, considerando, principalmente, que tanto os indivíduos, quanto as comunidades, são sujeitados a normas e valores pré-determinados⁽¹⁸⁾. Em determinadas circunstâncias, a promoção de escolhas saudáveis, em ambientes que não são neutros, pode inclusive resultar mais num reforço às desigualdades sociais do que em emancipação^(7,18). Outro ponto problemático das metas do processo de *empowerment* no campo da promoção da e educação em saúde é o que diz respeito à aceitação acrítica da proposição de uma relação igualitária entre educadores e educandos. Qualquer processo de aprendizagem implica a ação de influências recíprocas entre o educador e o educando, o que quer dizer que a promoção de escolhas saudáveis através da educação não significa, exatamente, o investimento numa autonomia absoluta. Mesmo para os educadores mais conscientes dos objetivos da educação radical,

é difícil garantir que o contexto da ação educativa seja permeado por uma distribuição equânime de poder, entre ele, educador, e o sujeito da sua ação educativa. Na sua quase totalidade, os educadores em saúde são profissionais com formação em saúde e, como tais, são geralmente tidos como *experts, status* que pode dificultar a promoção da livre escolha. E, com respeito à 'natural' pressão do conhecimento dos profissionais da saúde sobre as escolhas das pessoas, também é importante ter em conta que a promoção de decisões autônomas é ainda mais complicada por envolver relações de classe, gênero, idade e raça. Se, por um lado, a base ética da promoção da saúde inclui o compromisso com a promoção da autonomia, por outro, o investimento em uma sociedade saudável implica que se exija das pessoas que elas valorizem a sua própria saúde e façam escolhas saudáveis ao invés de não-saudáveis. Como garantir que isso aconteça se o incentivo para que elas tomem as suas próprias decisões também ocupa um lugar de destaque na agenda? Alguns autores⁽²⁶⁾ sugerem que a resposta a tais questões está no desenvolvimento de uma política pública saudável, que resulte numa facilitação das escolhas saudáveis. Quaisquer que sejam os argumentos é importante notar que o imperativo do 'ser/ficar/manter-se saudável', permanece válido. O investimento na autonomia também tem sido visto como problemático no campo do desenvolvimento das comunidades. O *empowerment* das comunidades é contraditório em dois sentidos⁽³⁾. Em primeiro lugar, o termo *empowerment* está ligado a "significados individualistas de racionalidade, autonomia e responsabilidade". Em segundo lugar, *empowerment* implica a paternalista idéia da transmissão de poder de uma pessoa poderosa a outra sem poder. A conhecida dificuldade dos educadores em saúde das sociedades contemporâneas para superarem a abordagem individualista convencional também é um problema para o *empowerment* de comunidades. O modelo radical de educação em saúde permanece focalizado na aquisição de habilidades individuais e a expectativa é que tais habilidades resultem de um certo processo de treinamento no qual as pessoas aprendam formas 'adequadas' de pensar e fazer. Fora o efeito normalizador que essa ação tem tido nos grupos sociais, a educação em saúde tem atingido poucos resultados no *empowerment* de comunidades⁽³⁾. Um outro ponto destacado na literatura refere-se aos efeitos da dependência das

atividades de promoção da saúde, como a educação radical em saúde, da *expertise* científica e, portanto, das políticas estatais e ideologias capitalistas⁽²⁵⁾. O argumento é o de que "apesar de a promoção da saúde compartilhar a retórica com outros movimentos sociais [...] suas origens residem no Estado ao invés de desafiarem diretamente o Estado"⁽²⁵⁾. Em tais circunstâncias, o objetivo de promover *empowered* comunidades tende a ser abordado como um compromisso a curto prazo, como outros projetos estatais que raramente duram mais do que alguns anos⁽²⁵⁾. Destaca-se, ainda, que "esse paradoxo fundamental garante que as atividades da promoção da saúde, por toda a sua retórica sobre a mudança social e o desafio ao *status quo*, inevitavelmente fiquem limitadas nos seus objetivos e escopo políticos"⁽²⁵⁾. A influência do individualismo na educação radical em saúde está obviamente relacionada à sua ênfase no comportamento, o que implica um descaso pela abordagem estrutural proposta pela 'nova' saúde pública e pela promoção da saúde. A manutenção da mudança de comportamento como uma das metas da promoção da saúde acaba complicando a superação do já contestado e antigo modelo da educação em saúde, baseado na mudança de estilos de vida individuais, e a adoção de um novo paradigma educacional centrado na promoção de escolhas saudáveis. O reconhecimento de que as abordagens sobre estilos de vida podem culpar as vítimas pela sua 'má saúde', se usadas sem a devida consciência da influência do ambiente nos comportamentos relacionados à saúde, tem levado a OMS a enfatizar que é imperativo considerar que os padrões de comportamento humano são socialmente determinados. Para a Unidade de Educação em Saúde da OMS, "os modos de vida são padrões de escolhas (comportamentais) feitas a partir das alternativas disponíveis às pessoas, conforme suas circunstâncias socioeconômicas e suas facilidades para escolher certos modos de vida em detrimento de outros"⁽¹²⁾. A noção de construção social dos estilos de vida tem implicações adicionais⁽¹²⁾. Ela implica a idéia de que, no terreno da saúde, padrões de comportamento não são fixos, uma vez que são dependentes do fluxo da vida, que é dinâmico. Nesse sentido, a ênfase está na idéia de que "um estilo individual de vida é produzido nos [...] padrões de comportamento que são desenvolvidos através dos processos de socialização. Eles são aprendidos através de interações sociais com pais, colegas,

amigos e [...] da influência das escolas, da mídia etc. Eles são continuamente interpretados e testados em situações sociais e consequentemente não são fixos [...] mas sujeitos à mudança baseada na experiência e reinterpretação⁽¹²⁾. Aceitar esse argumento significa reconhecer que o social não é apenas o material social a partir do qual os padrões de comportamento são produzidos, mas é, também, a estrutura dentro da qual os comportamentos são situados. Considerados o caráter processual dos estilos de vida e a sua contingência social, pode-se concluir que os mesmos não são necessariamente controláveis pelo indivíduo.

A importância do reconhecimento dos limites da educação para a promoção da saúde

As críticas às propostas da 'nova' saúde pública parecem ser reveladoras das dificuldades em se trabalhar de acordo com os princípios de uma abordagem holística da saúde. Apesar da aceitação da idéia de que saúde é mais do que apenas ausência de doenças, nas sociedades ocidentais contemporâneas a educação em saúde ainda está direcionada à prevenção de doenças⁽³⁾. Como já destacado por alguns autores^(3,13) a diferença entre a educação em saúde e a 'nova' saúde pública talvez esteja "... mais numa mudança de designação do que numa verdadeira mudança de paradigma"⁽³⁾. Apesar das críticas, a saúde continua sendo vista, no terreno da 'nova' saúde pública e da promoção da saúde, de uma forma individualista⁽³⁾ e representada nessa nova abordagem, predominantemente, como uma questão de responsabilidade pessoal e uma indicação do 'bom' uso da autonomia individual. Ela é conceituada como resultado de uma racional tomada de decisão quanto ao comportamento pessoal, o que pressupõe que o conhecimento esteja diretamente relacionado à mudança de comportamento. Tal lógica tem sido aplicada a muitos dos problemas de saúde pública na contemporaneidade, vistos como solucionáveis através do ensino sobre que comportamentos são adequados para a manutenção do 'natural e original' estado de saúde de todos nós. A promoção da saúde tem enfrentado grandes desafios, criados pelas suas próprias e contraditórias proposições. Como promover a livre escolha e, ao mesmo tempo, objetivar o esclarecimento sobre o que se constitui em escolha saudável através da educação? O fornecimento de informações relativas à saúde não restringe a possibilidade da liberdade? Não é verdade que a livre escolha é incompatível com a pré-determinação das

opções possíveis, como aquelas baseadas na definição biomédica de saúde? Como esquecer o conhecimento científico dos determinantes da saúde e aceitar concepções alternativas que possam estar informando as escolhas individuais? Como aceitar a autonomia das pessoas, quando as escolhas que elas fizerem não forem compatíveis com um viver saudável, esse último definido no campo da medicina e áreas afins? Como promover uma autônoma tomada de decisões, sem advogar certas rationalidades e repreender outras? Essas são questões que emergem do próprio projeto da 'nova' saúde pública, enredada entre concepções tradicionais e propostas inovadoras. Quem sabe, considerados

os limites conceituais e epistemológicos da promoção da saúde, seja impossível respondê-las e complicado desenvolver uma atitude crítica com relação aos dilemas éticos que delas emergem. Enquanto se procuram respostas e caminhos alternativos, as crescentes e sempre importantes vulnerabilidades de indivíduos e grupos no campo da saúde, continuam a pressionar os profissionais da 'nova' saúde pública a encarar as complexidades da promoção da saúde (e do seu projeto educativo), a driblar os seus possíveis conflitos ético-teóricos e a continuar a trabalhar, como sempre fizeram, de acordo com a idéia de que "se o sapato não serve, deve haver algo errado com o seu pé"(27).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Macdonald G, Robin B. Health promotion: discipline or disciplines? In: Bunton R., Macdonald G. *Health promotion: disciplines and diversity*. London (UK): Routledge; 1995.
2. Minkler M. Health education, health promotion and the open society: a historical perspective. *Health Educ Q* 1989; 16(1):17-29.
3. Lupton D. The imperative of health: public health and the regulated body. London (UK): SAGE, 1995.
4. World Health Organization. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO; 1986.
5. Santos JLF, Westphal MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos Avançados* 1999; 13(35):71-88.
6. Vitela EM, Mendes, IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Rev Latino-am enfermagem* 2003 julho-agosto; 11(4):525-31.
7. Tones K, Tilford S. *Health education: effectiveness, efficiency and equity*. 2 ed. London (UK): Chapman & Hall; 1994.
8. Akerman M, Mendes R, Bógus CM. É possível avaliar um imperativo ético? *Ciência e Saúde Coletiva* 2004 julho-setembro; 11(3):605-13.
9. World Health Organization. *Health Education Unity. Lifestyles and health*. In: Beattie A, Gott M, Jones L, Sidell M, organizers. *Health & wellbeing: a reader*. London (UK): Open University Press; 1994.
10. Potvin L, Haddad S, Frohlich KL. Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. In: WHO. *Europe evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Copenhagen (Denmark): WHO - Europe; 2001. p. 45-62.
11. Petersen A, Lupton D. *The new public health: health and self in the age of risk*. London (UK): Sage; 1996.
12. Rose N. *Governing the soul: the shaping of the private self*. London (UK): Routledge; 1989.
13. Rawson D, Grigg C. *Purpose and practice in health education*. London (UK): South Bank Polytechnic/HEA; 1988.
14. Rodmell S, Watt A. *Conventional health education: problems and possibilities*. In: Rodmell S, Watt A, organizers. *The politics of health education: raising the issues*. London (UK): Routledge & Kegan Paul; 1986.
15. Crawford R. You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. *Int J Health Services* 1977; 7(4):663-80.
16. Torres GV, Enders BC. Atividades educativas na prevenção da AIDS em uma rede básica municipal de saúde: participação do enfermeiro. *Rev Latino-am Enfermagem* 1999 abril; 7(2):71-7.
17. Naidoo J. Limits to individualism. In: Rodmell S, Watt A. *The politics of health education*. London (UK): Routledge; 1986.
18. Thorogood N. What is the relevance of sociology for health promotion? In: Bunton R, Macdonald G. *Health promotion: disciplines and diversity*. London (UK): Routledge; 1995.
19. Oliveira D. *Adolescent Women Talk About HIV/AIDS Risk: reconceptualizing risky sex - what implications for health promotion?* [thesis]. London (UK): University of London; 2001.
20. Illich I. *Limits to medicine - medical nemesis: the expropriation of health*. London (UK): Penguin Books; 1990.
21. Bunton R, Nettleton S, Burrows R. *The sociology of health promotion: critical analysis of consumption, lifestyle and risk*. London (UK): Routledge; 1995.
22. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. São Paulo (SP): Paz e Terra; 2001.
23. Beattie A, Gott M, Jones L, Sidell M. *The changing boundaries of health*. In: *Health & wellbeing: a reader*. London (UK): Open University; 1993.
24. Weare K. The contribution of education to health promotion. In: Bunton R, Macdonald G. *Health promotion: disciplines and diversity*. London (UK): Routledge; 1995.
25. Lupton D. *Technologies of Health: contemporary health promotion and public health*. In: *The imperative of health*. London (UK): Sage; 1995
26. Jones L, Cribb A. Ethical issues in health promotion. In: Katz J, Peberdy A. *Promoting health: knowledge and practice*. London (UK): Macmillan; 1997.
27. Caplan N, Stephen ND. On being useful: the nature and consequences of psychological research on social problems. *Am Psychol* 1973; 28(3):199-211.