ENFOQUES SOBRE EDUCAÇÃO E SAÚDE

Eduardo Navarro Stotz*

A palavra “enfoque” tem o sentido explícito de por algo em foco, de fazer voltar a atenção para algo ou alguma coisa. Ao adotar este entendimento da palavra, o texto que o leitor terá a oportunidade de ler a seguir pretende ser uma aproximação à área de saber denominada Educação e Saúde, com a intenção de apresentar os diferentes enfoques ou modos como esta área lida com os problemas de saúde da população.

O que se entende por Educação e Saúde e quais são os seus fundamentos

A **Educação e Saúde** é, do ponto de vista dominante e tradicional, uma área de saber técnico, ou seja, uma organização dos conhecimentos das ciências sociais e da saúde voltada para “instrumentalizar” o controle dos doentes pelos serviços e a prevenção de doenças pelas pessoas.

O aspecto principal desta orientação reside na apropriação, pelos educadores – profissionais e técnicos em saúde – do conhecimento científico-técnico da biomedicina (ou medicina ocidental contemporânea) sobre os problemas de saúde que são, a seguir, repassados como normas de conduta para as pessoas.

O modelo explicativo dos problemas de saúde vigente atualmente é o da multicausalidade do processo de adoecer e morrer, mas as respostas encaminhadas assumem, via de regra, o sentido da causalidade linear. Assim, embora se saiba que as pessoas se tornam diabéticas em razão de problemas que são tanto imunológicos, como emocionais e sociais, estes são reduzidos à sua dimensão fisiopatológica. É por isto que um autor (Vuori, 1987) afirmou que a educação sanitária (termo que aqui vai ser usado no duplo sentido de educação em saúde e de educação para a saúde) define-se como um ramo ou método da medicina preventiva.

Em texto escrito em 1990, afirmamos (Stotz, 1993) que “embora nem todos possam concordar com essa afirmação, parece caber razão ao autor quando observa que a maioria dos educadores sanitários, em muitos países, adota as bases filosóficas da medicina. Esse domínio da medicina sobre a educação sanitária expressa-se, segundo o mesmo autor, no conteúdo da formação, posto que ‘os problemas são definidos sob o ponto de vista médico e os diagnósticos proporcionam o ponto de partida. As atividades de educação sanitária são afins a esse padrão de problemas medicamente definidos que freqüentemente terminam em programas e campanhas fragmentadas, focalizadas em um problema apenas’.”

Vale dizer ainda que as bases filosóficas da biomedicina compreendem, de acordo com o autor citado, os seguintes princípios componentes:

- a) o homem como manipulador da natureza, com direito a manipulá-la em seu próprio proveito;
- b) o homem separado do seu meio ambiente e elevado a objeto exclusivo de investigação médica;
- c) uma visão mecanicista do homem que exige enfoque manipulador de engenharia para restaurar a saúde e que enfatiza o papel das ciências naturais no estudo do homem e suas doenças;
- d) o conceito ontológico da doença que fundamenta o estudo das doenças sem ter em conta os fatores relacionados com o hospedeiro.

* Sociólogo e historiador, pesquisador em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Membro da Rede de Educação Popular e Saúde.

No artigo *A biomedicina* Kenneth Rochel de Camargo Junior ressalta um princípio que Vuori não contempla explicitamente, a saber, o de que a biomedicina implica, por sua vinculação ao imaginário científico correspondente à racionalidade da mecânica clássica "...a produção de discursos com validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral, não se ocupando de casos individuais..." (Carmargo Jr, 1997).

Este caráter generalizante das proposições da biomedicina leva, por outro lado, à exclusão das racionalidades médicas alternativas ou concorrentes, como a homeopatia e outras medicinas holísticas.

O modelo de ser humano da biomedicina é o organismo humano, uma abstração analítico-mecanicista construída ao longo do tempo da modernidade, isto é, da organização da sociedade fundada no modo de produção capitalista e no desenvolvimento correspondente das práticas científicas, políticas e institucionais que lhe deram forma e legitimidade a partir do século XVII até os nossos dias.

Do ponto de vista filosófico, a visão que acompanha estas transformações é a do racionalismo, proposta na França, por Descartes, na Inglaterra por Hobbes e na Holanda por Spinoza durante o século XVII.

Na obra *Discurso sobre o Método*, de Descartes, a razão é transformada no critério decisivo sobre a variação infinita da realidade e dos nossos juízos sobre ela. Ao dizer que somente não posso duvidar de que penso, Descartes disse algo mais: que sentimos o mundo com o corpo, mas a mente é que produz o conhecimento sobre o mundo. A separação entre mente e corpo proposta pelo filósofo já implicava a idéia de que somos um complexo mecanismo. O poder conferido à razão implicava na formulação da idéia de verdade e erro, de ciência e senso comum e estava associada à idéia de política como expressão da ação racional dos seres humanos.

Esta concepção somente foi possível porque pressupunha, por outro lado, uma compreensão do próprio homem como um indivíduo livre de qualquer dependência pessoal, uma compreensão radicalmente nova que estava nascendo como resultado do comércio de longa distância entre as cidades em várias regiões da Europa e o resto do mundo, desde fins do século XV e inícios do XVI.

Michel Foucault destacou no pequeno e instigante ensaio "O nascimento da Medicina Social", a vinculação entre o indivíduo abstrato e racional dos filósofos e a idéia de corpo e de organismo dos médicos, amparada na anatomia e fisiopatologia, somente pode desenvolver-se quando o problema da saúde surgiu no nível do controle da força de trabalho industrial, na Inglaterra em meados do século XIX. (**Foucault, 1985**)

Deve-se lembrar também que a sociedade organizada sob o modo de produção capitalista gerou movimentos antagônicos, na medida em que o crescimento da força de trabalho assalariada, ao expressar-se em termos de reivindicação por redistribuição da riqueza e participação política, suscitou a oposição da classe capitalista. Os séculos XIX e XX foram marcados por convulsões e revoluções sociais que colocaram em questão o domínio absoluto das leis do mercado capitalista.

Uma corrente de esquerda surgiu no campo da saúde, emergindo com as primeiras manifestações revolucionárias da classe operária: Guérin, na França e de Neumann e Virchow, na Alemanha foram os pensadores sociais da saúde cujos nomes aparecem vinculados às jornadas revolucionárias que atingiram seu ponto culminante em 1848. Quase um século depois, este pensamento foi retomado por Sigerist, nos Estados Unidos anos 30 -40 e por Juan César Garcia, na América Latina. Esta corrente de pensamento da esquerda socialista na área da saúde tornou-se conhecida como Medicina Social. Para estes pensadores, os fenômenos do adoecimento e da mortalidade sempre foram biológicos e sociais e as intervenções para enfrenta-las deviam contemplar estes determinantes.

A Medicina Social foi, contudo, uma corrente de oposição minoritária dentro da sociedade capitalista. O que prevaleceu foi a biomedicina e a Educação e Saúde foi tributária dos pressupostos desta racionalidade médica.

Os sinais individuais e coletivos do sofrimento

Do ponto de vista das implicações técnicas das ciências da saúde, quer dizer, para o controle dos doentes e a prevenção das doenças, o conceito mais importante é, sem dúvida, o de normal e de patológico. (Camargo Jr, 1997). Esta distinção – que para Georges Canguilhem, um dos primeiros mestres da Filosofia da Ciência do século XX, é operacional e não conceitual – foi o resultado da afirmação do saber científico sobre a experiência da doença, da ciência sobre o senso comum, possível graças a conceitos genéricos como os de meio interno, de homeostase e de metabolismo, vinculados ao modo de funcionamento do organismo. O organismo, por sua vez, foi visto como um conjunto de sistemas, cada qual com funções próprias, como o sistema nervoso e o digestivo. As disciplinas foram se constituindo para analisar cada aspecto do funcionamento dos sistemas específicos, como a neurologia e a gastroenterologia

A Educação e Saúde, na medida em que é, como vimos, um saber técnico, incorpora em seu arcabouço outros saberes disciplinares, contribuições de outras ciências. Assim, veja-se a seguinte análise (Cordeiro apud Fleury, 1985) da contribuição da sociologia funcionalista de Talcott Parsons para o controle dos doentes e a prevenção das doenças:

“Como elemento central no processo de definição da doença, e por conseqüência, das formas de consumo de saúde, está a delimitação da normalidade, sendo esperado que os indivíduos desviantes adotem certas condutas destinadas a restaurar o padrão normal.”

O doente é um “desviante” que precisa assumir o seu papel de paciente e que, ao seguir a prescrição médica, pode retomar a sua condição normal.

É evidente que a redução dos problemas de saúde à sua dimensão biopsicológica traz como conseqüência a possibilidade de culpabilizá-lo pelo seu sofrimento, possibilidade tanto maior quanto maiores as “evidências” da medicina baseada em estudos epidemiológicos de que os problemas de saúde atuais têm sua causa nos chamados comportamentos individuais de risco (vida sedentária, consumo de gorduras, açúcares, álcool, fumo, etc.).

Mas em que medida esse tipo de correlação é correto?

Vale abrir aqui um parêntese sobre a relação entre o individual e o coletivo no processo saúde-doença, aproveitando o texto anteriormente citado (Stotz, 1993):

“A saúde e a perda da saúde são fenômenos ou processos referidos a indivíduos normalmente representados por um estado de ‘bem-estar’ e de felicidade que em certo momento se transforma em sofrimento e infelicidade. Para os indivíduos, o sentimento associado a tais representações é o de poder físico e mental, e de dignidade ou, inversamente, de perda de poder e de controle sobre si próprios”.

No texto procura-se chamar atenção para o fato de que a doença, fenômeno intimamente ligado à vida privada dos indivíduos, raramente é um caso isolado posto que “processos semelhantes verificam-se em outras pessoas e são expressão de dificuldades sociais em suas vidas”.

O problema é que as relações entre os problemas percebidos no nível individual e os de sua relação mais ampla e determinação ou condicionamento social não são facilmente percebidas e compreendidas pelos indivíduos:

“A própria percepção da doença é influenciada pela posição social e pela cultura do grupo social de referência dos indivíduos. Há sinais que são identificados como doenças, vistos como expressão desviante de uma normalidade biológica; outros não. E mesmo quando identificados enquanto doenças, os sinais nem sempre são

reconhecidos nos indivíduos doentes e tampouco seu caráter coletivo é assumido”.

“Se, como afirma ainda Berlinguer, os sinais podem ser tanto ocultados como distorcidos, fica mais difícil estabelecer espontaneamente os possíveis nexos entre os distúrbios vivenciados e as condições sociais nas quais vivem os indivíduos”.

Daí a importância de se entender as dificuldades que as pessoas têm de andar sua própria vida, vinculando, por meio da escuta e do diálogo, as experiências com as formas de enfrentar o adoecimento – a hipertensão arterial, o diabetes, os transtornos mentais leves - via de regra decorrentes da desorganização da vida em razão de desemprego, insuficiência de renda, violência social, perda de ou rupturas na relação com pessoas queridas. Sim, porque há itinerários percorridos pelas pessoas em busca de solução para os seus problemas e que ajudam a formular diagnósticos prévios, a incorporar terapêuticas e a afirmar valores de vida saudável.

O papel dos serviços de saúde

Contudo a medicina institucionalizada nos serviços de saúde não pode agir desta forma de modo espontâneo. E, no seu interior, a educação em saúde, assim denominada porque, na preposição “em” afirma-se o vínculo com os serviços de saúde, foi destinada a desempenhar um importante papel em termos de controle social dos doentes e/ou das populações “de risco”.

O âmbito da educação em saúde é relativamente amplo. Inclui desde técnicas destinadas a assegurar a adesão às terapêuticas – lidar com o abandono do tratamento, com a “negociação” da prescrição médica pelos pacientes – até aquelas outras, orientadas para a prevenção de comportamentos “de risco”, a exemplo da gravidez precoce, o consumo de drogas legais (álcool, tabaco) e ilegais (maconha, cocaína), a falta de higiene corporal, o sedentarismo e a falta de exercício físico.

As condições e as razões que levam as pessoas a adotar estes comportamentos ou atitudes ficam à margem das preocupações da maioria dos profissionais dos serviços e dos técnicos com responsabilidade gerencial. São dimensões que estão “fora” do setor saúde. Aplica-se simplesmente a norma: você tem isso, deve fazer aquilo. A solução consiste em seguir a norma, no caso, consumir medicamentos, cumprir prescrições.

O raciocínio vale igualmente para situações epidêmicas, como podemos observar a partir da primeira epidemia de dengue ocorrida na cidade do Rio de Janeiro, em 1987: o problema é o vizinho descuidado (geralmente uma pessoa pobre), porque não tampa os reservatórios de água para evitar a entrada e deposição dos ovos do mosquito *Aedes Aegypti*. A falta de água corrente não entra neste raciocínio, bem como não se consideram os grandes criadouros do mosquito, a saber, os terrenos baldios, as piscinas sem tratamento, os cemitérios, os depósitos de automóveis e ferros-velhos abandonados.

Compensar, no nível individual, problemas de caráter social – eis o papel fundamental a que os serviços de saúde são chamados a desempenhar. Os serviços de saúde são como Singer, Campos e Oliveira (1988) denominaram serviços de controle social, cuja finalidade consiste em prevenir, suprimir ou manipular as contradições geradas pelo desenvolvimento capitalista no âmbito da vida social, contradições que aparecem sob a forma de “problemas” de saúde. O sistema de atenção médica funciona, na sociedade capitalista, como uma forma de compensar, no nível individual, problemas ou condições sociais que apontam para situações socialmente injustas do ponto de vista da saúde. O que acarreta, objetivamente, a legitimação da ordem social capitalista (Navarro, 1983).

O valor social da saúde

O papel dos serviços varia conforme os valores sociais da saúde e que orientam a perspectiva de atuação dos profissionais de saúde. Assim, é importante constatar que o ideal da saúde como *um estado de bem estar físico, psíquico e social dos indivíduos* proposto pela Organização Mundial da Saúde em 1946, era expressão de um imaginário coletivo em busca de uma sociedade de bem-estar social, uma vez que qualquer indivíduo, independente de cor, situação sócio-econômica, religião, credo político, *devia* ter saúde e, para tanto, a sociedade tinha a *obrigação* de mobilizar seus recursos para promovê-la e preservá-la.

Entretanto, desde meados dos anos 80, em conseqüência da precarização dos vínculos no mercado formal de trabalho e do enfraquecimento dos estados-nacionais, principalmente na periferia do sistema capitalista, ao lado da ênfase no papel dos indivíduos em prover uma vida mais saudável, a concepção de saúde adquiriu crescentemente o sentido de um *projeto* que remete aos usos sociais do corpo e da mente.

Do ponto de vista histórico, passamos a viver numa época em que a representação sobre a saúde e a vida saudável deslocou-se do âmbito do direito social para o de uma escolha individual. Neste projeto admite-se a impossibilidade de uma plenitude, deixando patente que os indivíduos devem conviver, de acordo com a sua posição social, seus pertencimentos de gênero, etnia ou raça, ou seja, suas *diferenças*, com diversos graus de sofrimento, incapacidade ou mesmo de doença. A concepção de saúde (a noção do que deva ser saúde) passou a ser socialmente demarcada, em termos positivos, pelas aspirações individuais ou de grupos, construídas consensualmente ou impostas, em torno de ideais de vida saudável e, no limite negativo, pela doença, incapacidade ou sofrimento admitidos de acordo com os papéis e status dos indivíduos.

Esta noção de saúde é a expressão ideológica do liberalismo. A saúde tem de ser um *quid pro quo*, um valor de troca ou um bem mercantilizável, o que implica o abandono dos processos estatais de proteção ou de recuperação da saúde prestada de modo universal e gratuita. O paradoxo da época em que vivemos é exatamente deixar para o âmbito da proteção estatal – sob a forma de políticas focalizadas – a situação especial dos grupos que vivem nos limites da marginalidade social, estruturalmente incapazes de prover sua própria subsistência numa sociedade de mercado. E isto, vale lembrar, tomou o nome de *equidade em saúde*.

Diferentemente do que acontece na maioria dos países nas Américas, entre nós brasileiros, o valor da saúde é formal e institucionalmente definido como um direito social. No Brasil, contudo, vivemos o paradoxo do direito à saúde ser um direito social, definido em termos do princípio da solidariedade social que, como diz o artigo 196 da Constituição, exige políticas sociais e econômicas que visem reduzir o risco de doenças e outros agravos à saúde, enquanto o sistema organizado para garantir este direito responde (precariamente, com baixa resolutividade) à doença no plano individual.

Enfoques de Educação e Saúde

Nesta seção vamos examinar os enfoques educativos, lançando mão da tipologia proposta por Tones, um autor usado no texto escrito em 1990, citado acima (Stotz, 1993).

O enfoque educativo predominante nos serviços de saúde, durante décadas praticamente exclusivo, é o *preventivo*.

Os pressupostos básicos desse enfoque são o de que o comportamento dos indivíduos está implicado na etiologia das doenças modernas (crônico-degenerativas),

comportamento visto como fator de risco (dieta, falta de exercício, fumo etc.) e também o de que os gastos com assistência médica têm alta relação em termos de custo-benefício.

Nesse enfoque, não obstante a crítica de que a medicina curativa teria fracassado em lidar com os problemas de saúde comunitários, a educação orienta-se segundo o "modelo médico". De fato, dada a associação entre padrões comportamentais e padrões de doença, cabe, nessa perspectiva, estimular ou persuadir as pessoas a modificar esses padrões, substituindo-os por estilos de vida mais saudáveis. Elabora-se uma série de programas cujo conteúdo é extraído da clínica médica e/ou da epidemiologia. A educação sanitária preventiva lida com "fatores de risco" comportamentais, ou seja, com a etiologia das doenças modernas. A eficácia da educação expressa-se em comportamentos específicos como: deixar de fumar, aceitar vacinação, desenvolver práticas higiênicas, usar os serviços para prevenção do câncer, realizar exames de vista periódicos. O repasse de informação, normalmente por meio da consulta ou, em grupos, de palestra seguida ou não de perguntas e respostas é o procedimento típico do preventivismo.

O preventivismo fundamentado na clínica serve para justificar métodos de controle que, além de desconhecer os pacientes como sujeitos, inferiorizam-nos com a generalização do método da administração supervisionada de dosagem (DOT), oriundo dos tratamentos psiquiátricos. Os programas de controle da tuberculose passaram a adotar este procedimento estrito, mas quando se vê que o financiamento das ações de controle da hipertensão arterial se baseia no número de grupos que ouvem palestras, têm consultas agendadas e recebem medicamentos, percebe-se a presença da mesma lógica.

Com a instituição do Programa de Saúde da Família em 1994, com a proposta de ampliar a cobertura de serviços e de mudar o modelo de atenção à saúde no Brasil, o preventivismo deixou de ser exclusivo. Pode-se dizer que um novo enfoque começou a ser desenvolvido, o chamado enfoque **da escolha informada** que enfatiza o lugar do indivíduo, sua privacidade e dignidade, propondo uma ação com base no princípio da eleição informada sobre os riscos à saúde. Nos sistemas municipais onde houve a preocupação em humanizar o atendimento, o profissional de saúde preocupou-se praticamente em compartilhar e explorar as crenças e os valores dos usuários dos serviços a respeito de certa informação sobre saúde, bem como discutir suas implicações. É importante assinalar que a eficácia do enfoque **da escolha informada** pressupõe simplesmente a demonstração de que o usuário tenha uma compreensão genuína da situação.

Em alguns casos, tentativas de promover a saúde de grupos populacionais como a dos idosos, levou alguns profissionais a assumir o enfoque de **desenvolvimento pessoal** que adota, em linhas gerais, as mesmas proposições do *educativo*, aprofundando-as no sentido de aumentar as potencialidades do indivíduo. Assume-se ser fundamental, facilitar a eleição informada, desenvolvendo destrezas para a vida, a exemplo da comunicação, do conhecimento do corpo, da gestão do tempo para cumprir a prescrição médica, de ser positivo consigo mesmo e de saber trabalhar em grupos. Certamente tais destrezas incrementam a capacidade individual para controlar a vida e a recusar a crença de que a vida e a saúde estão controladas desde o "exterior" (destino, homens poderosos).

Estes últimos enfoques reconhecem, ainda que não de modo cabal e com todas as conseqüências, as dificuldades para uma eleição informada. De um modo geral, porém, os dois enfoques pressupõem indivíduos livres e em condições 'de realizar a "eleição informada" de comportamentos ou ações. Sabemos, entretanto, que a maioria absoluta da população (no caso de países como o nosso) ou uma parcela ponderável desta (nos países desenvolvidos) não se encontra em condições de fazer tal eleição. Tomemos o exemplo do tabagismo: para os indivíduos de classe média, com uma

prevalência de algo em torno de 25% de homens fumantes, é bastante plausível supor uma predisposição para valorizar a substituição de um prazer imediato pela promessa de uma vida mais saudável no futuro. Essa possibilidade está inscrita nas suas condições de vida. O mesmo não se dá com os operários não especializados, onde a prevalência do tabagismo alcança 60%.

Os enfoques até aqui analisados baseiam-se na assunção da responsabilidade individual sobre a ação e no aperfeiçoamento do homem através da educação. Vuori afirma que enfoques desse tipo têm características individualizantes, parciais e corretivas frente a problemas que requerem predominantemente soluções sociais e holísticas.

Este tipo de enfoques de Educação e Saúde acaba por contribuir, portanto, para que os governos enfrentem os limites da assistência médica em lidar com os problemas de saúde da população e reforça a própria ordem social, pois transferem aos indivíduos a responsabilidade por problemas cuja determinação se encontra nas relações sociais e, portanto, na própria estrutura da sociedade.

Alternativamente a estes, o enfoque **radical** parte exatamente da consideração de que as condições e a estrutura social são causas básicas dos problemas de saúde. Os seus defensores são os herdeiros da medicina social do século XIX (Neumann, Virchow e Guérin), que se colocam, via de regra, na perspectiva educativa orientada para a transformação das condições geradoras de doenças. A educação sanitária é vista como uma atividade cujo intuito é o de facilitar a luta política pela saúde. O âmbito da ação, sendo o da luta política, envolve o Estado. E a intervenção deste, através de medidas legislativas, normativas e outras, pode modificar as condições patogênicas. Somente dessa forma, acreditam os defensores do enfoque radical, é possível apoiar escolhas que conduzam à saúde (Vuori) ou superar posturas que culpabilizam a vítima (Navarro). Observe-se que, em função das próprias premissas, o enfoque radical assemelha-se ao preventivo quanto à relevância da persuasão como princípio orientador da ação educativa.

Como pertinentemente observa Tones, promover mudanças políticas, econômicas e sociais pode ser uma "tarefa gigantesca", embora nem sempre implique, como supõe o autor, posturas pouco operacionais ou compromissos de nível subversivo.

Por outro lado, o enfoque **radical** desconhece a dimensão singular dos problemas de saúde, na medida em que não resolve adequadamente a dialética do individual e do social no campo da saúde pública. A dimensão do sofrimento individual e do direito da pessoa à saúde não pode ser secundarizada (ou mesmo esquecida) pela ênfase dada ao caráter social da doença e da necessidade das políticas públicas na área da saúde. Gastão Wagner Campos, citando a colocação de Lilia Schraiber e outros autores de que para a epidemiologia a tuberculose é um "objeto singular" e não "plural", observa que a abordagem deveria partir de uma "relação mais dinâmica entre o individual e o coletivo" e não, como fazem os autores, "de preconceitos que tentam anular a relação entre essas *duas* dimensões"; ademais, a constituição desse "objeto" (a tuberculose) depende da relação entre indivíduos, grupos e classes sociais com os serviços de saúde, o sistema produtivo e de consumo, o saber médico-sanitário etc. E por isso mesmo a tuberculose nunca é apenas um "objeto singular" mas "um fenômeno *também* plural, como é o caso clínico em cada contexto específico" (Campos, 1991).

As necessidades de saúde são, portanto, necessidades de milhões de *indivíduos* e, ao mesmo tempo, necessidades *coletivas*. Ademais, estas necessidades somente podem ser satisfeitas como necessidades sociais. A questão está em saber, então, como organizar as práticas de saúde de modo a contemplar a dialética do individual e do coletivo.

A educação popular e saúde

A opção por qualquer desses enfoques depende, evidentemente, da posição de cada um a respeito do que considera social e politicamente relevante e cientificamente fundamentado. Mas na vida nem sempre uma opção exclui totalmente as outras. A não-medicalização de certos problemas humanos é um dos exemplos de possível aproximação entre os enfoques de **desenvolvimento pessoal e radical**. Alguns dos esforços centrados no ensino de atitudes para proporcionar saúde são motivados pelo desejo de libertar as pessoas da dependência dos médicos e de capacitá-las a fazer coisas que provavelmente farão melhor do que (ou tão bem como) por meio dos profissionais de saúde. A luta contra a medicalização aparece no enfoque radical relacionada ao desenvolvimento da consciência sobre as condições que estão - como se diz no jargão - nos "limites do setor saúde".

A **educação popular e saúde** é outro dos enfoques que, a nosso ver, traz elementos da síntese apontada no parágrafo anterior. Mas, como observa Eymard Vasconcelos, trata-se menos de uma teoria do que de uma reflexão que se desenvolve a partir de práticas diversas, ao longo dos últimos 30 anos (Vasconcelos, 2001). Não por acaso o autor denomina a educação popular e (em) saúde como um movimento social de profissionais, técnicos e pesquisadores empenhados no diálogo entre o conhecimento técnico-científico e o conhecimento oriundo das experiências e lutas da população pela saúde.

Este movimento, composto de diferentes correntes de pensamento (cristianismo, humanismo, socialismo) cuja convergência é dada pelo compartilhamento dos princípios da Educação Popular formulados por Paulo Freire, apóia-se numa diversidade muito grande de experiências, recolhidas e sistematizadas a partir de problemas de saúde específicos no âmbito dos serviços de saúde, dos locais de moradia, dos ambientes de trabalho.

O adjetivo popular presente no enfoque da **educação popular e saúde** não se refere ao público, mas à perspectiva política com a qual se trabalha com a população, o que significa colocar-se a serviço dos interesses dos oprimidos da sociedade em que vivemos, na maioria das vezes pertencentes às classes populares, bem como de seus parceiros, aliados e amigos. A educação popular considera que a opressão não é apenas dos capitalistas sobre os assalariados e os trabalhadores em geral; mas também a opressão sobre a mulher, os homossexuais, os indígenas, os negros. (Vasconcelos, 2003).

O traço fundamental da **educação popular e saúde** está no método: o fato de tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior das classes populares. Na saúde isto significa considerar as experiências das pessoas sobre o seu sofrimento e dos movimentos sociais e organizações populares em sua luta pela saúde nas comunidades de moradia, de trabalho, de gênero, de raça e etnia. Ponto de partida significa reconhecimento, palavra que tem o sentido de admitir um outro saber, tão válido no âmbito do diálogo quanto o saber técnico-científico.

Como ressalta ainda Vasconcelos (2003), apesar do conhecimento fragmentado e pouco elaborado que as pessoas comuns têm sobre a saúde, a valorização do saber popular permite a "superação do grande fosso cultural existente entre os serviços de saúde e o saber dito científico, de um lado, e a dinâmica de adoecimento e cura do mundo popular, de outro".

Do que se está a falar? Das incompreensões e mal-entendidos, dos preconceitos, das opiniões divergentes que caracterizam as relações entre profissionais de saúde e usuários, entre técnicos e população. Na raiz deste processo está o "biologicismo, o autoritarismo do doutor, o desprezo pelas iniciativas do doente e seus

familiares e da imposição de soluções técnicas restritas para problemas sociais globais que dominam na medicina atual”.

É importante entender também que o próprio conhecimento técnico-científico é limitado, seja porque desconhece as causas de boa parte das doenças crônico-degenerativas, seja porque os tratamentos propugnados não acarretam cura e ainda provocam, em muitos casos, efeitos adversos.

Daí a relevância da problematização que, no enfoque da educação popular, implica a identificação de questões de modo inseparável dos meios ou recursos de que tanto os serviços como grupos populares envolvidos dispõem para tentar responde-las. Na medida em que estão em interação grupos sociais distintos inclusive pela forma de conhecer, uma abordagem comum dos problemas de saúde implica na elaboração de uma base conceitual comum para pensar estes problemas. A noção de cuidado em saúde é um dos conceitos com maior poder de integração, mas certamente os movimentos e organizações não-governamentais é que propõem pensar tais cuidados em termos das relações das pessoas, dos pertencimentos e identificações no meio das comunidades nas quais se incluem.

Por último, vale chamar atenção para o fato de que a saúde no nível dos indivíduos, das populações e ambiental tem características de complexidade em termos de estudo, de incerteza quanto às soluções propostas e de elevado impacto sobre a vida que não pode mais ser vista como uma área restrita ao domínio dos cientistas e técnicos. Esta é a proposta para uma “ciência pós-normal” que já não pode desconhecer “as questões mais amplas de natureza metodológica, social e ética suscitadas pela atividade [da ciência] e seus produtos” (Funtowicz e Ravetz, 1997; 222). A ampliação desta comunidade para incluir entre outros pares, pacientes e seus familiares, organizações dos portadores de patologias, movimentos que militam na área da saúde e representantes dos usuários nos conselhos de saúde.

Em consequência destes compromissos, os participantes do movimento da **educação popular e saúde** precisam aprender a desenvolver formas compartilhadas de conhecimento entre técnicos, profissionais, pesquisadores e população (Carvalho, Acioli e Stotz, 2001). Várias técnicas podem ser usadas a serviço deste processo. Porém, mais importante do que o uso das técnicas é o processo em si, a possibilidade das pessoas manifestarem-se como sujeitos e de sentirem-se capazes de ajudar a encontrar novas soluções ali onde muitas vezes as certezas absolutas tornam-se obstáculos para o desenvolvimento das possibilidades da própria vida.

Certamente o alcance de iniciativas de educação popular será tanto maior quanto mais estiveram articuladas em redes sociais. A interação social e, portanto, a comunicação dialógica, tornou-se uma necessidade imprescindível para lidar com a complexidade, a incerteza e o elevado impacto das ações de saúde.

O resultado deste processo no âmbito dos serviços e do sistema de saúde será a produtividade social, porque os recursos públicos, orientados de modo a garantir ações de saúde integral, resultarão de fato nas melhores formas de encaminhar os problemas de saúde e de garantir qualidade de vida à população.

Uma advertência final sobre os riscos de assumir uma defesa abstrata de qualquer enfoque de educação e saúde, inclusive da educação popular, aparece na seguinte passagem do texto de Eymard Vasconcelos citado aqui:

“Educação Popular não é veneração da cultura popular. Modos de sentir, pensar e agir interagem permanentemente com outros modos diferentes de sentir, pensar e agir. Na formação de pessoas mais sabidas, devem ser criadas oportunidades de intercâmbio de culturas. E as pessoas mudarão quando desejarem mudar e quando tiverem condições objetivas e subjetivas de optar por um outro jeito de viver. Certamente não pretende formar pessoas mais sabidas quem tenta impor uma cultura pretensamente superior. Mas também é muito conservador quem, desejando preservar

um modo popular idealizado de viver, deseja parar o mundo, privando as pessoas e grupos do contato com outras pessoas e grupos portadores de marcas biológicas e culturais diferentes e, por isso mesmo, enriquecedoras. Ao educador popular caberá o investimento na criação de espaços de elaboração das perplexidades e angústias advindas do contato intercultural, denunciando situações em que a diferença de poder entre os grupos e pessoas envolvidas transforme as trocas culturais em imposição”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. Lutar com a palavra. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo, Hucitec, 1991

BERLINGUER, Giovanni. *A doença*. São Paulo, Hucitec, 1988.

CARVALHO, Maria Alice Pessanha de, ACIOLI, Sonia e STOTZ, Eduardo Navarro. In: Vasconcelos, E. M. (org.) *A saúde nas palavras e nos gestos*. São paulo: Hucitec, 2001.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. 6 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

MARX, Karl. *Elementos fundamentales para la critica de la Economia Política (Borrador)*. Volume I. Introdução. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Argentina Editores S.A., 1971.

NAVARRO, Vicente. Classe social, poder político e o estado e suas implicações na medicina. in; Programa de Educação Continuada/ENSP; ABRASCO. *Textos de Apoio – Ciências Sociais 1*. Rio de Janeiro: julho de 1983.

SAN MARTÍN, Hernán. *Salud pública y medicina preventiva*. Barcelona: Masson, S.A., 1989.

SCHRAIBER, Lilia Blima. (org.) *Programação em saúde hoje*. São Paulo, Hucitec, 1990.

STOTZ, Eduardo Navarro. Enfoques sobre educação e saúde. In: Valla, V. V. e Stotz, E. N. (org). *Participação popular, Educação e Saúde: Teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993, 11-22.

TONES, B. R. “Educación para la salud: prevención o subversión?” In: Tendencias actuales en educación sanitaria.” *Quadern CAPS*, marzo 1987.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cadernos de Saúde Pública* 14 (supl. 2) : 39-57, 1998.

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

VASCONCELOS, Eymard Mourão. 2003. *Educação Popular, um jeito especial de conduzir o processo educativo no setor saúde*. Texto publicado na página da internet: www.redepopsaude.com.br, novembro de 2003.

VUORI, H. "El modelo médico y los objetivos de la educación para la salud". In: Tendencias actuales en educación sanitaria." *Quadern CAPS*, marzo 1987.