

¹ Doutora em Educação. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Educação e Professora do Curso de Psicologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma/SC. E-mail: jmo@unesc.net

² Mestre em Sociologia Política. Professora do Curso de Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia e História da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma/SC. E-mail: hst@unesc.net

³ Mestre em Educação. Professora do Curso de Psicologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma/SC. E-mail: regina@unesc.net

⁴ Doutor em Educação. Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Educação e Professor do Curso de Ciências Biológicas da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma/SC. E-mail: prf@unesc.net

Correspondência:
R. Sérgio Behenck Evaldt, 270 Bairro Milanese - Criciúma / SC CEP: 88804-521

Artigo recebido em:
19/07/2007
Aprovado em:
24/10/2007

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: a educação libertadora mediando a promoção da saúde e o empoderamento

POPULAR EDUCATION IN HEALTH: liberatory education mediating the promotion of health and empowerment

Janine Moreira¹
Heliete Rocha dos Santos²
Regina Fátima Teixeira³
Paulo Rômulo de Oliveira Frota⁴

Resumo

A educação em saúde vem concretizando suas bases em meio ao conceito de promoção da saúde e, dentro desta, dialogando com o conceito de empoderamento. Porém, estes conceitos podem se atrelar à noção comportamentalista de mudança de hábitos e estilos de vida - retida na compreensão de fatores de risco -, ou à noção de concepção de qualidade de vida em seu aspecto comunitário. Paulo Freire é considerado um dos teóricos inspiradores da noção de empoderamento comunitário. Este artigo traz reflexões sobre estas noções, partindo do pressuposto de que a Pedagogia do Oprimido precisa ser revisitada, no sentido de se compreender a dimensão da educação libertadora e, junto a ela, a “conscientização”, enquanto mediação para a autonomia e a autoria do mundo, e não enquanto ação vertical dos profissionais frente à população para “sensibilizá-la” e “conscientizá-la” da necessidade de se empoderar, o que caracterizaria a educação bancária.

Abstract

Health education has been establishing itself within a concept of health promotion and within this, dialoguing with the concept of empowerment, However, these

concepts can be linked to the behaviorist notion of habits and lifestyle changes - seen as the comprehension of risk factors – or to the notion of quality of life in its community aspect. Paulo Freire is considered one of the theorists who have inspired the notion of community empowerment. This article offers some reflections on these notions, based on the presupposition that the *Pedagogia do Oprimido* [Pedagogy of the Oppressed] needs to be revisited in order to understand the dimension of liberatory education and with it, “awareness” as mediation for autonomy and authorship of the world, and not as the vertical action of professionals used to “raising awareness” of the population of the need for empowerment, which is characteristic of a banking education.

Palavras-chave

Educação em saúde; Empoderamento; Educação libertadora.

Keywords

Health education, Empowerment, Liberatory education.

Quando se fala de “educação popular em saúde”, há que se deter em duas dimensões do processo: educação em saúde e educação popular. A educação em saúde vem concretizando suas bases no conceito de “promoção da saúde” e, dentro deste, no conceito de “empoderamento”. A educação popular, neste texto, será trabalhada a partir de seu clássico, o educador Paulo Freire. Entende-se que a *Pedagogia do Oprimido* precisa ser revisitada, para que se possa compreender a dimensão da educação libertadora ou problematizadora e, junto a ela, a noção de “conscientização”, enquanto mediação para a autonomia e a autoria do mundo. Esclarece-se a linha aqui seguida, uma vez que “conscientização” pode ser entendida de modo equivocado se tomada como uma ação dos profissionais para a população, no sentido vertical de “sensibilizá-la” e “conscientizá-la” de que deve se empoderar, o que, em última instância, caracteriza a educação bancária.

A discussão está dividida em três eixos: a educação em saúde no contexto da promoção da saúde e do empoderamento; a educação popular advinda do conceito de educação libertadora de Paulo Freire; e, a título de

conclusão, como a educação em saúde pode atuar criticamente rumo à viabilização das propostas de promoção em saúde e empoderamento imbuídas da abordagem libertadora de Paulo Freire.

Educação em Saúde: promovendo saúde e empoderando a população

A educação, há algum tempo, deixou de ser vista como uma ação circunscrita ao contexto institucional/escolar. Hoje, fala-se de educação em vários espaços – institucionalizados ou não -, assim como se entende que ela seja uma dimensão crucial de várias atividades e relações, profissionais ou não. A ação de agentes de saúde junto aos usuários desse serviço ou junto às comunidades é exemplo de um trabalho no qual a dimensão educativa está muito presente, especialmente no que diz respeito ao relacionamento desenvolvido entre agentes e usuários/comunidade, configurando um viés essencial da Educação em Saúde.

Para consubstanciar essa ação específica, tem-se a questão do olhar desses agentes sobre a população-alvo de seu trabalho – os usuários ou as comunidades -, o que embasa uma relação construída a partir do que se encontra quando se olha o outro, fazendo emergir uma dimensão de alteridade. Guareschi (2002, p. 157) referencia Enrique Dussel¹, para quem

esse ‘outro’ pode estar presente no ‘mesmo’ de duas maneiras distintas: como ‘di-ferente’ e como ‘dis-tinto’.

Na primeira, o ‘outro’ é o ‘di-ferente’, do latim, *dis*, que significa divisão ou negação; e *ferre*, que significa levar com violência, arrastar. Nesse sentido, o diferente é o arrastado desde a identidade original, e coloca-se como o oposto; [...].

Na segunda, o ‘outro’ é o ‘dis-tinto’, de *dis* e *tinguere*, que significa tingir, pintar; também é separado, é o outro, não contudo arrastado para fora, mas possuindo sua identidade e estabelecendo com o ‘mesmo’ relações de diálogo, construtivas, de conversão: [...]. Essa a verdadeira ‘alteridade’.

No caso da Educação em Saúde, como veremos mais adiante, essa relação com o outro pode ser paternalista ou co-produtiva de sujeitos. Pode propiciar a participação da comunidade/usuários, mas restrita ao cumprimento das orientações dadas pelos profissionais, ou abrangente e efetiva na gestão compartilhada dos serviços de saúde e de seu processo saúde-doença. Em suma, a relação com o outro pode estar fundamentada na imposição ou na troca de saberes. Em termos educacionais, trata-se da clássica separação entre educação bancária (“tradicional”) e educação libertadora/problematizadora, a última tão bem proposta e descrita por Paulo Freire (2005).

É com esse olhar sobre a alteridade e sobre a educação que serão abordados aspectos específicos da Educação em Saúde, desde a concepção de saúde-doença até as questões de poder presentes na relação profissionais-comunidade/usuários.

Assim, a Educação em Saúde, a despeito dos avanços já alcançados na própria conceituação de “saúde”, tem conservado uma prática ainda reducionista. Esse reducionismo caracteriza tanto a visão que se tem da própria saúde – centrada no modelo médico-curativo – (SCHALL; STRUCHINER, 1999), como também a visão de homem advinda do comportamentalismo, que delinea a ação educativa na modificação do comportamento (CARVALHO, 2004; GAZZINELI; GAZZINELI; REIS; PENNA, 2005).

A visão reducionista de saúde, ao mesmo tempo em que a compreende apenas como resultado de processos biológicos, basicamente oriundos de agentes externos, também considera o saber médico como o único passível de estabelecer “a verdade” sobre a doença, o doente e o tratamento. Essa atitude remonta ao ano de 400 a.C.

[...] quando os médicos relacionados com o pensamento de Hipócrates, no esforço de se desvincular de qualquer conexão com medicina popular e superstição, detiveram-se às mensurações objetivas, diminuindo a importância da palavra do paciente. Talvez tenha sido uma das primeiras manifestações que apontava para uma concepção de medicina que separava o corpo da mente (VALLA, 1999, p.7).

A visão dualista mente-corpo se expressa na concepção de que os agentes causadores das doenças viriam de fora do indivíduo, como se fossem “acontecimentos” em sua vida, considerando-se muito mais a “doença” e muito menos o “doente”. A ciência, então, estaria preocupada em “medir” os processos “finitos” do corpo (VALLA, 1999). Nessa linha, seriam válidos os saberes que corroborassem tais medidas.

Tem-se, aqui, a chamada “hegemonia médica”, categoria profissional legitimada por um saber caracterizado, tradicional e exatamente, por esse olhar reducionista de saúde. Trata-se de um saber que desconsidera o “doente” como sujeito inserido em determinado contexto social, político, econômico, cultural; um saber que também desconsidera, então, outras formas de atuação sobre (ou “com”) o indivíduo.

Em contraposição ao enfoque anterior, a Educação em Saúde pode ser entendida como detentora de duas dimensões. Uma delas envolve “a aprendizagem sobre doenças, como evitá-las, seus efeitos sobre a saúde e como restabelecê-la” (SCHALL; STRUCHINER, 1999, p.1). Outra dimensão envolve a promoção da saúde, que “inclui os fatores sociais que afetam a saúde, abordando os caminhos pelos quais diferentes estados de saúde e bem-estar são construídos socialmente” (SCHALL; STRUCHINER, 1999, p.1). Assim,

[...] ao conceito de educação em saúde se sobrepõe o conceito de promoção da saúde, como uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde ampliado, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físico e mental (ausência de doença), ambiental (ajustamento ao ambiente), pessoal/emocional (auto-realização pessoal e afetiva) e sócio-ecológico (comprometimento com a igualdade social e com a preservação da natureza)” (SCHALL; STRUCHINER, 1999, p.1).

Logo, o conceito de educação em saúde, incorporando o termo “promoção da saúde”, estabelece um contraponto para aquele reducionismo, tanto no que diz respeito ao conceito de saúde quanto da hegemonia médica. Mas, a noção de “promoção à saúde” pode significar tanto rupturas como continuidades (CARVALHO, 2004). As continuidades estão presentes quando considerado o conceito de “risco”. Carvalho (2004) destaca duas definições de “risco”: uma de Lupton², em que ele é definido como “um produto/conseqüência da possibilidade de eventos adversos como um fator, naturalmente preexistente, passível de ser identificado por intermédio de cálculo e medidas científicas” (CARVALHO, 2004, p.672) e outra de Almeida Filho e Rouquayrol³, em que “risco”

[...] é um conceito estruturante da epidemiologia moderna, definido como a probabilidade de os membros de uma determinada população desenvolverem uma dada doença ou evento relacionado à saúde em um período de tempo, tendo o cuidado de observarem que, neste caso,

a probabilidade se refere a modelos abstratos de distribuição populacional, não redutíveis às chances de um indivíduo particular diante de um diagnóstico ou prognóstico” (CARVALHO, 2004, p. 672).

Carvalho (2004) problematiza a noção de risco afirmando tratar-se de uma construção social, e não de algo dado. E se reporta ao olhar de Michel Foucault para compreender as noções de promoção à saúde e risco como relacionadas ao controle social e à construção de sujeitos. Em saúde, “risco” é um constructo científico, advindo de um saber legitimado e não neutro. “Como risco é entendido em diferentes contextos sociais? Por que alguns perigos são selecionados como risco e outros não? Como os discursos e práticas que se dão em torno do risco operam a construção da subjetividade e da vida social?” (CARVALHO, 2004, p.673). Essas são perguntas que o autor faz a si mesmo e aos demais no intuito de refletir sobre o processo de construção e legitimação de determinadas verdades e de fabricação dos sujeitos, no âmbito da linguagem foucaultiana. Pode-se tomar como exemplo o momento, no início dos anos 1980, em que a AIDS se tornou conhecida no Brasil. À época, ela ficou identificada como uma doença cujo principal “grupo de risco” era composto por homossexuais. Cumpriu, então, o papel social de legitimação de um preconceito, disseminando como verdade científica o risco de se pertencer a determinados grupos, devidamente “medicalizados” em seu comportamento.

Antes de se prosseguir com a análise de Carvalho sobre a possibilidade de ruptura que o termo “promoção à saúde” pode representar, porém, vejamos outra forma de se caracterizar a concepção que o termo encerra, apresentada por Verdi e Caponi (2005): um enfoque comportamental e outro ligado à qualidade de vida. O primeiro se refere a hábitos e estilos de vida, no sentido de se identificarem os fatores de risco neles contidos. Promover a saúde aqui seria transformar, alterar esses comportamentos. O segundo se refere a determinantes gerais das condições de vida e saúde da sociedade. Promover a saúde seria, nesse caso, mudar padrões de alimentação, habitação, saneamento, condições de trabalho, ampliar o acesso à educação, o apoio social para famílias e indivíduos e delinear um estilo de vida responsável. Trata-se de adotar uma visão coletiva no enfrentamento da questão da saúde, com o olhar focado no ambiente físico, social, político, econômico, cultural. Tanto a antiga idéia de prevenir a doença, calcada nos riscos de adoecer, como a de promover a saúde, mas centrada no enfoque comportamental, caracterizam-se pela vigilância, pelo controle e exclusão. Além disso, é preciso cuidar para

que as ações calcadas no segundo enfoque de promoção da saúde (qualidade de vida) também não caíam no reducionismo do primeiro (comportamental), ao se transformarem problemas sanitários complexos em desvios individuais de conduta:

A depender do modo como se estruturam, as estratégias de promoção da saúde podem se tornar estratégias de vigilância que muitas vezes limitam ou restringem liberdades e decisões individuais, com a motivação do bem estar coletivo ou da evitabilidade de conseqüências danosas à saúde e à sociedade (VERDI; CAPONI, 2005, p.86).

Desse encaminhamento resultaria tanto a culpabilização do indivíduo – advinda da mesma idéia de risco citada anteriormente – como a subalternidade às medidas médicas, construindo-se, igualmente, um caminho para a dependência ou a não autonomia. Assim é que as estratégias preventivas e de promoção “deveriam superar o caráter paternalista, transfigurando a compreensão de ‘paciente’ para a de sujeito detentor de direitos e poder de decisão” (VERDI; CAPONI, 2005, p.86).

Dessa forma, os projetos educativos em saúde têm se caracterizado por uma dimensão de transferência de conhecimentos, no sentido de substituir, a partir de um conhecimento técnico, tomado supostamente como o único “correto”, determinados aspectos aprendidos informalmente pela população em geral (MEYER; MELLO; VALADÃO; AYRES, 2006). Essas têm sido as práticas sanitárias desenvolvidas ao longo do século XX, que têm, no referencial da neutralidade científica, a legitimidade para determinar quais os comportamentos “adequados”, independentemente da inserção sócio-histórica e cultural do indivíduo. Caracteriza-se, assim, o “comportamento de risco”: “O risco em saúde é representado como uma situação de dano potencial, associado principalmente a fatores individuais” (MEYER; MELLO; VALADÃO; AYRES, 2006. p.3). É nessa linha que se forma a idéia de que “correr risco apresenta um certo caráter definidor de identidades desviantes” (OLIVEIRA; MEYER; SANTOS; WILHELMS, 2004 *apud* MEYER; MELLO; VALADÃO; AYRES, 2006. p.3).

Pode-se reportar aqui, novamente, à noção foucaultiana de “fabricação de sujeitos”, uma vez que eles são examinados, classificados, e é estabelecida por outros a sua verdade (FOUCAULT, 2002). Se o problema está no indivíduo, o saber sobre ele determinará o que deverá fazer, como deverá comportar-se para que saia do grupo de risco e

restabeleça a sua saúde. Por trás de um discurso científico que se acredita neutro, tem-se uma valoração do que é considerado certo e errado, e a medicalização do comportamento.

Mas, retomando a discussão de Carvalho (2004), a promoção da saúde pode configurar uma descontinuidade em relação a esse processo, alinhando-a com a discussão do termo “*empowerment*”, em diferenciação à noção de risco. “*Empowerment*, traduzido como empoderamento, é entendido como o processo de capacitação para a aquisição de poder técnico e político por parte dos indivíduos e da comunidade” (VERDI; CAPONI, 2005, p.85). Segundo Carvalho (2004), o termo se estende aos enfoques psicológico e comunitário. O psicológico contempla uma noção de indivíduo comedido, independente e autoconfiante, gerando estratégias educativas que fortaleçam sua auto-estima e sua capacidade de adaptação ao meio. Assim, o individual é ressaltado, correndo-se o risco de que as ações novamente estejam centradas no indivíduo, enquanto depositário de esforços para se alcançar a saúde, e não se alterem o meio, as condições sociais de existência, mantendo-se o *status quo* dos contextos neoliberais (CARVALHO, 2004). Desse modo, persiste a possibilidade de atrelamento ao enfoque “comportamentalista”: a noção de que basta que sejam desenvolvidas ações em educação para a saúde para que se altere o comportamento (indesejado) do indivíduo. Esse comportamento inadequado, em geral, é compreendido como decorrente “de um déficit cognitivo e cultural, cuja superação pode se dar por meio de informações científicas e saberes provenientes do exterior” (GAZZINELI; GAZZINELI; REIS; PENNA, 2005, p.3), caracterizando a imposição de um saber.

Por outro lado, o *empowerment* comunitário, defendido por uma vertente de teóricos inspirados em Paulo Freire, implica a “disputa pelo controle de recursos e na redistribuição de poder” (CARVALHO, 2004, p.675). Assim, tal enfoque envolve a participação, o controle dos indivíduos e comunidades e a definição de ações coletivas para a efetiva melhoria da qualidade de vida. Na escolha desse caminho, entra em pauta a capacidade dos indivíduos de falar sobre os próprios problemas e os processos que vivenciaram ou vivenciam. As ações educativas visam a uma reflexão por parte desses indivíduos e das comunidades das quais participam para uma ação crítica sobre a realidade. É dessa forma que a promoção à saúde poderá constituir a descontinuidade da lógica hegemônica do modelo de saúde vigente, de cunho reducionista.

Na mesma linha, Valla (1999) reafirma a necessidade de que as ações em educação para a saúde levem em conta o sentido da vida, o controle sobre a vida por parte das pessoas, a solidariedade comunitária. Para o autor, é preciso levar em conta o que as pessoas pensam sobre os próprios problemas e que soluções vislumbram, contemplando suas histórias de vida.

Para que tais serviços contemplem de fato as necessidades sociais da população, precisam levar em conta, obrigatoriamente, o que as pessoas pensam sobre seus próprios problemas e que soluções espontaneamente buscam. A história nunca começa com o contato dos profissionais dos serviços com as suas clientelas. A história é anterior: há um passado que ainda vive, em sua virtualidade, no presente e está referido às experiências acumuladas em uma gama amplamente diversificada de alternativas, bem como às lutas moleculares ou coletivas que enraízam formas de pensar e agir. É esta experiência que precisa ser resgatada pelos serviços, pelos profissionais, técnicos e planejadores” (VALLA, 1999, p.5).

Sob esse ângulo de visão, pode-se entender saúde de uma forma ampla, em que o homem seja considerado em suas dimensões bio-psico-sócio-cultural, que devem comportar uma dimensão de educação correlata. Compreendendo-se o homem em sua totalidade, incluindo-se nela os aspectos simbólicos da vida humana, obtém-se uma troca de saberes. Percebe-se que o saber científico necessita dialogar com o saber popular para que se possa entender de onde provêm os significados com os quais os indivíduos dão sentido ao seu modo de vida – o que ocasiona o seu processo de saúde e/ou de adoecimento – e como criam estratégias particulares (possivelmente coincidentes entre indivíduos) de enfrentamento da doença.

[...] a educação em saúde pode ser pensada não como estratégia de aliciamento a um modelo que permanece cognitivo-racional ou como recurso para uma “aprendizagem sanitária” satisfatória, mas como eixo orientador de escolhas político-pedagógicas significativas para um dado grupo e contexto. E o apoio e a resposta social que se busca alcançar envolvem a comunicação entre diferentes, que não objetiva a homogeneização de formas de pensar e levar a vida, mas a construção e o fortalecimento de cumplicidades na busca de proteção” (MEYER; MELLO; VALADÃO; AYRES, 2006, p.9).

A partir do enfoque comunitário do *empowerment*, retorna-se à discussão inicial do presente texto sobre a relação dos agentes de saúde com “o outro” (usuários e comunidades) com Carvalho (2004), problematizando algumas questões para a ação em educação para a saúde:

Qual a concepção de educação em saúde que predomina? Como ocorre o intercâmbio de saberes entre profissionais e usuários? Por uma co-gestão de contratos e compromissos ou por uma relação vertical e autoritária? A relação profissional/usuário é uma relação de co-produção de sujeitos ou uma relação paternalista? Os usuários são vezes passivas ou ativas? (CARVALHO, 2004, p.672, quadro 1).

Perguntas como as anteriores remetem estas reflexões ao centro da “educação libertadora” de Paulo Freire.

Educação Popular: libertando e construindo autoria

A possibilidade de uma educação para a saúde que considere o sentido que cada um dá para a sua vida, como a controla, convivendo solidariamente em comunidade, a partir do resgate das experiências de cada envolvido no processo educativo, é um caminho para a liberdade e para a construção de autoria.

Uma educação popular ou libertadora, de acordo com Freire, “não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres vazios a quem o mundo encha de conteúdos [...], mas nos homens como corpos conscientes e na consciência intencionada ao mundo”. (FREIRE, 2005, p.77). Essa educação é diferente da educação bancária, depositária, na qual se transmite conhecimento e se coloca, de um lado, o educador e, de outro, o educando. É diferente porque ela supera a contradição educador-educandos, possibilitando uma “relação dialógica, indispensável à cognoscibilidade dos sujeitos cognoscentes, em torno do mesmo objeto cognoscível” (FREIRE, 2005, p.78). Cria-se uma situação gnosiológica, em que “o objeto cognoscível, em lugar de ser o término do ato cognoscente de um sujeito, é o mediatizador de sujeitos cognoscentes, educador e educandos” (FREIRE, 2005, p.78).

A concepção de educação problematizadora parte do pressuposto de que “os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 2005, p.79). Essa educação tem caráter reflexivo, implicando um constante ato de desvelamento da realidade, buscando uma inserção na realidade, conduzindo à mudança. A educação proposta por Freire

“implica a negação do homem abstrato, isolado, solto, desligado do mundo, assim como também a negação do mundo como uma realidade ausente dos homens” (FREIRE, 2005, p.81).

O diálogo é o “selo” do ato cognoscente, desvelador da realidade, e, por isso, imprescindível na educação problematizadora, comprometida com a libertação. Ela se faz assim, num “esforço permanente através do qual homens vão se percebendo, criticamente, como estão sendo no mundo, com que e em que se acham” (FREIRE, 2005, p.82).

A educação proposta por Freire se funda na criatividade e estimula a reflexão e a ação dos homens sobre a realidade. Não aceita um presente bem comportado, um futuro pré-dado. Ela se enraíza no presente dinâmico e, então, faz-se revolucionária. É esperançosa e identifica os homens como seres históricos, seres com projetos, que olham para trás não como uma forma nostálgica de querer voltar, mas como um modo mais fecundo de conhecer o que está sendo para construir seu futuro.

Essa educação problematizadora passa por dois momentos distintos. O primeiro, quando o homem desvela o mundo e compromete-se na prática com a transformação, e o segundo, quando transforma a realidade; a pedagogia que daí advém deixa, então, de ser do oprimido e passa a ser do homem em processo permanente de libertação.

Quando, de fato, acontece o envolvimento com uma educação problematizadora, o trabalho com o conteúdo programático torna-se uma construção resultante do diálogo entre as pessoas. É o momento no qual se realiza uma investigação do “universo temático do povo”, ou “conjunto de seus temas geradores”, de acordo com Freire (2005). O que se investiga não é o homem, como se fosse um objeto, peça anatômica, mas sim o seu pensamento, sua linguagem referida à realidade, os níveis de percepção que alcança dessa realidade, a visão de mundo em que se acham contemplados seus “temas geradores”.

O conteúdo programático (ou ação), nessa concepção de educação, deve ser organizado sempre “a partir da situação presente, existencial, concreta, refletindo o conjunto de aspirações do povo [...]” (FREIRE, 2005, p.100). Tal proposta está alicerçada nas contradições de uma situação existencial, concreta, presente, para que, partindo de um problema real, o sujeito se sinta desafiado e busque uma resposta, no nível intelectual, mas, sobretudo, no nível da ação.

A concepção de educação proposta por Freire faz pensar no homem e na mulher como únicos seres capazes de aprender com alegria e esperança, na convicção de que a mudança é possível. E, se o objetivo que se pretende atingir é, verdadeiramente, a autonomia para esses homens e mulheres, é necessário que se tome, como princípio basilar da prática educativa, a meta de que essa educação transforme educadores e educandos e lhes garanta o direito à autonomia pessoal na construção de uma sociedade democrática que a todos respeita e dignifica.

Aprender é uma descoberta criadora, com abertura ao risco e à aventura do ser, pois ensinando se aprende e aprendendo se ensina. Participar desse aprendizado é uma ação político-dialógica com a qual a Educação Popular em Saúde pode contribuir de forma significativa.

Concluindo: Educação Popular em Saúde, segundo a dimensão libertadora

Em sua dimensão libertadora, a Educação Popular em Saúde não apenas remete indivíduos e grupos à troca de saberes e experiências, no âmbito de um processo de socialização em que as relações sociais acontecem de forma espontânea, mas também lhes permite associar a saúde ao resultado das suas condições de vida. Esse entendimento leva a perceber a saúde no contexto da qualidade de vida de uma população, fugindo da visão reducionista sobre o tema em tela.

Buscando aprofundar a questão, faz-se necessário uma articulação entre a noção de educação e de saúde, pensada no contexto das práticas da educação em saúde. Como foi aqui discutido, a educação em saúde pode estar fundamentada nos pressupostos da visão bancária, mas também no âmbito de uma concepção de Educação Popular em Saúde, entendida nos marcos de uma prática libertadora, sob o enfoque de Paulo Freire.

As diretrizes do Sistema Único de Saúde oportunizam o desenvolvimento de propostas que constituam esse perfil. Sendo esse o caminho definido, impõe-se que a obra de Freire seja revisitada, pensando-se sobre a relação

entre os profissionais de saúde e a população como uma relação dialógica, baseada na troca de saberes.

É desse modo que a educação em saúde pode superar a visão bancária, concebida como aquela em que o profissional é o sujeito que deposita e transmite conhecimentos e o usuário é o objeto, que tão bem combina com a visão reducionista de saúde. Na perspectiva problematizadora proposta por Freire, porém, há uma interação entre o saber científico e o saber popular, em que os atores envolvidos no processo educativo interagem enquanto sujeitos que aprendem e ensinam. Nessa perspectiva, o ato de ensinar está relacionado à educação como forma de intervenção no mundo. Na visão de Freire (1991), no contexto da educação de adultos, a leitura da palavra torna-se a leitura da palavra-mundo; por isso, exige-se disponibilidade para o diálogo, respeito à autonomia, o que remete a pensar no ser humano como um sujeito em construção e, na educação, como um processo de troca. Na educação em saúde, isso se relaciona com a interação entre o saber científico e o saber popular.

Esse entendimento ultrapassa a noção de educação em saúde como orientação e informação para a aprendizagem de bons hábitos, caracterizadora da prática higienista. Na educação em saúde, sob a ótica libertadora, o profissional e o usuário são sujeitos do processo educativo. Cabe ao profissional compartilhar as informações de modo a contribuir para transformá-las na mediação da qual o usuário precisará para se desenvolver como pessoa, em busca de autonomia e empoderamento. Por outro lado, o usuário é a chave para que o profissional compreenda o processo saúde-doença tal qual é realmente vivido por ele. Esse entendimento faz com que se supere o paternalismo que caracteriza os trabalhos em que os profissionais fazem pelos usuários e em nome deles e, de forma equivocada, tentam “conscientizar a população”, verticalmente, da necessidade de se empoderar. A superação dessa perspectiva é um grande desafio, em relação ao qual, a revisitação a Paulo Freire se torna crucial para quem busca a promoção à saúde voltada à produção de sujeitos e à transformação social.

Além disso, a perspectiva da educação popular em saúde pode ser associada ao conceito de participação, segundo Pedro Demo (2001), que supera a noção de concessão ou dádiva, e a coloca como conquista, isto é, como fortalecimento da autopromoção, característica de uma política social que tem como centro os próprios interessados, então co-gestores na

satisfação de suas necessidades, superando as práticas assistencialistas. O fundamento dessa prática está no fato de que não se promove ninguém em política social, uma vez que o próprio interessado e alvo da política não se autopromova.

Essa perspectiva aponta para um conceito de participação que, segundo Sachs (1986), deve ser medida pelo poder de iniciativa conquistado pela comunidade, pelo espaço para experiências reais locais, pelo grau de simetria nas relações entre os cidadãos e os diferentes níveis de governo. Para a operacionalização política desse enfoque, o autor destaca o conceito de autoconfiança e sociedade liberada: o primeiro significa a forma de desenvolvimento autocentrada, endógena, baseada nas potencialidades próprias e na capacidade de decidir sobre seu próprio destino; o segundo é a sociedade civil enquanto terceiro sistema de poder, capaz de decidir sobre os demais setores sociais por meio da democracia política, da autogestão e da representação dos consumidores com papel diretivo no planejamento da produção.

Buscando concretizar tal perspectiva, fortalece-se a participação sob as características sugeridas por Daniel Silva (1991), quais sejam: substantiva, emancipatória, democrática, formadora e convivencial. Desse modo, propõe-se uma participação não instrumental, mas baseada na solidariedade, no pluralismo de idéias e no respeito à dignidade das pessoas e à diversidade.

Referências

- CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p.669-678. 2004.
- DEMO, P. **Participação é conquista**: noções de política social participativa. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- FREIRE, P. **A importância do ato de ler em três artigos que se completam**. 25. ed. São Paulo: Cortez, 1991.
- _____. **Pedagogia do Oprimido**. 41. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
- GAZZINELLI, M. F.; GAZZINELLI, A.; REIS, D. C. dos; PENNA, C. M. de M. Educação em saúde: conhecimentos representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.200-206, jan./fev. 2005. 11 páginas.

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100022...

Acesso em 14/07/06.

GUARESCHI, P. Alteridade e relação: uma perspectiva crítica. In: ARRUDA, Ângela (Org.). **Representando a alteridade**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 149-161.

MEYER, D. E. E.; MELLO, D. F. de; VALADÃO, M. M.; AYRES, J. R. de C. M. “Você aprende. A gente ensina?” interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1335-1342, jun. 2006. 11 páginas.

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600022...

Acesso em 14/07/06.

SACHS, I. **Ecodesenvolvimento: crescer sem destruir**. São Paulo: Vértice, 1986.

SCHALL, V.; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. (Editorial). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, suppl. 2, p.4-6. 1999. 4 páginas.

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600001...

Acesso em 14/07/06.

SILVA, D. **Adeus Barragens: a transição de paradigmas na construção de Barragens do Rio Uruguai**. 1991. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

VALLA, V. V.. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, suppl. 2, p.7-14. 1999. 14 páginas.

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600002...

Acesso em 14/07/06.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a Promoção da Saúde numa perspectiva bioética. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n.1, p.82-88, jan./mar. 2005.

Notas

1. As obras de Enrique Dussel referenciadas por Guareschi são: **Para uma ética da libertação latino-americana**. V-I: acesso ao ponto de partida da ética. São Paulo: Loyola/Unimep, 1977 e **Para uma ética da libertação latino-americana**. V-II: eticidade e moralidade. São Paulo: Loyola/Unimep, 1977.

2. A referência da obra analisada por Carvalho é Lupton D 1999. **Risk**. Routledge, Nova York.

3. A referência da obra analisada por Carvalho é Almeida Filho N & Rouquayrol. MZ 1992. **Introdução à epidemiologia moderna**. COOPMED-APCE-Abrasco. Belo Horizonte-Salvador-Rio de Janeiro.