

EDUCAÇÃO E SAÚDE: REFLEXÕES PARA UMA INTERFACE PSICOSSOCIAL

2012

Izayana Pereira Feitosa

Professora na Universidade Federal de Campina Grande; doutorando na pós-graduação em psicologia social na Universidade Federal da Paraíba (Brasil)

izayana_psi@yahoo.com.br

Nilton Formiga

Doutor em Psicologia Social pela UFPB; Professor de Psicologia da Faculdade Maurício de Nassau (Brasil)

nsformiga@yahoo.com

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo, a partir de uma revisão teórica, avaliar o desenvolvimento do processo educativo na área da saúde e suas possíveis implicações no cotidiano dos serviços de saúde e no cotidiano das comunidades. Sabe-se que o processo de globalização alterou a dinâmica social e psicológica no mundo, principalmente, no que se refere às relações interpessoais e econômicas. Apesar do avanço e qualidade da tecnologia e científica no mundo é possível acompanhar na mídia em geral, a divulgação de história de crianças inseridas no contexto do trabalho infantil, da exploração sexual comercial, vítimas de violência doméstica, etc.; tais fatos, deflagram a falta, à grande parte da população, de condições mínimas de saúde, educação, etc., saltando aos olhos que a dignidade humana é algo a parte na relação indivíduo-sociedade. Frente as tais situações, é que a psicologia assume, atualmente, uma preocupação: o compromisso com os direitos sociais.

Palavras-chave: Educação, sociedade, saúde, psicologia

O processo de globalização mudou profundamente o cenário mundial: vive-se diante grandes avanços científicos, tecnológicos e culturais que configuram a consolidação do modo de produção capitalista. No entanto, ao lado de tais avanços surgem grandes desigualdades sociais oriundas da má distribuição da renda e de expressivas violações dos direitos humanos. Não raro, observamos os impactos do desemprego, do empobrecimento, das precárias condições de vida e mais uma série de fatores que geram exclusão social que agravam mais ainda a situação da população brasileira.

Ainda é grande o número de crianças inseridas no contexto do trabalho infantil, da exploração sexual comercial, vítimas de violência doméstica, de jovens e adultos excluídos do mercado de trabalho e de idosos vivendo em situações subumanas; falta à grande parte da população condições mínimas de saúde, educação e moradia; situações estas que denotam que a dignidade humana ainda não é respeitada de forma plena. Acrescenta-se ainda que problemas como a corrupção, o racismo e o preconceito em suas múltiplas dimensões -cultural, religiosa, sexual- também são agravantes do quadro de desconhecimento e violação dos direitos.

Traverso-Yépez (2001) comenta que desde a formação do Estado Brasileiro, vivemos numa economia em que uma alta porcentagem da população sobrevive como “cidadãos de quinta categoria” e os direitos sociais básicos como educação e a própria saúde constituem uma preocupação individual e não uma responsabilidade pública. Julga-se pertinente discutir o que chamamos de interface entre o processo educativo e a saúde por acreditarmos que, a educação constitui uma forma eficaz de garantir a autonomia aos cidadãos e os capacita para que lutem por melhores condições de vida, exerçam sua cidadania, e, conseqüentemente, haja promoção de saúde e qualidade de vida.

Adotou-se a concepção de Spink (2007) de que a principal característica da psicologia social da saúde, atualmente, é o “compromisso com os direitos sociais pensados numa ótica coletiva” (p. 27), e, desta forma, esta área do conhecimento se distancia do antigo paradigma da psicologia voltado para a compreensão de processos eminentemente individuais ou intra-individuais. Trata-se de uma psicologia voltada para a pesquisa e a atuação em serviços de atenção primária, em contextos comunitários, em trabalhos de prevenção e promoção de saúde e aos trabalhos de que exigem acompanhamento continuado.

Com base no exposto, o presente texto consta de uma revisão teórica sobre o processo educativo na área da saúde e suas possíveis implicações no cotidiano dos serviços de saúde e no cotidiano das comunidades.

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde é entendida por Alves (2005) como um conjunto de práticas e saberes que visam à prevenção de doenças e promoção da saúde. Diz respeito aos recursos por meio dos quais o conhecimento científico produzido na área da saúde influencia a vida cotidiana das pessoas. De acordo com esta autora, a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para que as pessoas adotem novos hábitos e condutas de saúde. Oliveira (2005) comenta que a educação em saúde na sua versão contemporânea, não se destina somente a prevenir doenças, mas sim a preparar o indivíduo para lutar por uma vida mais saudável, e, desta maneira, deve ser estímulo para que as pessoas tomem decisões sobre a sua própria vida, fomentando uma noção de autonomia. Já Vasconcelos (2004) define a educação em saúde como

sendo o campo de prática e conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e o fazer cotidiano da população.

De acordo com Oliveira (2005), apesar da existência de diferentes concepções acerca da educação em saúde, o discurso tradicional da saúde coletiva ainda permeia as práticas dos profissionais. Esta autora comenta que há uma certa confusão entre as posições ideológicas e as definições técnicas do que seja “instruir as pessoas sobre a saúde” (Oliveira, 2005, p. 425). No que subjaz à prática profissional, há várias modalidades de educação em saúde, que por sua vez podem ser agrupados em torno de duas grandes perspectivas: o modelo preventivo e o modelo radical. Contudo, a autora esclarece que não há uma diferenciação clara destes dois modelos, “isto 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” (p. 425).

Com relação ao modelo preventivo de educação em saúde, também denominado de educação em saúde tradicional, considera-se que é um modelo baseado nos princípios da “velha” saúde pública. Trata-se de um modelo baseado nas tradições da biomedicina e seu objetivo é o de prevenir doenças (Oliveira, 2005; Alves, 2005). A prevenção das doenças, de acordo com este modelo, é pautada em dois paradigmas: o behaviorismo e o individualismo. Nesta ótica, a abordagem preventiva da educação em saúde trabalha com a idéia de que os modos de vida dos indivíduos tais como o regime alimentar pobre, a falta de exercícios, tabagismo, dentre outros fatores, são os responsáveis diretos da ausência de saúde, isto é, hábitos insalubres são considerados como conseqüência de decisões individuais equivocadas. Percebe-se a ênfase dada ao “individual”, representada pelo desencadeamento de determinadas patologias consideradas como uma “falha moral da pessoa e um discurso que culpa a vítima pelo seu próprio infortúnio” (Oliveira, 2005, p. 427).

De acordo com o modelo acima descrito, a prevenção de doenças pode ser alcançada por meio da persuasão dos indivíduos, para que estes passem a adotar modos de vida saudáveis ou comportamentos considerados pelos profissionais do campo da biomedicina como adequados com a saúde. Neste sentido, o modelo preventivo da educação em saúde tem como pressuposto fundamental a idéia de que os profissionais da saúde detêm o conhecimento do que constitui um estilo de vida saudável e de que a adoção desse estilo de vida é uma opção de ordem individual. Julga-se que essa ênfase no individual constitui um sério problema para as práticas de saúde e é fonte de inúmeras críticas.

Alves (2005) esclarece que, de acordo com o modelo tradicional, os usuários são considerados como indivíduos carentes de informação em saúde, e, desta maneira, a relação estabelecida entre profissionais e usuário é essencialmente assimétrica, uma vez que, um detém o saber técnico, com status de verdade, enquanto o outro precisa ser devidamente informado. Assim, a comunicação profissional-usuário caracteriza-se pelo caráter informativo, na qual o primeiro, assumindo uma postura paternalista, explicita ao segundo hábitos e comportamentos saudáveis, o que fazer e como fazer para manter a saúde. Pressupõe-se, ainda, que com base na

informação recebida os usuários serão capazes de tomar decisões para a prevenção de doenças e agravos, bem como poderão assumir novas hábitos e condutas.

Fica evidente que, esta forma de abordar a educação em saúde não considera os determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos de saúde, e, não leva em consideração o efeito temporário das estratégias informativas sobre as mudanças de hábitos e condutas.

Dentre as limitações deste modelo, destaca-se que a educação é considerada com um simples instrumento de transmissão de informações, semelhante à educação bancária descrita por Freire (1979, 1983), ou seja, o educando é considerado um recipiente do conhecimento que será fornecido pelo educador (profissional de saúde) que, por sua vez, tem o conhecimento de tudo. A eficácia dessa forma de trabalho educativo está diretamente associada à quantidade de conhecimento adquirido pelo educando (Vasconcelos, 2004; Alves, 2005, Oliveira, 2005).

Essa posição individualista e o discurso que confere culpa à vítima são o reflexo de uma concepção simplista de “estilos de vida” como resultado de escolhas pessoais, e, desta forma, passam a ser avaliados com um sério entrave para o desenvolvimento de ações de educação em saúde. Ressalta-se ainda que, dentro desse modelo, a medicina e as demais ciências da saúde, mostram-se claramente insuficientes para lidar com a produção social contemporânea da doença, e, é incapaz de desempenhar o tradicional papel na solução de tensões sociais que surgem quando as pessoas identificam as causas de suas patologias.

Atualmente, as campanhas educacionais com ênfase na saúde (por exemplo: Faça sexo seguro! Faça exercícios regulares! Não fume!) denotam a necessidade de serem feitas escolhas livres e informadas no campo da saúde pessoal. Neste caso, é notória a importância das prescrições médicas para quaisquer projetos de educação em saúde. Mesmo com o surgimento de novos propósitos no âmbito da saúde pública, verifica-se ainda que, a maioria das ações de educação em saúde, tanto a nível nacional como internacional, são centradas na prevenção de doenças e focadas na responsabilização individual.

Em oposição ao modelo tradicional, o modelo radical de educação em saúde constitui uma resposta às premissas da promoção da saúde; é uma nova abordagem que ganha espaço no contexto da saúde pública (Oliveira, 2005). É uma abordagem que tem como proposta atender as complexidades da nova saúde pública e visa trabalhar desde uma perspectiva mais moderna de educação. No que tange aos propósitos educacionais propriamente ditos, este modelo tem como foco a conscientização das pessoas, tendo como principal objetivo a promoção da saúde em seu sentido positivo, ou seja, a saúde passa a ser entendida como um recurso para uma vida com qualidade. Esta meta é possível a partir de quatro estágios:

1. Reflexão sobre os aspectos da realidade social;
2. Estímulo à busca e identificação coletiva das causas dessa realidade;

3. Exame das implicações dessa realidade e
4. Desenvolvimento de um plano de ação para alterá-la.

Verifica-se que, em consonância com o modelo radical de educação em saúde, o trabalho passa a ser realizado não com os indivíduos, mas sim com os grupos/ comunidades. Para Oliveira (2005) e Alves (2005), a diferença entre o modelo tradicional e o modelo radical é que este último visa, sobretudo, a mudança social e não a transformação pessoal. Espera-se que as pessoas possam se envolver ativamente nas decisões relacionadas à sua própria saúde como também naquelas referentes aos grupos sociais aos quais pertencem. Supõe-se que estando os indivíduos conscientes, estarão aptos a se responsabilizar pela sua própria saúde, não somente no sentido de sua capacidade para tomar decisões responsáveis no nível individual, mas também em relação à sua competência para articular intervenções no ambiente que resultam na manutenção de sua saúde. Ainda de acordo com esse modelo, o processo educativo deve contemplar uma relação igualitária entre educando e educador, num espaço em que um possa reconhecer o valor do outro no diálogo pedagógico estabelecido. Como resultante desse tipo de prática educativa espera-se que os indivíduos sejam capazes de tomar decisões autônomas com objetivo primordial de promover saúde.

O modelo de educação radical apresenta semelhanças notórias com a proposta de Educação Popular em Saúde. A seguir, são apresentadas as principais características dessa proposta educativa, a partir da sua constituição histórica bem como o seu desdobramento atual.

A EDUCAÇÃO POPULAR NA ÁREA DA SAÚDE

Alves (2005) descreve sucintamente a evolução histórica das práticas da educação em saúde no contexto brasileiro; práticas estas que desde os primórdios foram permeadas pelo discurso sanitário e por estratégias comunicativas condizentes com este tipo de discurso.

No século XIX, o discurso sanitário centrou-se em torno da moralidade e disciplinarização higiênica: instituições como o hospital, o hospício, a prisão e a escola figuraram como espaços de atenção, cuidado e educação à saúde. Foi uma época em que o saber técnico do profissional era considerado como tendo o poder de cura e controle das doenças. As devastadoras epidemias de varíola, peste, febre amarela, tuberculose, entre outras que assolavam os grandes centros urbanos foram responsáveis pela adoção de medidas de caráter autoritário, como a imposição de normas e de medidas de saneamento e urbanização com respaldo no método científico. Destaca-se aqui a vacinação compulsória liderada pelo médico Osvaldo Cruz que visava controlar a disseminação de doenças nas classes empobrecidas. Eram práticas de caráter biologicista que consideravam o processo saúde-doença como sendo um fenômeno eminentemente individual, não ponderando

sobre as implicações das políticas sociais e das condições de vida e de trabalho sobre a saúde das pessoas (Alves, 2005; Vasconcelos, 2004).

A partir da década de 1940, as práticas de educação em saúde sofreram algumas alterações em virtude do advento da chamada Medicina Comunitária. Os sujeitos, que até então eram vistos como os únicos culpados pelos problemas de adoecimento e de quem se esperava a assimilação passiva das prescrições normativas dos profissionais de saúde, passaram a ser envolvidos no processo educativo, isto é, houve um apelo à participação da comunidade para a solução dos problemas enfrentados. Contudo, por trás desse modelo, ainda havia resquícios da prática de culpabilização, agora passando do âmbito individual para o âmbito coletivo, e, mais uma vez, não se levou em consideração os determinantes sociais do adoecimento.

Posteriormente, no Período Militar (meados da década de 1960), não se constatou avanços no campo da educação em saúde, pois foi um período marcado pela limitação dos espaços institucionais. Houve uma expansão dos serviços médicos privados e da medicina dita curativa, em detrimento dos serviços de prevenção, e, a educação em saúde resumia-se ao controle dos sujeitos.

A partir da década de 1970, o campo da educação em saúde passou a ser repensado e verifica-se um considerável distanciamento das ações impositivas típicas do discurso higienista. Neste momento, verifica-se uma ampliação da compreensão acerca do processo saúde-doença, que sai da esfera restrita do biologicismo e passa a ser concebido como resultante da inter-relação causal entre fatores de ordem social, econômica e cultural. Conseqüentemente, as práticas pedagógicas persuasivas, a transmissão vertical de conhecimentos, vistas como reflexos do autoritarismo entre educador e educando, acrescidas da negação da subjetividade nos processos educativos passam a ser profundamente questionadas. Neste contexto, surge uma preocupação com o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, com a constituição de sujeitos sociais capazes de reivindicar seus interesses.

Foi nesse ínterim, que a população insatisfeita se precipitou se organizando em movimentos sociais, liderados por intelectuais e populares. As idéias do pedagogo Paulo Freire inspiraram os profissionais de saúde a revisarem suas práticas e condutas. Esses movimentos subsidiaram críticas às práticas educativas autoritárias e normalizadoras e apontaram para uma considerável ruptura. Foi neste cenário que surgiu o Movimento de Educação Popular em Saúde (Vasconcelos, 2004). A insatisfação dos profissionais de saúde como os serviços oficiais conduziu-os às periferias dos grandes centros urbanos e às regiões rurais, favorecendo a aproximação com as classes populares e com os movimentos sociais. Os profissionais passaram a conviver com a dinâmica de adoecimento e cura nas camadas populares, além do confronto dos problemas de saúde nessas populações. Esses fatos conduziram tais profissionais a buscarem uma nova direção para as suas práticas para que pudessem enfrentar de forma mais eficaz os problemas de saúde a que eles passaram a trabalhar. Vale ressaltar que a Igreja Católica, instituição que conseguiu se

preservar da repressão política do período militar, representou grande apoio a esse movimento e foi responsável pelo engajamento de inúmeros intelectuais de várias áreas.

Alves (2005) diz que a Educação Popular em Saúde coexiste no Brasil com modalidades de serviços consideradas hegemônicas. Desde a década de 1970, com o advento desta metodologia, as experiências em Educação Popular não deixaram de ser pontuais, alternativas e transitórias. Vasconcelos (2004) acrescenta ainda que, a generalização dessas experiências constitui um desafio, apontando como dificuldade o embate a racionalidade dos serviços oficiais e a formação de recursos humanos.

O Brasil é reconhecido mundialmente como o país pioneiro na constituição do método de Educação Popular. Esta prática pedagógica começou a se estruturar como corpo teórico e como prática social no final da década de 50, a partir da articulação de intelectuais e de educadores ligados à Igreja Católica e influenciados pelo humanismo personalista que florescia na Europa pós-guerra. Deve-se a Paulo Freire o trabalho de sistematização teórica desta vertente educativa.

Freire (1979) formulou uma proposta de educação denominada por ele como Libertadora, Humanista e Democrática. A educação libertadora, tal como proposta por este teórico, exige dialogicidade e a formação de sujeitos históricos, que exerçam sua humanidade, sujeitos capazes de analisar criticamente o contexto em que estão inseridos, intervindo sobre ele, transformando-o. Desta forma, não se pode estabelecer uma relação de dominação no processo educativo, uma vez que, a relação de dominação é negadora da condição humana. A formação do educando requer necessariamente um fazer pedagógico sensível e imerso na sua realidade, de forma a abordar suas problemáticas, reconhecendo seus desafios e potencialidades, pois é na sua existência concreta (pessoal e coletiva) que os indivíduos se constroem constantemente, ora afirmando ora contrapondo-se, mas sempre reconstruindo a si e o contexto em que atua.

O movimento de Educação Popular em Saúde tem como prioridade a relação educativa que se estabelece com a população, visando romper com a verticalidade da relação profissional-usuário. É um movimento caracterizado pela valorização das trocas interpessoais, das iniciativas da população e dos usuários, e, sobretudo, pelo diálogo. Trata-se de um movimento que busca a explicitação e a compreensão do saber popular e que se opõe claramente à passividade usual das práticas educativas tradicionais (Vasconcelos, 2004; Alves, 2005). Dentro desta perspectiva, o usuário passa a ser reconhecido como sujeito detentor de saber sobre o processo saúde-doença-cuidado; capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. Para Alves (2005), a dialogicidade das práticas educativas não se propõe a informar para a saúde, mas sim transformar saberes existentes.

Na concepção de Brandão (2001), a Educação Popular em Saúde constitui uma proposta que pretende substituir a “assistência” pela presença, a “saúde pública” por “serviços de saúde de compromisso popular” e “atenção médica” ao cliente pela vocação pedagógica e crítica do

trabalho do médico e dos demais profissionais de saúde. Este autor entende que a participação de profissionais de saúde nas experiências de Educação Popular traz para o setor da saúde uma *cultura de relação* com as classes populares, e, desta forma, representa uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da Educação em Saúde.

Percebe-se claramente a aproximação desta concepção de educação em saúde com as idéias de Grazzinelli, Grazinelli, Reis e Penna (2005). Estes autores entendem que as intervenções em educação em saúde devem levar em consideração as representações dos sujeitos, vistas como noções e modos de pensar construídos ao lado das suas trajetórias de vida, influenciados pela experiência coletiva. Desta forma, os programas de educação em saúde não podem se restringir às iniciativas que visem informar a população sobre determinados problemas; devem sim extrapolar o campo da informação, integrando considerações de valores, costumes, modelos e símbolos sociais que levam a formas específicas de condutas e práticas.

Alves (2005) acrescenta que as atividades de educação em saúde precisam ser sensíveis às necessidades subjetivas e culturais dos usuários, e, assim sendo, é preciso que se abandonem as práticas comunicacionais informativas e que sejam adotadas estratégias de comunicação dialógica. Nesta perspectiva, é necessário que se trabalhe a partir de dois princípios básicos das ações de saúde: o primeiro deles diz respeito a necessidade de conhecer os indivíduos que se pretende trabalhar; conhecer suas crenças, hábitos, papéis e as condições objetivas em que eles vivem. O segundo princípio parte da premissa de que é preciso envolver os indivíduos nas ações, pois a participação comunitária é um meio capaz de assegurar a sustentabilidade e efetividade das ações de saúde.

Quanto à participação ativa da população, Sícole e Nascimento (2003) acreditam que ela seja um meio essencial para operacionalizar a promoção da saúde. Para estes autores, é do âmbito da promoção investir na formação de cidadãos e trabalhar para a instituição de espaços verdadeiramente democráticos, especialmente no nível local, de modo a desenvolver políticas que partam dos problemas e necessidades de saúde identificados e que possam ser continuamente avaliadas e revisadas.

Para Vasconcelos (2004), a metodologia da Educação Popular em Saúde constitui a superação do “fosso cultural entre os serviços de saúde e a população assistida” (p. 46). É possível constatar que nos locais em que as atividades de educação em saúde tem se baseado na proposta de Educação Popular, emergem novos padrões de enfrentamento dos problemas de saúde, marcados por uma significativa integração entre o saber técnico e o saber popular, e, conseqüentemente, pela mútua colaboração. Vasconcelos comenta que, em virtude deste tipo de constatação, a Educação Popular em Saúde não deve ser compreendida como “uma atividade a mais a ser realizada pelos serviços de saúde, mas como uma estratégia capaz de reorientar práticas de saúde” (p. 46).

Brandão (1982) se posiciona frente à Educação Popular dizendo que esta é uma metodologia que não pretende criar sujeitos subalternos e educados: sujeitos limpos, polidos, alfabetizados, que bebem água tratada. No lugar disto, o propósito de da Educação Popular é de participar do esforço dos sujeitos subalternos na organização do trabalho político que, passo a passo “abra caminho para a conquista de sua liberdade e de seus direitos” (p.93). O autor diz que:

A Educação Popular é um modo de participação de agente eruditos (professores, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde e outros nesse trabalho político. Ela busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação, de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. É uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social (Brandão, 1982, p. 96)

Percebe-se claramente que esta forma de pensar a educação em saúde diferencia-se da passividade usual dos processos pedagógicos tradicionais. No que concerne à Educação Popular, a ênfase não está no processo de transmissão de conhecimento; está na ampliação dos espaços de interação cultural e negociação entre os diversos autores envolvidos em determinado problema social, para a construção coletiva e compartilhada do conhecimento e da organização política que se fazem necessários para a sua superação. Vasconcelos (2004) diz que, ao invés de difundir conceitos e comportamentos considerados adequados, a Educação Popular se volta para a problematização e para as discussões abertas das questões que estão incomodando e oprimindo a população. Assim sendo, prioriza-se a relação com os movimentos sociais por serem expressão mais elaborada dos interesses e da lógica dos setores considerados subalternos do tecido social, cuja voz é, na maioria das vezes, desqualificada nos diálogos e negociações.

De acordo com Vasconcelos (2004), o método de Educação Popular passa a ser um incremento para a construção e ampliação da participação popular no gerenciamento e reorientação das políticas públicas. Alves (2005) considera que todo profissional de saúde é um educador em saúde em potencial, sendo condição essencial que este se reconheça também como um sujeito do processo educativo.

O Programa de Saúde da Família- PSF- é visto por alguns autores (Alves, 2005; Vasconcelos, 2004) como um espaço muito propício para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde. Dado o seu caráter de serviço de atenção básica de saúde, é possível que, a partir do diálogo e intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares, profissionais e usuários possam construir, de forma compartilhada, um saber sobre o processo saúde-doença. O PSF representa, no contexto brasileiro, o centro de todas as propostas inovadoras identificadas no setor de saúde, uma vez que, é um programa que tem como objetivos a humanização da saúde por meio do estabelecimento de vínculos entre profissionais e a população, a democratização do

conhecimento do processo saúde doença e a produção social da saúde, o desenvolvimento da cidadania, a estimulação da organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (Ayres, 1996 citado por Alves, 2005).

O PSF preconiza a reorientação das práticas de saúde ao oferecer uma atuação centrada nos princípios da vigilância da saúde, o que denota uma assistência prestada de caráter integral, que abrange todos os momentos e dimensões do processo saúde-doença. Com base nesses argumentos, verifica-se que a educação em saúde caracteriza-se também pela superação do modelo assistencialista e curativo, significa priorizar as intervenções preventivas e promocionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das diferentes concepções da educação em saúde permite verificar que houve uma significativa mudança na forma de abordar a promoção de saúde. A mudança do paradigma tradicional para um entendimento de saúde como um bem social e multi-determinado tem reflexo sobre as práticas atuais dos serviços de saúde. A proposta do Programa de Saúde da família (ao menos no nível teórico) aponta para um adequação dos serviços com as reais necessidades da população.

A saúde passa a ser considerada não somente como algo de responsabilidade individual, mas sim um processo elaborado e construído socialmente. A proposta de Educação Popular aqui discutida parece ser a mais indicada para os trabalhos com comunidades carentes no âmbito da atenção básica. Contudo, consideramos a necessidade de repensarmos a formação dos profissionais de saúde para que sejam aptos a trabalhar com base nesse enfoque.

A íntima relação do processo de saúde com as questões sociais, principalmente no que diz respeito à vivência plena da cidadania, leva a crer que as estratégias de educação devem ser pensadas ao lado de uma Educação para os Direitos Humanos, uma vez que, o objetivo de participação popular e a conscientização são correlatos da luta por uma vida digna. Para tanto, é preciso que as pessoas se sintam envolvidas nesse tipo de processo e possam analisar criticamente a realidade em que vivem, dessa forma, galgar uma existência mais ética e mais humana, e por que não dizer, também mais saudável.

REFERÊNCIAS

Alves, V. S. (2005). Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface*, 9 (16) p. 39-52.

Brandão, C. R. (2001). A educação popular na área da saúde. *Interface*. p. 127-131.

Freire, P. (1983). *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Freire, P. (1977). *Conscientização*. São Paulo: Cortez & Moraes.

Grazinelli, M. F., Grazinelli, A., Reis, D. C. & Penna, C. M. de M. (2005). Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cadernos de Saúde Pública*. 21 (1), p. 200-206.

Oliveira, D. L (2005). A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 13(3), p. 423-431.

Sícole e Nascimento (2003). Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface*. 7(12), p. 101-122.

Spink, M. J. (2007). *Psicologia Social e Saúde- Práticas Saberes e Sentidos*. Petrópolis: Ed. Vozes.

Vasconcelos, E. M. (2004). Educação Popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14(1), p. 67-83.

Traverso-Yepez, M. (2001). A Interface Psicologia Social e Saúde: Perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*. 6(2), p. 49-56.