

Oliveira, C. C. & Fonte, R. (2009). Parar para pensar... que significa educar para a saúde? *Educação para a Saúde no século XXI: Teorias, Modelos e Práticas* (Coord. Jorge Bonito). Évora: CIEP (Univ. Évora). ISBN: 978-989-95539-3-4.

Parar para pensar...que significa educar para a saúde?

Clara Costa Oliveira e Rosália Fonte
Universidade do Minho; Esc. Sup. Tec. Saúde do
Porto

Apesar de a dimensão formal da educação para a saúde ser cada vez mais apoiada institucionalmente, não podemos esquecer a importância daquela que se realiza em contextos não formais e informais. Estes dois tipos de contextos ajudam-nos a consciencializar que a expressão lata "educação para a saúde" (bem como "promoção da saúde") assenta em práticas muito variáveis e em profissionais com formação muito diferenciada.

Propomo-nos neste singelo trabalho parar um pouco para reflectir, nem sempre sistematicamente, sobre essas diferentes práticas e sobre a implícita falta de rigor conceptual que elas manifestam.

1. Os conceitos, ou expressões conceptuais, referem-se a significações que vamos construindo e atribuindo a determinadas práticas e ao relacionamento dessas expressões com outras do mesmo tipo de jogo de linguagem no qual estamos imersos. Esta constitui uma das primeiras dificuldades com que nos deparamos quando paramos para pensar sobre estas questões. Com efeito, encontramos-nos no mundo da saúde, ou no mundo da educação? Ou será que nos movemos

numa construção de significação intrinsecamente interdisciplinar? Mas, se assim for, os profissionais destas duas grandes áreas epistémicas saberão o suficiente sobre os conceitos e práticas utilizados na área que não académica (e/ou profissionalmente) a sua, para que possamos dialogar, em vez de monologar, sobre “educação para a saúde”? (Rodrigues, Pereira, Barroso, 2005)

Educar para a saúde pode ser mais conseguido na educação escolar que promova a interdisciplinaridade do que naquela que concentre as actividades de prevenção num responsável, usualmente um professor de Biologia.

Percebermos porque vivemos num mundo com condições de vida pouco saudáveis é muito

importante para apostarmos noutras formas de vida; a Filosofia, a Geografia, a Literatura, a História da Religião, etc., podem ajudar-nos muito nestas tarefas (PINTO-MACHADO e OLIVEIRA, 2008b).

A escola, imersa na sua multifuncionalidade patogénica não consegue usualmente desempenhar a sua função mais básica, criar condições para que as pessoas se desenvolvam integral e harmoniosamente. E, no entanto, numa época em que o dinheiro escasseia (ou é mal gerido) sermos solidários e criativos na gestão das várias áreas curriculares afigura-se como absolutamente fundamental para conseguirmos realizar acções de

Educação para a Saúde que frutifiquem, sejam elas certificadas, ou não (OLIVEIRA, 2002).

2. Ao longo da nossa história de vida, fomos (e somos) educadoras não formais e informais de saúde, quase quotidianamente. Temo-lo sido, porém, também na sua vertente formal, colaborando na formação de enfermeiros, médicos, psicólogos, biólogos, técnicos superiores de educação, técnicos de apoio domiciliário, professores, fisioterapeutas, etc.

Algumas das pessoas que ajudamos a formar desempenham papéis formais (reconhecidos e certificados institucionalmente) na educação e/ou na promoção da saúde. Outras, como os técnicos de apoio domiciliário, desempenham-no não

formalmente, sem um apoio de supervisão, por exemplo. Outros ainda, desempenham um papel extraordinário, e insubstituível, no desempenho desta tarefa ao nível informal, como os voluntários não certificados que podemos encontrar ao longo da nossa vida, quais anjos que nos emergem no meio das burocracias institucionais em que a educação para a saúde, por vezes, se encontra imersa.

3. Na maior parte dos programas formais, continuamos a reconhecer o papel da educação para a ...doença, para a sua prevenção e/ou para a sua reabilitação. Ainda que tais programas continuem a ser úteis (ou pelo menos, alguns deles), sobretudo ao nível de grupos previamente identificados, não

podemos negar que a educação para a saúde deveria abranger muito mais do que as questões patogénicas, e afins.

O problema mais grave que provavelmente estas práticas têm acarretado prende-se com a crença de que a prevenção/reabilitação de doenças se consegue pela implementação de mecanismos fisiológicos e/ou psicológicos de causalidade linear baseada na autoridade de quem representa o saber face ao ignorante, vítima da sua condição de analfabeto funcional. Tal é o caso, por exemplo, das mensagens aparentemente aterrorizadoras dos maços de tabaco.

O movimento ecológico alerta-nos contudo para que a causalidade linear nem sempre nos ajuda a

orientar melhor pessoas e grupos na tomada de decisões quanto às suas vidas (BATESON, 1972); também nos tem colocado perante a nossa responsabilidade individual e colectiva na destruição de grande parte do nosso habitat (o que é deveras singular, em termos filogenéticos). Sendo nós a espécie da racionalidade, somos simultaneamente uma das espécies mais vulneráveis, sobretudo devido à nossa enorme capacidade afectiva. (MacIntyre, 1999); esta é uma das principais razões por que a racionalidade imposta perseverantemente nem sempre obsta comportamentos desregrados de grupos ou de pessoas. Talvez assim se perceba que uma acção sobretudo pragmática (no ponto de vista dos

fumadores), como a proibição de fumar em recintos fechados se revele muito mais eficaz do que as que pretendem rentabilizar o efeito do terror em mentes esclarecidas (com as frases bombásticas dos maços de tabaco).

Já tivemos muito tempo e já experienciámos bastantes vezes os efeitos negativos de práticas de educação para a doença demasiadamente crenes na causalidade linear de tipo mecanicista e na potencialidade transformadora da racionalidade e autoridade humanas. Urge que consigamos construir formas de educação eficazmente salutogénicas; serão essas que incluirão necessariamente as visões ecológicas pois visam um objectivo comum: o equilíbrio e a auto-

regulação complexificante da vida. Por muito delirante que possa parecer, não há possibilidade de se educar para a saúde sem se valorizar atitudes individuais e colectivas de tipo ético, tais como a generosidade, o altruísmo, a generosidade. A virtude de ser-se confiável revela-se cada vez mais como absolutamente necessária, por parte do educador (Neto, Aitken, Paldron, 2004; Oliveira, 2004)..

A sua importância emerge na educação para a saúde formal a partir da sabedoria proveniente da educação comunitária de tipo não formal. Não se respeita quem nos ofende, ainda que racionalmente consideremos que erramos; pois a maior parte dos estilos de vida não saudáveis não resultam de uma

má vontade, ou teimosia simples, das pessoas. Obedecer-se por medo, mesmo sentindo-se culpado, raramente tem efeito a longo prazo, e é, por si, um comportamento pouco saudável pois é desequilibrante emocionalmente. A absoluta necessidade de respeitar a dignidade humana de quem opta por formas de vida consideradas menos saudáveis é a única possibilidade de sermos por elas escutados (Oliveira, 2008a).

A criação de espaços de partilha dos conhecimentos entre pares sobre temáticas consideradas importantes para uma vida mais saudável pelos próprios membros dos grupos com os quais se trabalha, será sempre um importante ponto de partida para um educador para a saúde,

que assume a sua função de orientador e não de instrutor da verdade.

5. A Educação para a Saúde precisa de se distanciar cada vez mais de modelos somente punitivos e ameaçadores. Sabemos hoje que eles resultam usualmente a curto prazo, apenas. O exercício de direitos e de deveres de cidadania não pode continuar a ser quase exclusivamente o apontar de defeitos de pessoas que não cumprem os nossos requisitos sociais de estilos de vida saudáveis e de bem-estar!

Temos que conseguir articular a nossa defesa dos direitos dos deficientes com a não estigmatização de obesos, por exemplo; ou de articular os deveres de cidadania dos deficientes.

6. Convém também alertar para a infantilização que muitas vezes encontramos na educação para a saúde levada a cabo por técnicos ‘porreiros’ que consideram que as culturas específicas das populações não devem ser confrontadas com aquilo que as culturas maioritárias avaliam como sendo preventivo, em termos patogénicos. À população de grupos considerados mais homogéneos culturalmente considera-se, no entanto, legítima a paternalização instrutora.

Pressupor que um grupo/cultura (como as comunidades ciganas) não deve mudar é infantilizá-lo, desresponsabilizá-lo das suas possibilidades face a mudanças. Se não devemos (e

estamos no domínio da ética) impor decisões, também não devemos impedir que elas possam ser tomadas; para tal, torna-se necessário que as pessoas/grupos conheçam mais que uma opção de estilos de vida (Oliveira, 2007b)..

7. Uma das questões mais importantes em educação para a saúde, e raramente abordada, prende-se com a responsabilidade pelas consequências da adopção por determinados estilos de vida.

Assim, a questão que se levanta é a seguinte: uma sociedade que promove a saúde (ou a ausência de doença), nomeadamente por campanhas informativas de prevenção primária e secundária,

possui legitimidade moral para responsabilizar os cidadãos pelo exercício do direito de autonomia?

Ainda que todos saibamos que ser autónomo co-implica ser-se responsável pelos seus actos, raras são as sociedades em que tal é levado até às últimas consequências. Quando o é, aliás, surge-nos muitas vezes como uma sociedade demasiadamente punitiva.

Vejam os esta questão com alguns exemplos concretos ligados à educação para a saúde. Os elementos da comunidade escolar de base (alunos, docentes e funcionários não docentes) deverão ser explicitamente valorizados quando promoverem bem-estar entre si; tal terá, por exemplo, que se manifestar significativamente na avaliação

quantitativa do desempenho de qualquer um deles. Assim, a valorização pela positiva surge-nos como facilmente aceitável ainda que raramente a coloquemos em prática.

Maiores problemas éticos nos coloca, porém, a valorização da responsabilidade pela negativa. Expliquemo-nos melhor: se um cidadão vive numa sociedade efectivamente promotora da saúde, se dispõe ao seu alcance possibilidade de prevenção primária e secundária acessível humana e economicamente, não deve esse cidadão ser responsabilizado pela suas opções por formas de vida que o colocaram em situação patogénica? Não deverá esse cidadão ter que pagar, por exemplo, os

seus tratamentos de reabilitação, em vez de ser tratado com dinheiros do erário público?

Evidentemente que esta actuação por legítima norma ética pode acarretar problemas morais quanto à capacidade de alguns dos cidadãos conseguirem responsabilizar-se pelos seus actos. Referimo-nos não tanto às vítimas de doenças psiquiátricas, por exemplo, mas antes a adictos de substâncias ilícitas ou até mesmo das legais.

A reabilitação dos cidadãos que não possuam dinheiro para pagar os seus tratamentos, poderá ser financiada por trabalho comunitário, por eles prestado graciosamente, por exemplo.

Se este tipo de actuação responsabilizadora nos coloca dúvidas éticas, devemos interrogar-nos se na

educação de nossos filhos e alunos implicamos a responsabilidade actos na nossa autonomia para agir no mundo. Assim, se eu tenho autonomia para consumir drogas ilegais em salas de chuto não deverei ser responsável por esse acto quando ele me acarretar problemas de ordem financeira, por exemplo, aquando me quiser reabilitar?

Educar para a saúde alicerça-se em muitos dos dilemas éticos que qualquer acto educativo acarreta; por vezes, no entanto, este tipo de questões são completamente escamoteadas por quem delinea e promove projectos neste âmbito.

8. Considera-se que as Escolas Promotoras de Saúde, tal como foram preconizadas pela OMS, devem assentar, entre outros, no princípio de que a

promoção se dirige ao desenvolvimento permanente das pessoas, que saberão confrontar-se consigo e com o meio, conseguindo construir um projecto de vida e exercendo direitos e deveres de cidadania.

Teremos nós consciência da dimensão ética que está aqui implicada? Promover o desenvolvimento permanente de alguém é, sem dúvida, estimulá-lo a saber decidir o que é melhor para si (como no desenvolvimento de competências emocionais e afectivas que algumas destas escolas proporcionam), mas também é não limitar a sua paixão por uma disciplina curricular em detrimento de uma sujeição a informação curricular (de outras

disciplinas) que não acarreta nenhum sentido para a vida de um jovem, pelo menos naquele momento.

Quantas escolas ajudam os alunos a confrontar-se positivamente com as suas incapacidades e limitações? Fui vários anos docente universitária de estudantes de Medicina e algo que me arrepiava era verificar a pouca resistência à frustração (a classificações menos boas, por exemplo) que muitos deles manifestavam. Como se pode construir projectos de vida reais que não incluam gerir o erro, a perda, a derrota? A construção de projectos de vida emerge do sentido de coerência interna de cada um de nós, que se alicerçam em recursos de resistência generalizada, na linguagem de Aaron Antonovsky (1988).

Muitos desses recursos desenvolvem-se na construção de mundos em que inevitavelmente somos autores. Se o sistema escolar não nos solicita esse papel, co-construímos mundos fora dela, à parte dela. É assim que muitos jovens e crianças continuam a encarar a escola: apenas como obrigatória!

A escola emerge da comunidade e quando isso não acontece, o sistema formal de aprendizagem revela-se com menos força persuasiva do que as aprendizagens informais e não formais (e incluímos aqui as obtidas em contextos escolar, mas não de sala de aula).

Conhecemos figuras públicas, símbolos de significado para os jovens, que optaram por viver

uma vida que produza mais sentido para todos nós constitui um estímulo único. Abordar essas pessoas, ou alguém da nossa comunidade (como pessoas famosas portadoras de doenças decorrentes de certas práticas de vida) em forma de relato de vida resulta melhor que mensagens criptadas visualizadas na televisão, ou que descrições científicas sobre essas patologias lidas nos livros escolares ou nos sites da *net* que consultamos para realizar os TPC (perdão...a investigação!) (Oliveira, 2007a).

9. Muitas dos programas de educação para a saúde restringem-se a públicos específicos, como alunos, diabéticos, mulheres violentadas, etc. Estes programas visam sobretudo a informação (mais ou

menos esclarecida) destas populações sobre factores de risco a que estão sujeitos e o estímulo a procurarem ajuda para se reabilitarem face a essas situações.

Quem trabalha em educação não formal tem consciência que muitos destes programas, ainda que bem intencionados, necessitam de serem precedidos, ou pelo menos acompanhados, de medidas de *empowerment* psicológico; para tal é preciso o contacto directo, personalizado, olhos nos olhos, o abraço acolhedor, que estimula a coragem e derruba o medo mas também o prazer fácil (como no caso dos toxicodependentes) (Tones e Tilford, 2001).

O movimento do *empowerment* no mundo da educação para a saúde dirige-se no entanto para formas de actuação social em que os direitos e deveres de cidadania sejam efectivamente exercidos, como enunciámos anteriormente. Tratam-se de finalidades duras de alcançar por exigirem auto-disciplina, intervenção comunitária e estar sujeito ao poder de quem nada quer mudar, e que além de representar a maioria, exercer sobretudo o poder. Em duas palavras, os modelos de educação para a saúde enquadram-se em projectos políticos! (Sakelarides, ; Illich, 1997)

BIBLIOGRAFIA

Antonovosky, Aaron (1988). *Unraveling the Mystery of Health*. Londres. Jossey-Bass.

Bateson, Gregory (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. Nova Iorque. Ballantine Books.

Illich, Ivan (1997). *Limites para a Medicina*. Lisboa. Sá da Costa.

MacIntyre, Alasdair (1999). *Dependent Rational Animals. Why Human Beings Need the Virtues*. Londres. Duckworth.

Neto, I. G., Aitken, H. e Paldron, T. (2004). *A Dignidade e o Sentido da Vida*. Cascais. Pergaminho.

OLIVEIRA, Clara Costa (2002). “Perspectivas holistas na educação para a saúde”. In *Revista galego-portuguesa de Psicoloxia e Educación* , n. 6 (vol. 8), ano 6º.

OLIVEIRA, Clara Costa (2004). *Auto-organização, Educação e Saúde*. Coimbra. Ariadne.

OLIVEIRA, Clara Costa (2006). “A importância do sofrimento na Educação para a Saúde”. In *Pessoas e Sintomas*, nº 1.

OLIVEIRA, Clara Costa (2007a), “Contributos Educativos e Comunitários do Movimento Epistemológico da Auto-organização- Um método auto-organizativo na formação de educadores de adultos”. Revista *Educação*, ano XXX, n.1 (61) (Porto Alegre - Brasil).

OLIVEIRA, Clara Costa (2007b). “Integração e diferença em educação comunitária: missão impossível?”. In *Reflexão e Ação* (UNISC- Brasil), vol.15, nº1.

OLIVEIRA, Clara Costa (2008a). “A Medicina é uma ciência? Uma interrogação filosófica”. In *Pessoas e Sintomas*, nº 3.

OLIVEIRA, Clara Costa e PINTO-MACHADO, Joaquim (2008b). “Formação personalista no curso de Medicina da Universidade do Minho”. In *Acção Médica. , Jan.- Março.*

Rodrigues, M., Pereira, A. e Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores*. Coimbra. Formasau, Formação e Saúde.

Sakelarides, Constantino (2005). *De Alma a Harry*. Coimbra. Almedina.

TONES, Keith. e TILFORD, Sylvia (2001), *Health Promotion. Effectiveness, Efficiency and Equity*. Chenttenham. Nelson Thornes, Ld..

Vigarello, Georges (2001). *História das Práticas de Saúde – A Saúde e a Doença desde a Idade Média*. Lisboa. Ed. Notícias.