

PARADIGMAS DO CONHECIMENTO E SAÚDE: A EDUCAÇÃO COM PRESSUPOSTO DIALÓGICO

Paula Betina Bock de Prass

Resumo: Este esboço reflexivo tem por objetivo delinear algumas considerações sobre os paradigmas do conhecimento e saúde, bem como a implicação do paradigma da comunicação no modo de educação em saúde dialógica. Parte-se do pressuposto que os paradigmas do conhecimento orientaram os paradigmas de saúde. Nesse percurso, a modernidade balizou métodos de produção do conhecimento em saúde, pautados basicamente em saberes biomédicos que dissiparam a idéia de saúde como um contraponto a doença. A educação em saúde nesta perspectiva vincula-se a moldes deterministas visando evitar o aparecimento de doenças. Entretanto, estes métodos não foram mais suficientes para compreender e atuar com a complexidade do conceito de saúde, e originaram-se novos paradigmas conceituais que envolvem além de questões biológicas, a subjetividade de bem-estar. Assim como o conceito, a educação em saúde precisou distanciar-se dos ideais normalizadores do discurso higienista e pautar-se pela concepção de qualidade de vida. A partir de então, a mediação do entendimento dos sujeitos sobre saúde, decorre de concepções expressas pela palavra. Deste modo, o paradigma da comunicação se apresenta como importante ferramenta para compreender e possibilitar a educação em saúde num sentido dialógico.

Palavras chave: Paradigmas; Conhecimento; Saúde; Educação; Comunicação.

Introdução

Os paradigmas do conhecimento são modelos de compreensão que pautaram o pensamento humano em determinados períodos históricos. Estes são diferentes formas de interpretação acerca do mesmo tema e são construídos e ou pré-estabelecidos de acordo com a vivência social e cultural, por isso marcaram percursos da aprendizagem humana. Marques (1992, p.547) define que “um paradigma é aquilo que membros de uma comunidade científica partilham e, inversamente, uma comunidade científica consiste em homens que partilham de um paradigma”.

Para Bouffleuer (1997), no sentido amplo um paradigma refere-se a condicionantes e referenciais, muitas vezes não refletidos que perpassam toda uma época histórica. Nessa lógica, um paradigma norteia a produção do conhecimento nas diferentes áreas do saber e vão sendo substituídos e reconstruídos. Um paradigma baseia-se no outro, logo eles nunca são completamente novos, mas reestruturados. Marques (1992), diz que o nosso pensamento deve

regressar as origens de forma crítica e interrogativa, de forma a reorganizar nossa mente para buscar outras formas de aprendizado. Como o conhecimento não se produz do nada, mas de forma orientada e sistematizada, precisamos de modelos, algo que ordene e nos dê referência para enxergar as coisas. A abordagem dos paradigmas do saber justifica-se pela exigência da ação educativa em refletir, discutir, reexaminar de forma crítica o processo de produção do conhecimento, não renegando o passado ou outros paradigmas, mas com uma abordagem que possibilite à inclusão das novidades, permitindo uma releitura a luz do presente, ou de diferentes lugares sociais.

Assim como outras áreas do saber, o campo da saúde foi delineado por paradigmas, que orientaram a produção do conhecimento em diferentes percursos históricos (BARROS, 2002). Os conceitos de saúde estiveram subordinados a esses paradigmas, e da mesma forma que esses evoluíram, também os conceitos de saúde ganharam novos enfoques e significações. Alguns paradigmas tiveram expressiva relevância nas descobertas deste campo, como é o caso do paradigma da razão, ou da modernidade, que balizaram o paradigma da saúde biomédico, o qual utilizava métodos de educação em saúde deterministas pautado na concepção de saúde como ausência de doenças.

Embora este paradigma tenha atingido uma hegemonia conceitual, ganharam espaço novas interpretações de saúde que passaram a valorizar questões subjetivas e a determinação social (além da determinação orgânica). Esse movimento deriva da impossibilidade do paradigma biomédico responder ao fenômeno complexo entre saúde-doença. Assim, outras formas para explicar a dinâmica da saúde têm sido propostas, e originaram o paradigma de saúde contemporâneo, denominado biopsicossocial. Neste, um dos pontos direcionadores é a saúde vista como uma busca pela harmonia entre os sujeitos e suas realidades, a partir da integração entre todas as dimensões que constituem a vida humana.

A busca pela harmonia perpassa pela noção de qualidade de vida e não somente ausência de doenças. Assim, a conceitualização e métodos de aquisição de saúde não podem ser determinados exclusivamente por cientistas ou profissionais de saúde, a partir de métodos e técnicas com foco biológico. Essa “determinação” perpassa pela subjetividade de cada sujeito, portanto deve contar com a participação destes. A discussão crítica, num sentido educativo dialógico, legitima a construção e organização dos modos de vida. Deste modo, o paradigma da comunicação, exerce um papel basilar para compreender esta tarefa.

Este estudo tem por objetivo explicitar os principais pontos que orientam os paradigmas do conhecimento e suas reflexões diretas nos paradigmas de saúde, bem como a implicação do paradigma da comunicação no modo de educação em saúde dialógica.

O paradigma ontológico x Empírico-racional

Este paradigma está centrado nas questões metafísicas, partindo da idéia de um mundo já dado, no qual as verdades são imutáveis. Posteriormente, surgem nesse paradigma as primeiras inquietações teóricas sobre o operar da razão para construção do conhecimento e junto com estas a filosofia. Segundo Bouffleuer (1997), os gregos, na concepção metafísica, ao observar a natureza e a sociedade, disseminam a idéia de que mais que reconhecer que as coisas passam é preciso apreender parte e momentos destas coisas, de forma a estabilizar o movimento. Os colaboradores desta forma de pensamento foram Parmênides, Platão e Aristóteles.

Na compreensão de Parmênides, as coisas são como um ser, eterno, perfeito e imutável, logo sua estabilização se dá pelas verdades definitivas. Na percepção de Platão, o conhecimento é imune às transformações e a realidade visível é construída a partir da essência das coisas. A razão permite alcançar a essência para que se conheçam as coisas. Para Aristóteles, a essência não está nas idéias das coisas, mas nas próprias coisas, logo, é preciso conhecer a realidade, observar o objeto para apreender a essência (BOUFLEUER, 1997). Embora as compreensões sejam um pouco diferentes, há concordância no paradigma metafísico de que o mundo é feito de essências apreendidas pela razão humana. O mundo já é imutável, só é preciso conhecê-lo e descobri-lo, entretanto a origem e explicação deste mundo são buscadas em algo que transcende a nossa realidade.

Os paradigmas da saúde nesse mesmo ponto de vista partem de uma concepção mágico-religiosa, em que o bem ou mal-estar estariam diretamente vinculados às divindades e forças sobrenaturais. Essa percepção evolui com o nascimento da filosofia, na Grécia, em especial com os estudos de Hipócrates e seu sucessor Galeno, sobre a teoria dos humores. Surgiu então o paradigma empírico-racional, em que a saúde, e sua ausência, a doença, eram passíveis de compreensão. Começou-se a questionar a origem do universo e da vida, portanto a saúde não estaria mais subordinada à vontade divina (BARROS, 2002). A saúde então foi relacionada ao equilíbrio dos humores (bili amarela, bile negra, flegma e sangue), enquanto o desequilíbrio destes caracterizava a doença.

O conhecimento neste paradigma aparece como explicações das essências. Nesse sentido, o ato educativo perpassa por inserir o educando na ordem do mundo dos homens.

(MARQUES, 1992). Educar consiste em transmitir verdades imutáveis, logo aprender é assimilar passivamente, decorar e reter os saberes já explicitados.

O paradigma moderno ou da razão subjetiva

O Paradigma moderno ou da Razão Subjetiva, é caracterizado pela Razão humana. O homem por sua luz própria ordena as coisas, constrói e transforma o mundo, o próprio destino e faz a história, não havendo interferências divinas (BOUFLEUER, 1997). Dissipa-se nesse paradigma a idéia de que o mundo conhecível é aquele que a razão pode produzir. O homem separa o universo moral e o universo científico. A ciência surge nesse período e vem a contribuir com o embasamento da razão. Buscam-se cada vez mais formas objetivas de produzir conhecimento sobre a natureza e a sociedade no sentido de transformá-los para dominá-los (MARQUES, 1993, p.42). O racionalismo da modernidade é derivado da matemática, no qual o método é fundamental para chegar ao resultado evitando erros. Descartes defende que a “razão conduzida matematicamente decifra a realidade” (FENSTERSEIFER, 2001, p. 51)

Nesse sentido, a ciência é entendida como sinônimo de poder. A matemática e a física são os pilares direcionadores, enquanto que as demais ciências, como as naturais e humanas ficam subordinadas a estas (MARQUES, 1992). A razão e as ciências, enquanto centralidade da modernidade ignoram seus limites e tornam-se estritamente estratégicas, fechando-se em si mesmas, em suas próprias áreas de saber, desvinculando-se dos fins humanos. O conhecimento é especializado e fragmentado, isolado do seu contexto de aplicação (MARQUES, 1992).

Essa fragmentação e especialização dos conhecimentos vão de encontro ao surgimento da sociedade industrial e capitalista, a qual objetiva o máximo rendimento (MARQUES, 1993). “A economia passa a ser a organizadora da sociedade, sobrepondo-se aos interesses pessoais e políticos, originando um "comportamento padronizado e conformista, guiado por um único interesse globalizado” (MARQUES, 1992, p. 553).

Utiliza-se a razão para questionar a razão. Isso implica na possibilidade de reconstrução do conhecimento. Começa a caracterizar a crise da modernidade, uma vez que os modernos, tão seguros das verdades cientificamente mensuráveis, passam a reconhecer, conforme Gilles (1983) que o conhecimento estará sempre sendo revisado e as verdades não são absolutas, uma vez que a ciência é mutável.

Implicações da modernidade no campo da saúde e o paradigma biomédico

A fragmentação do conhecimento característico da modernidade, também se estendeu ao estudo do corpo. O primeiro conceito moderno de saúde, *pleno funcionamento do corpo*, é originário da concepção de Descartes e de sua visão mecanicista. Descartes entende primeiramente que corpo e alma estão separados. Da mesma forma, as partes do corpo são estudadas pela anatomia de forma isolada, como partes independentes de seres sem história (FENSTERSEIFER, 2001). Nessa percepção, surge o primeiro conceito de saúde, o corpo em pleno funcionamento, o contrário, o não funcionamento do corpo é sinônimo de doença. Nessa percepção primeira, a saúde passou a ser entendida com sentido antagônico à doença, discurso ainda presente.

O paradigma biomédico na saúde é originário desta concepção. Em sua obra *Discurso do Método*, Descartes constituiu regras para a produção do conhecimento que ainda hoje são presentes no raciocínio médico. Uma delas é o uso da razão a fim de que as coisas possam ser comprovadas. Outra é a fragmentação das partes para que possam ser melhor examinadas e solucionadas. Por último, mas não menos importante, a necessidade de um pensamento ordenado, numa crescente de complexidade (Descartes, 2001). O paradigma biomédico, pautado nestes métodos para a produção do conhecimento em saúde, constituiu raízes muito sólidas no campo da saúde e tornou-se extremamente difícil de ser rompido.

A medicina foi em outros tempos considerada arte, mas em seu desenvolvimento histórico, tendeu hegemonicamente a identificar-se com a crença da onipotência de uma técnica baseada na ciência. Não houve o devido reconhecimento do hiato entre a vivência singular da saúde e da doença e as possibilidades de seu conhecimento. Isto produziu um problema importante na forma com que se configurou historicamente a utilização dos conceitos científicos na instrumentalização das práticas de saúde (CZERESNIA, 2003, p.3).

Além das técnicas científicas, os interesses econômicos ficaram atravessados neste paradigma. Esses interesses estariam embasados na lógica das sociedades capitalistas que, sobretudo sofreram influência da revolução industrial, onde tudo foi transformado em mercadoria e se destina a produzir lucros. Assim, também a medicina necessitou de sofisticação tecnológica para tornar-se um complexo médico industrial que despertasse a necessidade do consumo (BARROS, 2002). O consumo poderia ser ilustrado pela necessidade

de acesso às tecnologias diagnóstico-terapêuticas, que incluem um mercado de exames de altas tecnologias, as especializações da medicina, a utilização cada vez mais extensiva de medicamentos. Essa instigação do consumo se traduziu num movimento conjunto ao modelo biomédico, denominado medicalização, que se caracteriza por “uma crescente e elevada dependência dos indivíduos e da sociedade para com a oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial e seu consumo cada vez mais intensivo” (BARROS, 2002, p.77).

Vários estudos se dedicaram a entender essa lógica do consumo ao tratar de saúde, a exemplo de Giovanni (1980) e Lefèvre (1991), os quais destacam que as indústrias que se dedicam ao descobrimento das doenças, são as mesmas que criam substâncias para combatê-las. Assim, embora haja uma busca por auxiliar os indivíduos, haveria de certa forma uma “fabricação da doença” (PALMA; ESTEVÃO; BAGRICHEVSKY, 2007). O mesmo acontece quando se define padrões de normalidade de pressão arterial, glicose sanguínea, colesterol...Valores inapropriados, indicam um descompasso das funções orgânicas do indivíduo, portanto são passíveis de intervenções farmacológicas ou necessitam de alimentos especiais, exercícios físicos específicos, enfim, necessitam de algum consumo. Lefèvre (1991) afirma que saúde tornou-se um produto a venda no mercado, através de suas mercadorias específicas. Palma, Estevão e Bagrichevsky (2007, p. 18) complementam que deste modo “numa sociedade capitalista, baseada no mercado, a saúde só poderia ter sentido quando acoplada à doença, à morte, à dor, ao desprazer, à fraqueza ou à feiura”, pois a lógica mercantilista é justamente contrapor o que é negativo.

Nessa perspectiva, educar em saúde consiste em orientar para adesão de comportamentos adequados, indicando a opção de modificação dos hábitos a fim da adoção do que seria um estilo de vida correto, centrado nas questões biomédicas. A educação em saúde fica pautada em práticas deterministas, com uma proposição *preventiva/tradicional/comportamentalista* (ALVES, 2005), (OLIVEIRA, 2005), (SILVA, 2007). Neste modelo, a educação em saúde expressa basicamente o desejo de evitar a doença, com o pressuposto de que ações individuais são suficientemente autônomas e resultam em estado de saúde. Medina (2011) ressalta que é essencialmente da intensidade de uma mudança interior que dependem nossas atitudes. Desta forma, a educação de fora para dentro não se conclui.

Embora o paradigma biomédico, constituído com bases da modernidade, tenha legitimado a produção do conhecimento e orientado as ações de saúde de forma hegemônica por muito tempo, isso começou a ser fortemente criticado, especialmente na década de 70. Esse movimento inicia visto que o paradigma biomédico “não oferecia respostas conclusivas

sobretudo, para as questões subjetivas que acompanham, em grau maior ou menor, qualquer doença” (BARROS, 2002, p.79). Além disso, os custos de saúde começaram a ficar extremamente elevados, e os governos capitalistas insatisfeitos com a impossibilidade de atender a todas as demandas, sinalizaram a necessidade de debater outras perspectivas de saúde. A partir desses movimentos populares e governistas, que discordavam da saúde como um ideal padronizado, que poderia ser vendido, ganharam ênfase discussões que passaram a considerar a saúde numa perspectiva ampliada. Assim, a saúde passou a ser vinculada a questões sociais e econômicas, além das orgânicas.

O paradigma contemporâneo de saúde

O paradigma contemporâneo de saúde é marcado pelos determinantes de saúde como também pela inclusão da dimensão subjetiva, que pautada na qualidade de vida e não somente na ausência de doenças, não permite um modelo único, mas inúmeras interpretações. Pereira (2003, p.3) destaca nesse entendimento que “saúde não são apenas processos de intervenção na doença, mas processos de intervenção para que o indivíduo e a coletividade disponham de meios para a manutenção ou recuperação do seu estado de saúde”.

Palma, Estevão e Bragrichesky (2007, p.19), definem que “a saúde está relacionada a história do indivíduo e deste com a sociedade, ela é assim, uma experimentação do indivíduo”. Palma (2001), no que tange a conceitualização de doença, define que ela é uma perturbação experimentada pelo indivíduo, uma exceção que o afasta das suas relações vitais em que ele estava habitualmente vivendo. A doença faz parte da vida e não se opõe a saúde. Esta experiência, da doença, relaciona-se ao estado anterior da saúde, que estando esquecida ou não, chamando atenção impõe o estabelecimento de valores padronizados. Antes de tudo, saúde não é algo realizado pelo médico, mas uma condição natural do ser.

Canguilhem, (2009, p.78) define a saúde como “uma margem de tolerância às infidelidades do meio”, logo, o estado de saúde perpassaria pela capacidade de agir e reagir, adoecer e se recuperar. Segre e Ferraz (1997, p. 542), após discutirem o conceito, atrevem-se a identificar a saúde como “um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade”. Czeresnia (2003, p. 2), afirma que “a saúde não é objeto que se possa delimitar; não se traduz em conceito científico”. Isso demanda reconhecer os limites do conhecimento científico, de relativizar o valor da verdade científica quando se fala de saúde. Palma (2001)

aponta como uma tarefa das ciências: Reformular seus “olhares”, reconhecendo a incerteza e a complexidade que devem guiar o conhecimento científico.

Não cabe questionar o pensamento científico por ser limitado e redutor, mas sim criticar o ponto de vista que nega o limite destes saberes. É preciso reconhecer os limites deste conhecimento, utilizá-los e conhecê-los, mas não acreditar totalmente neles, abrindo canais para valorizar a interação de sensibilidade e pensamento. A partir dessas contribuições, se dissipa a idéia de que a implementação de práticas de saúde, mantém “a tensão entre duas definições de vida: Uma é a de nossa experiência subjetiva; outra, a do objeto das ciências da vida, do estudo dos mecanismos físico-químicos que estruturam o fundamento cognitivo das intervenções da medicina e da saúde” (CZERESNIA, 2003,p.4).

Como não há um conceito exato, um modelo em que se possa enquadrar saúde, ela não pode ser comercializada através de produtos específicos exclusivos. Seu consumo depende da interpretação de cada sujeito. Do mesmo modo, educar em saúde não se traduz na transmissão de verdades cientificamente comprovadas, pois estas não consideram a dimensão subjetiva. Assim, instigar a saúde dos indivíduos de forma a educá-los para viver com qualidade, transcorre pelo diálogo aberto e pleno, que implica no reconhecimento e valorização das particularidades (objetivas e subjetivas) de cada um. Desse modo, a educação em saúde perpassa pela interação entre os sujeitos, a qual é aportada pelo paradigma da comunicação.

Implicações do paradigma da comunicação na educação em saúde numa perspectiva contemporânea

A importância da comunicação e a relação intersubjetiva entre os sujeitos é a marca do paradigma neomoderno. O conhecimento aparece como entendimento dos sujeitos acerca de algo que faz parte de seus mundos (BOUFLEUER, 1997). Para tanto, ele é mediado pela linguagem e validado pela consciência crítica que fundamenta os argumentos, que podem se constituir como provisórios e constantemente ressignificados. Como não existe um corretor objetivo, produzimos o mundo pelas significações.

A noção de conhecimento perpassa pelas falas dos sujeitos em busca do entendimento. Habermas entende que o mundo encontra uma razoabilidade através do diálogo. Um diálogo que permite a argumentação e contra-argumentação, provas e contraprovas, que leva em conta todas as posições e está aberto às posições dos outros, implicando em aceitar a possibilidade de repensar (MARQUES, 1992).

Esse paradigma exerce papel fundamental na reformulação dos conceitos de saúde e mais ainda no trabalho da saúde pautado na valorização da qualidade de vida dos sujeitos. A consideração da multiplicidade de fatores envolvidos na saúde instigou os sujeitos a se entenderem diante disso. Por muito tempo, o cuidado em saúde esteve pautado na imposição de informações que deveriam resultar na adoção de determinados comportamentos pelos indivíduos, as quais estavam pautadas em critérios científicos. Porém, o que se observava, era que as pessoas não correspondiam a esse método, e os comportamentos adotados de forma prescritiva não perduravam. Assim, começaram a ser experimentadas metodologias que envolvessem os sujeitos na definição de significações e estratégias para o cuidado com sua saúde, originando propostas de educação em saúde num sentido dialógico. As idéias de Paulo Freire, de uma educação problematizadora e emancipatória, com vistas na autonomia contribuíram significativamente com este processo no Brasil. O objetivo desse método é oportunizar a participação de todos na construção do conhecimento, pautado nas realidades individuais e coletivas.

Neste aspecto, devem ser respeitados a linguagem, a cultura e a história de vida dos educandos para levá-los a tomar consciência da realidade que os cerca, discutindo-a criticamente. Em sua obra *Pedagogia da autonomia*, Freire destaca que o aprendizado não deve estar vinculado somente a capacidade de se adaptar ao mundo, mas sobretudo de transformar a realidade para nela intervir, recriando-a. Isso distingue aprendizado de adestramento (FREIRE, 2002). A educação nessa concepção envolve o aprendizado coletivo assumido por grupos específicos, em que cada um atua como participante crítico. Não há fins pré-estabelecidos, definitivos ou transmissão de conhecimento. O objetivo é a produção de entendimentos comuns, com base nos melhores argumentos (MARQUES, 1993).

Assim, na educação em saúde não cabe mais a transmissão do conhecimento verticalizado das verdades determinadas pelos profissionais de saúde. Considera-se hoje que o conhecimento não resulta necessariamente na ação, uma vez que as escolhas se vinculam mais fortemente aos valores do que ao conhecimento. Medina (2011) afirma que a palavra por si só não provoca mudanças no comportamento, pode quando muito, desencadeá-las. Portanto, atuar em prol da saúde dos sujeitos, implica na inserção do mundo social e cultural do outro, pela interação que começa pelo diálogo, onde haja espaço para manifestação e escuta de todos, discussão e elaboração de conceitos para operar, facilitando o entendimento entre os envolvidos no processo de saúde.

A saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. Correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra. Contudo, é por intermédio da palavra que o doente expressa seu mal-estar, da mesma forma que o médico dá significação às queixas de seu paciente. É na relação entre a ocorrência do fenômeno concreto do adoecer, a palavra do paciente e a do profissional de saúde, que ocorre a tensão remetida à questão que se destaca aqui. Esta situa-se entre a subjetividade da experiência da doença e a objetividade dos conceitos que lhe dão sentido e propõe intervenções para lidar com semelhante vivência (CZERESNIA; 2003, p.2).

Do mesmo modo que conceitos, o diálogo serve para a construção conjunta de estratégias, que venham a contribuir para melhoria do processo de saúde individual e coletiva. Destarte, promover saúde vai além da aplicação de uma técnica normativa, mas perpassa por uma proposta educativa. Esta tem como finalidade desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar de forma crítica a sua realidade, decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações, de modo a organizar e realizar a ação e de avaliá-la (FIGUEIREDO, NETO E LEITE, 2010). Esse desenvolvimento da capacidade crítica, é denominada por alguns autores como empoderamento, o qual tem por objetivo explorar o potencial individual para a transformação das práticas comunitárias. O empoderamento busca:

Possibilitar aos indivíduos e coletivos um aprendizado que os torne capazes de viver a vida em suas distintas etapas e de lidar com as limitações impostas por eventuais enfermidades, sugerindo que estas ações devam ser realizadas em distintos settings, entre os quais a escola, o domicílio, o trabalho e os coletivos comunitários (CARVALHO; GASTALDO 2007, p.2031).

É importante clarear a noção de empoderamento do indivíduo, de forma que a saúde, não seja entendida como de responsabilidade e controle exclusivos do indivíduo, sendo este detentor do poder. Há que se considerar que a maior parte da vida é controlada por políticas e práticas macrossociais. Ou seja, embora os pensamentos e atitudes individuais, sejam importantes e influenciem de alguma forma, não se pode reduzir o poder à psicologia individual, e desta forma ignorar os contextos políticos e históricos nos quais as pessoas operam (CARVALHO; GASTALDO, 2007).

Desta forma, Freire defende a idéia do empoderamento social ou comunitário. Este visa a melhora nos aspectos de saúde, entendendo a saúde como um processo e uma resultante de lutas de coletivos sociais por seus direitos “Espera-se, como resultado, o aumento da capacidade dos indivíduos e coletivos para definirem, analisarem e atuarem sobre seus próprios problemas através da aquisição de habilidades para responder aos desafios da vida em sociedade” (CARVALHO; GASTALDO, 2007, p. 2032).

O empoderamento significa construir conhecimento e instrumentalizar os sujeitos para que não aceitem simplesmente o que lhes é imposto. Traduz-se na possibilidade de potencializá-los para que a partir de suas realidades específicas possam também contribuir, sugerir, atuar de forma a modificar ou mesmo manter aspectos de saúde. O que importa no empoderamento é a forma crítica com que se estabelece esta relação de participação, que deixa de ser uma participação omissa, mas torna-se uma participação constantemente crítica e reflexiva.

Considerações finais

Não se pode negar a solidez científica das descobertas e conhecimentos produzidos no paradigma biomédico com pressupostos da modernidade pautados na razão para pensar as formas de entender e evitar as diferentes formas de doença. Contudo, a ciência biológica não aporta mais o entendimento da complexidade do conceito *saúde* a partir de paradigmas contemporâneos, no quais saúde atravessa, sobretudo, os significados e interpretações atribuídos pelos sujeitos.

Logo, a educação em saúde não pode ser entendida como a “prescrição” de comportamentos adequados com vistas à evitar o risco de adoecer. Por outro lado, precisa se constituir como ações que visem fomentar a construção de modos de vida que colaborem com a realização dos sujeitos no meio em que vivem, permitindo-lhes a sensação de bem-estar. Para tanto, estas devem estar engajadas com a realidade local, e ao mesmo tempo valorizar os sujeitos, a cultura, os gostos, as preferências. Só é possível com a instigação da participação crítica e reflexiva da comunidade, inclusive no que se refere às relações de consumo de bens e serviços referentes à saúde.

Assim, o paradigma da comunicação apoia a compreensão e a atuação dos profissionais de saúde no que tange à educação em saúde num sentido menos reducionista à medida que sugere o entendimento entre os sujeitos pelo diálogo. Um diálogo, em que todos estejam dispostos a ouvir e discutir, permitindo-se novas interpretações que serão legitimadas pelos melhores argumentos, no qual o objetivo e subjetivo tem espaço. Através destes pressupostos, permite o estreitamento de relações entre profissionais de saúde e sujeitos e aponta para a construção coletiva de melhores aspectos de saúde.

Educar com pressuposto dialógico é empoderar. Empoderar não somente com conhecimento, mas com o desenvolvimento de pensamento crítico e elaboração de

ferramentas de articulação entre os segmentos da sociedade, que possibilitem uma transformação real, não apenas no plano conceitual.

Referências Bibliográficas

ALVES, V.S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, pp.39-52, set.2004/fev.2005

BARROS, J. A. **Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?** Saúde e Sociedade, v.11, n.1, pp. 64-87, 2002.

BOUFLEUER, J. P (1997). **Pedagogia da ação comunicativa: uma leitura de Habermas,** Ijuí: UNIJUÍ.

CANGUILHEN, G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro-RJ. Ed. Forense Universitária, 6.ed. 2009.

CARVALHO, S.R; GASTALDO, D. **Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista.** Rev. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro-RJ, n.13, (Sup 2), pp.2029-2040, 2007.

CZERESNIA, D. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção.** In: CZERESNIA, D. FREITAS, C. M. (Org.) Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, pp. 15-38, 2003.

DESCARTES, R. **Discurso do Método.** São Paulo-SP. Ed. Martins Fontes, 2001.

FENSTERSEIFER, P. E (2001). **A educação física na crise da modernidade.** Ijuí: Unijuí, 2001.

FIGUEIREDO, M.F.F, NETO, J. F. R e LEITE, M. T. S. (2012) **Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário.** Interface - Comunic. Saúde, Educ., v.16 (41), p.315-29.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia.** Rio de Janeiro, RJ: Editora: Paz e Terra, 2002.

GILLES, T.R. **Filosofia da educação.** São Paulo: EPU, 1983.

GIOVANNI, G. **A questão dos remédios no Brasil - produção e consumo.** São Paulo-SP. Ed. Polis, 1980.

LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica.** São Paulo-SP. Ed. Cortez, 1991.

MARQUES, M. O. (1992). **Os paradigmas da educação**. Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos. Brasília: MEC-INEP, v. 73 (175), p. 547-65.

MARQUES, M. O. **Conhecimento e Modernidade em Reconstrução**. Ijuí: Unijuí, 1993.

MEDINA, J.P.S. **A educação física cuida do corpo... e “Mente”**. Campinas, SP: Editora Papyrus, 2011.

NIETZSCHE, F. **Humano, demasiado humano**. São Paulo-SP. Ed. Companhia das letras, 2000.

OLIVEIRA, V. L. **A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação**. Rev. Latino-Americana de Enfermagem . Ribeirão Preto- SP, Vol. 13, nº3, maio/jun. 2005.

PALMA, A. Educação física, corpo e saúde: **Uma reflexão sobre outros “modos de olhar”**. Rev. Bras. Cienc. Esporte, Vol.22, nº2, p.23-29, jan.2001.

PALMA, A; ESTEVAO, A; BAGRICHEVSKY, M. **Considerações teóricas acerca das questões relacionadas à promoção da saúde**. In: BAGRICHEVSKY, M; PALMA, A; ESTEVÃO,A (org). A Saúde em debate da educação física. Blumenau-SC. Ed. Edibes, p.15-31, 2007.

PEREIRA, A.L.F. **As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(5):1527-1534, set-out, 2003.

SEGRE, M. FERRAZ, F.V. **O conceito de saúde**. Rev. Saúde Pública, 31 (5): 538-42, 1997.

SILVA, C.M. etal. **Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas**. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5), pp.2539-2550, 2007.