

A dimensão ética na educação para a saúde ¹

The ethical dimension in health education

Patrick Paul

Professor associado – HDR (Habilitado a Dirigir Pesquisa em Terceiro Ciclo) em Ciências da Educação, Universidade François Rabelais, Tours-França.

E-mail: docppaul@wanadoo.fr

¹ Tradução: Aparecida Magali de Souza Alvarez, Mestre e Doutora em Saúde Pública, Pós-doutoranda da Faculdade de Saúde Pública/USP. E-mail: apmagali@terra.com.br

Revisão da tradução: Américo Sommerman, Mestre em Ciências da Educação pela Universidade Nova de Lisboa, Coordenador Adjunto de Publicação do Centro de Educação Transdisciplinar - CETRANS. E-mail: americo@cetrans.com.br

Resumo

A ética, como julgamento de apreciação das condutas positivas e negativas, tanto no que diz respeito ao usuário como ao profissional, coloca de início a problemática do desejo e do conhecimento. A educação para a saúde, através dos três modelos classicamente referidos da saúde positiva, da saúde negativa e da saúde global, vai interrogar de variadas maneiras o posicionamento ético em função dos pontos de vista diferentes fortemente ligados às representações sociais. Além disso, o questionamento ético da saúde inscreve-se também naquele, mais largo, da filosofia da educação entre praxis e poïesis. Mas ele impõe também a aceitação do acidente como imperativo que valoriza o erro, com a introdução da complexidade vindo quebrar o dogma das certezas. Reunir as diferentes facetas da saúde e de sua educação sugere então, finalmente, que tomar cuidado é viver o mais autenticamente possível, com o educar para a saúde significando formar e formar-se para a autenticidade.

Palavras-chave: Saúde; Epistemologia da Saúde; Educação para a saúde; Filosofia da Saúde; Saúde Global; A Saúde como autenticidade.

Abstract

Ethics, as a value judgement about positive and negative attitudes regarding the users as well as the professional, raises at the onset the issue of desire and knowledge. Through the three models traditionally referred to - positive health, negative health and global health - health education will question the ethical position in differing ways, according to points of view which vary with and are closely linked to socially biased representations. Moreover, the ethical questioning on health also falls within the broader scope of education philosophy, between praxis and poiesis. But it also implies accepting the accident as a necessity that gives value to error, the introduction of complexity then breaking the dogma of certainty. Putting together the various dimensions of health and health education seems to imply that, all things considered, taking care means living as authentically as possible, health education thus meaning training others and oneself to authenticity.

Keywords: Health, Epistemology of Health; Health Education; Philosophy of Health; Global Health; Health as authenticity

Abordar o tema da ética no vasto campo da educação para a saúde, que, além do mais, está fora das abordagens concretas mas, por vezes divergentes, que assentam suas práticas, não é coisa fácil. Desenvolveremos, portanto, a seguir, alguns esboços que demandarão eventualmente desdobramentos em quadros mais específicos.

Como falar de ética? Essa palavra, que para Pascal exprime o “trabalhar para o bem pensar”, poderia sumariamente definir-se como “julgamento da apreciação sobre o bem e o mal”. Esta definição coloca imediatamente, ao menos na cultura ocidental, uma dupla problemática. Mais precisamente, as noções do bem e do mal - da referência bíblica - evocam o fruto da árvore do conhecimento. Ademais, sabemos das relações desse fruto proibido - e no entanto consumido - com o desejo e a tentação, manifestados sob a forma da serpente e instaurando, em suas consequências, a manifestação de diferentes lugares no ser, aqueles do paraíso e do exílio existencial, por exemplo. Ética, problemáticas da cognição e do desejo aparecem aqui associados : a questão da ética tornando-se aquela do conhecimento e do desejo de si, em vários níveis, e do encaminhamento que permite lá chegar que aponta, ao menos nesse mito, o agente ativo sob a figura de Eva que nós poderíamos compreender² como o outro “lado” do si-mesmo - de alguma forma nosso lado sombra - mas, também, nossa relação com a alteridade, com o desejo do outro, esses dois aspectos aparecendo como indispensáveis para o processo cognitivo. Daí decorrem diferentes interrogações: aquela dos alimentos aptos à dinamizar cada um desses lugares, necessariamente em contradição uns com os outros, de onde se constroi a ontologia, com o bem e o mal tornando-se categorias identificáveis mas submetidas à variabilidade segundo o nível concernido; aquela ainda, sob a aparência de Adão e Eva, que interpela as relações do Mesmo e do Outro. O conjunto desses pontos deverá participar, ao menos indiretamente, de nosso questionamento ético sobre a saúde e a problemática de sua educação, cujas finalidades - nós o colocamos de saída - reenviam à elaboração de um “caminhar em direção a si-mesmo”. Se todo ato de conhecimento, sob as duas faces do bem-estar e da doença, sugere de início um posicionamento ético, talvez importe menos

² Pela etimologia interposta.

saber que compreender, menos compreender que se deixar surpreender afim de reconhecer o outro em sua singularidade e de reconhecer-se - a si - em sua alteridade³. Não se trata mais, então, de reproduzir o mesmo pela imitação dos valores socialmente validados, mas sim de reconhecer aquilo que, para cada um, em sua singularidade, constitui seu “bem” e seu “mal”, indissociáveis de seu vir a ser. O bem, desde então, não é mais categoria universal, mas interação não-dual entre universalidade e singularidade⁴ no reconhecimento de si. Quanto ao mal, ele não é mais o inimigo à ser caçado ou a ser aniquilado mas o indicador inverso do caminho para si.

A educação para a saúde faz referência, desde 1986 e a carta de Ottawa, às ações que, na vida de um indivíduo, de um grupo ou de uma coletividade podem modificar as crenças, as atitudes e os comportamentos à respeito de saúde. Esta definição, ainda que simples e compreensível, também não deixa de colocar problemas. O primeiro está ligado à definição da palavra saúde. Voltaremos a essa questão. O segundo, no quadro largo de uma filosofia da educação, diz respeito - no postulado enunciado - à questão das representações sociais: o indivíduo ou o grupo possuem crenças e comportamentos suscetíveis de prejudicar sua saúde e, no caso afirmativo, a partir de qual posicionamento podemos confirmar essa afirmação? A partir de qual direito podemos querer modificar as atitudes e as maneiras de ser de uma pessoa que, geralmente, nada nos pede? Da mesma forma e por efeito espelho, como podemos estar certos de não estarmos enunciando um certo número de opiniões ou de condicionamentos socioculturais ligados, certamente, a valores comunitários que se proclamam como científicos mas que não correspondem necessariamente aos problemas levantados? Como, particularmente, estar livre das pressões político-econômicas e ideológicas que, através de imperativos por vezes obscuros, tentam intervir sobre o comportamento das populações? Em particular, a orientação normativa, inicialmente definida pelo paradigma bio-medical dominante e pelos que decidem é a expressão de um conhecimento fundamentado, a manifestação de um poder, a valorização de uma solidariedade? Não existem outros mode-

los, muitas vezes diferentes, que nos permitem problematizar as situações difíceis mas que não repousam sobre os mesmos valores (por exemplo, o modelo da saúde comunitária)? Como limites e insucessos podem interrogar a legitimidade das intervenções se nós refutamos todo questionamento? Entre injunções muito ligadas à realização e ao acompanhamento de programas de educação de um lado e do outro as dificuldades inerentes aos não-ditos, ao encontro do íntimo, da sombra, do tabu, ou ainda, face a outras representações da vida e de seu sentido instala-se uma defasagem que importa reconhecer para poder desenvolver um sistema de educação para a saúde que seja o mais adequado possível às populações concernidas. O acidente, como imperativo cognitivo, deve ser reconhecido se desejamos evitar as armadilhas do mecanicismo humano, que interroga, por sua vez, a relação com a autenticidade.

Como Definir a Saúde?

A educação para a saúde, como instrumento a serviço da saúde, comporta duas subdivisões: a prevenção das doenças e a promoção da saúde. Ao caminho de prevenção da patologia associa-se, no eixo da doença, a educação terapêutica do paciente. A promoção da saúde sugere também, mas no eixo da saúde, uma educação postulando que a manutenção de uma boa saúde não é uma coisa que ocorre por si só. Três modelos, associados a três abordagens diferentes da saúde, hoje se justapõem: o da saúde positiva, referindo-se ao bem estar que importa preservar; o da saúde negativa, para o qual a referência é a doença que convém evitar; por fim, o modelo da saúde global, que constata a complexidade dos determinantes biológicos, psicológicos, socioculturais interferindo na saúde ou na doença. Devemos observar, ainda, que o modelo da saúde negativa, muito ligado ao paradigma biomédico, é dominante em nossa cultura. Primeiramente, conforme os valores estabelecidos na pós-modernidade, retomados pela definição da OMS, a busca de uma boa saúde é sinônimo de busca de bem-estar (Leselbaum, 1998). Esta definição pode aparecer conjuntural, em correspondência com certos tipos de sociedade valorizando

3 Ver, por exemplo, a esse propósito, os trabalhos de Ricoeur ou de Lévinas.

4 Esta interação, no entanto, não é uma atitude natural. Ela se inscreve no imperativo de uma mudança paradigmática, impondo sair do Mesmo (holismo) como do Outro (dualismo) a fim de inscrever-se em uma epistemologia das pontes e das relações.

o individualismo e o consumo. Para Fassin (2001) ela corresponde à versão sanitária da busca da felicidade, da qual sabemos a importância cultural em nossas sociedades modernas. A saúde, tornando-se um objeto socialmente elaborado, afirma-se então como “analisador do social”, tornando-se uma “linguagem social” que nos interroga sobre a noção de normas e de normalidade e sobre os fundamentos das medidas tomadas em seu nome. O bem-estar - como definição da saúde - não é, no entanto, o critério absoluto: fumar, beber, comer, ter relações sexuais plenas, trabalhar, repousar, podem ser analisados como indicadores do prazer e da felicidade. Os mesmos atos, nós o sabemos, também podem destruir. A gestão racional dos riscos (Massé, 2001) supõe, portanto, uma reflexão situada além das normas coletivas sobre a felicidade, a fim de determinar o que pode operar como fatores de resiliência ou de patogenia, com essas categorias não apresentando nenhuma fronteira estável entre elas, ainda mais que nós não somos todos iguais face aos mesmos riscos (Saldmann, 1997).

Por outro lado, a responsabilidade do educador para a saúde consiste apenas em combater o mal - atual ou potencial - ou, sob forma de prevenção, em valorizar a saúde como ausência de doença? Afirmar tal papel presumiria uma boa apreensão das questões de saúde e de doença, o que não é simples na prática, a complexidade crescente do mundo que nos envolve nos faz lembrar disso a cada instante.

Ademais, se a saúde opõe-se à doença, na medida em que esta última se declina, segundo a antropologia médica, em três categorias (Massé, 1995) - a doença biológica (*disease*), subjetiva e pessoal (*illness*), enfim social (*sickness*) - podemos daí deduzir que o estado de saúde corresponde às mesmas três categorias consideradas segundo sua contra-face positiva. Portanto, a saúde é tanto física quanto moral ou social, essa pluralidade - que temos que levar em conta - devendo ser respeitada nos desafios ligados à educação para a saúde. Assim, tal conduta aditiva pode revelar-se negativa para a saúde biológica (*disease*), mas ela pode ser vivida positivamente em termos de vivência pessoal, abrindo, por exemplo, o quadro da subjetividade pessoal para uma visão ampliada (*illness*), como ela pode, certamente, estigmatizar, mas significar também a adesão a um grupo de pertencimento portador de valores percebidos como po-

sitivos pela pessoa, mesmo se há marginalização (*sickness*). A postura intelectual própria da antropologia médica e de alguns campos das ciências da educação aparece aqui de suma importância, com a formação devendo permitir a definição de um novo papel do educador para a saúde, muito mais largo e que transformaria a função de “expert” em função de acompanhamento sem perder responsabilidades e competências em caso de impasses das intervenções ou extravios sanitários graves. De maneira ampla, a descoberta da complexidade dos fatos sociais e das representações nas quais os atores sociais se inscrevem deveria ajudar a tomar distância, o perigo residindo nas formações muito fragmentadas e muito disciplinares. Esta última visão, demasiadamente unilateral e simplificada, torna difícil a compreensão dos comportamentos e das possibilidades de transformação das populações (Benoist, 2003).

Nós assistimos, portanto, hoje, a uma mudança de direção atestada por uma tentativa de transformação paradigmática da noção de saúde. Na medida em que existe hoje uma grande dificuldade para definir-se a saúde, com seus indicadores operando de modo complexo, paradoxal, dialético, impõe-se a abertura às abordagens não reducionistas das quais é testemunha o conceito de saúde global. O praticante da educação para a saúde encontra-se aqui face à situação paradoxal de dever respeitar os discursos oficiais, que visam a promover uma certa moralidade protegendo os valores coletivos, apoiando-se sobre o modelo da saúde negativa originário do paradigma biomédico, e, ao mesmo tempo, de reconhecer os fatores individuais e coletivos que engajam a singularidade das populações concernidas como, por exemplo, o modelo de saúde comunitária pode testemunhá-lo. Mas a essa dificuldade se acrescenta a realidade dos fatores ambientais, das diversas poluições, particularmente bem desenvolvida nos modelos ecológicos. Daí então a importância de uma metodologia dos cruzamentos, da complexidade e dos paradoxos tal como nós desenvolvemos graças à transdisciplinaridade (Paul, 2003; Note de synthèse H.D.R, 2005). Um aprofundamento epistemológico e uma mudança paradigmática se impõem se desejamos poder articular e hierarquizar as intervenções, colocando em paralelo a questão da ontologia que nós introduzimos - na seqüência de Platão ou Buber - em vários níveis, supondo a noção de percor-

so cognitivo e de transformação⁵.

Por outro lado, se a saúde se define em sua relação à doença, como sendo sua ausência, instaura-se naturalmente uma dialética do bem e do mal, que não é sem relação com a noção de ética. Esta última, nós já vimos, poderia com efeito definir-se como a ciência que tem como objeto o julgamento da apreciação, uma vez que ele se aplica à distinção do bem e do mal. O caminho ético se empenha em garantir, nos diz R. Misrahi, a maior alegria possível para o maior número possível de indivíduos. A saúde participa dessa felicidade - diferente em nossa apreciação do bem-estar abordado previamente - sob certas condições. Se isto é assim, é em razão da própria estrutura do ser humano como unidade viva tanto corporal como espiritual. Esta, como organização biológica complexa e determinada deixa transparecer um sujeito potencialmente livre e indeterminado. A ética sugere, então, em sua relação com a felicidade, a capacidade dada ao sujeito de ir em direção à sua própria satisfação, com essa realização do desejo essencial impondo uma reflexão e uma temperança entre dois polos contraditórios afim de tornar compatíveis o seu próprio desejo, o desejo do outro e todas as necessidades e condições da vida humana.

O que a prática persegue não é tanto a saúde como a alegria, ou a saúde em vista da plenitude⁶. Esse questionamento está na base das dificuldades encontradas no acompanhamento e na educação terapêutica: para que serve o cuidar-se, o restringir-se, se não há nenhuma alegria nessas finalidades? O percurso normalizador deve tornar-se a condição à felicidade. Ele não pode ser um objetivo em si-mesmo, nós esquecemos disso constantemente. Inversamente e paradoxalmente, a doença não impede sempre a alegria de viver. A intenção do cuidado e da prevenção consiste, então, no final das contas, em dar ou devolver ao sujeito sua capacidade de dispor de forças que o definem como sujeito e que lhe permitem desdobrar-se, por si mesmo, numa existência significativa. Se a saúde fosse uma meta, o indivíduo seria reduzido ao estatuto de objeto mecânico. Mas o humano não é uma coisa, com a saúde tornando-se o meio de organizar sua vida da maneira mais otimizada possível para atender aos projetos desejados.

Se a saúde se concebe mais como recurso que como meta, em relação com um projeto de vida, todo o problema reside no sentido que damos à própria vida e, portanto, à definição dos desejos associados, em primeiro lugar, às representações que temos dela. Há aí desejo de si, de conhecer a si-mesmo, desejo de reconhecimento do outro ou desejo de posse, de consumo de objetos? Para retomar Platão no Banquete (185b-186d), nós somos animados por um eros *uraniano*, celeste e essencial, ou por um eros *pandemiano*, popular e existencial? A ética torna-se, então, retomando Lévinas, o que permite a avaliação da relação com o outro e com as coisas apontando - pelo pretexto das representações - as interações do Mesmo e do Outro por intermédio do bem e do mal.

Ética, Representações Sociais e Interacionismo

A questão da educação para a saúde levanta a questão das representações sociais, que lhe são necessariamente associadas. Estas, em psicologia social, são definidas como a resultante de dois imperativos muitas vezes opostos ligados às espontaneidades individuais e às imposições contextuais e ambientais. Essas idéias são, portanto, ao mesmo tempo partilhadas - porque coletivas e sociais - mas, também, vividas em um modo particular e singular devido às diferenças individuais. Essas representações são, certamente, compostas de informações ligadas, por exemplo, ao saber científico, mas elas repousam também sobre os julgamentos, as opiniões, as crenças ligadas à cultura. Além do seu interesse como códigos que permitem classificar, designar, comunicar, põe-se a questão de seu papel como sistema de expectativa do comportamento dos outros: toda resposta do outro é filtrada em relação à correspondência com o esquema esperado, com a adequação classificando a resposta como “normal”, a inadequação qualificando-a como “anormal”. Essas representações são, portanto, ao mesmo tempo normalisadoras e justificadoras, havendo o problema que as referências que lhes servem de base não podem pretender à verdade, inclusive ao saber

5 Nós não podemos dissociar o ato da educação para a saúde ou de cuidado da questão do sentido, intimamente correlacionada à questão identitária e ao tema visado dentro de uma abordagem hermenêutica, sobre vários níveis.

6 Haveria aqui conformidade com a carta de Ottawa que apreende a saúde como recurso, possibilidade, e não como fim em si mesma

científico. Desde que são atribuídas aos outros as condutas esperadas, obriga-se a um papel imposto antecipadamente e atribui-se ao desvio todo o afastamento da atitude desejada, legitimando-se a informação que possuímos sem recolocá-la em questão. A exclusão social apresenta, portanto, uma eficácia social que consiste em manter a coesão de um grupo estigmatizando a diferença daqueles que dele não fazem parte: a fratura social é o agente de sua coesão (Rouzel, 2002). Paralelamente, a corrente do interacionismo simbólico, saído da Escola de Chicago, empenhou-se em demonstrar como os excluídos recompõem para eles mesmos "através da decomposição social" atitudes de desvio que poderão, eventualmente, constituir uma nova ordem social alternativa e invisível exteriormente, mas que vai apontar a estigmatização e, por falta de organização legal, a anomia.

Reconhecer no outro suas próprias competência e seu próprio saber, como ato de parceria, supõe ao mesmo tempo reconhecer-se, reconhecer o outro em sua singularidade mas, também, de maneira mais indutiva, determinar o projeto e definir o contrato - tácito ou efetivo - que liga as partes. Esse processo visa a aceitar o outro em sua diferença como ator autônomo e não como caso a normalizar. Isso supõe assumir o risco da relação.

Se são as interações (Queiroz et cols., 1994) que constroem os fatos sociais como as atitudes desviantes, a exclusão ou os fracassos escolares, é na dinâmica das trocas entre os diferentes atores que o sentido dado às diversas ações pode modificar-se e que os pontos de vista recíprocos vão modificar o conjunto dos comportamentos, incluindo-se aí os saberes eruditos. Assim Goffman (1975) compreende por interação um face à face pelo qual a influência recíproca dos parceiros se exerce sobre suas ações respectivas o que, regularmente, conduz a saber reconhecer e a respeitar o jogo dos atores com o sistema dominante, com o afastamento das regras tendo freqüentemente o objetivo salvador face aos aprisionamentos ou às exclusões desenvolvidas pelas organizações. Esta atitude supõe que o profissional aceite gerenciar a incerteza e fazer reajustes freqüentes, conciliando as pressões e as lógicas geralmente opostas dos diferentes atores. A etnometodologia, como a transdisciplinaridade em outro nível, convida, portanto, a reconsiderar os saberes disciplinares e profanos na educação para a saúde e a

reconsiderar o laço social que constrói as relações entre profissional e particular, a fim de entrever um acompanhamento que modifica o exercício do cuidado e sua educação.

Todo ser humano possui personalidades múltiplas e contraditórias. Se a complexidade faz parte da realidade sanitária ou educativa, todo discurso formatado ou normalizador torna-se redutor. É importante, portanto, reconhecer a polissemia humana, variável de uma cultura ou de uma pessoa a outra, de um momento a outro, e encontrar nossas contradição, com a fecundidade das brechas cognitivas postulando a emergência de um "entre-dois" (espaço entre dois extremos) além das oposições.

Ética e Filosofia da Educação

O questionamento ético da educação para a saúde se inscreve, naturalmente, no questionamento da filosofia da educação que impõe, em primeiro lugar, um ir além do quadro da opinião, da legitimidade, da ideologia do tipo cientificista, tecnicista, espiritualista. As coisas não são verdadeiras porque elas são legitimadas pela opinião, a ciência, a técnica ou a religião. O questionamento ético começa quando nos interrogamos sobre essas supostas legitimidades. Esse questionamento dos valores que nos fundamentam permite ultrapassar o quadro redutor e deformado das opiniões e faz avançar o conhecimento.

A exigência filosófica em educação significa a manutenção da abertura do sentido em relação aos saberes especialistas, como ela implica no questionamento da prática automatizada. Suas funções de elucidação e de axiologia repousam sobre uma abordagem "indutiva" dos fatos centrada na pessoa e não numa tomada de posição ou de comportamentos que consistiria em dever dizer a verdade sobre os objetos estudados: a filosofia só é possível como fenomenologia (Fabre, 1999). Trata-se, então, mais que a imposição de valores, de fornecer os meios de fazer as escolhas dentro do respeito da liberdade, o que supõe o desenvolvimento de métodos mais participativos e compreensivos, a ausência de julgamento, um acompanhamento centrado na pessoa ou no grupo social. Então, pensar filosoficamente um objeto só é possível a partir de um lugar intermediário entre o outro e si-mesmo, o dentro e o fora. A boa distância mantém,

em uma relação complexa, a intimidade e o distanciamento (Fabre, 1999).

A problemática das relações entre educação para a saúde e ética podeira ser considerada de múltiplas maneiras. Uma das primeiras refere-se à questão das referências epistemológicas. Quem define aquilo que nós apreendemos como verdadeiro? Os saberes especialistas e teóricos, ainda que nos pareçam verdadeiros, não deixam de se referir a posturas epistemológicas que, de maneira subjacente, propõe uma certa leitura do real, embora se distinga dele. Então, aquilo que tomamos por verdadeiro não é necessariamente o real, sempre velado - se se crê em Espagnat - com as representações do sadio e do malsão variando, aliás, segundo o momento e o lugar (ver os trabalhos de Vigarello, 1999, por exemplo). Se verdades parciais e realidade diferenciam-se assim é que o que é próprio da metodologia científica - que serve invariavelmente para apoiar nossas opiniões - repousa sobre um reducionismo que se revela, sem dúvida, pertinente para a resolução de certos problemas circunscritos, mas não adequado ou suficiente para problemas mais complexos que necessitam uma abordagem mais larga e global das situações.

Nosso olhar é um constructo baseado na fragmentação e nas respostas a curto termo, mesmo que o humano seja um fenômeno global inscrito na durabilidade. Dito de outra maneira, mas apenas para evocar o tema, o questionamento ético na educação para a saúde não pode fazer a economia das relações entre saberes e poder ou temporalidades, a dominante da ciência, ligada ao esquema hipotético-dedutivo, colocando a constatação de uma dependência a certos tipos de lógicas de saberes mais que a outros assim como a seus objetivos sociais e societários a curto prazo.

Afirmando de outra maneira, uma abordagem larga da epistemologia do campo da educação para a saúde é indispensável, sem a qual há o risco de cair em uma *poiesis* alienante, esquecendo a importância de uma *praxis* liberadora. Na *poiesis* o “outro” é modelado segundo sua própria imagem e deseja-se “fabricá-lo” - reflexo da onipotência divina - como o ceramista dá forma ao seu vaso, sendo essa atividade da ordem da reprodução, não possuindo nenhuma outra finalidade que ela mesma. A *praxis*, ao contrário, objetiva ver o outro como ser autônomo, como alguém que se tornará produtor de si mesmo. Dirigir o outro para

modelá-lo segundo seus próprios valores e representações ou acompanhá-lo no seu tornar-se auto-produtor de si-mesmo, supõem desafios radicalmente diferentes: em um caso, métodos diretivos, um ensino e balanços formais, uma simplificação eficaz mas limitada são colocadas; no outro caso, métodos não diretivos, a produção de uma representação mais aberta e dinâmica mas mais complexa de encontrar estão em ação. Em matéria de ética, no entanto, somente a segunda posição é verdadeiramente defensável, com a *praxis* sendo regida pelo domínio à priori da liberdade e da livre determinação da razão. No primeiro caso, o ator é educador, o médico, o docente. No segundo caso o ator é o próprio usuário, intervindo diretamente no âmbito do problema que se estuda. Advém daí a importância crescente, no campo da educação para a saúde, de abordagens mais interativas, qualitativas, dialéticas e sistêmicas, até mesmo hermenêuticas do saber como, por exemplo, o modelo da saúde comunitária. A transdisciplinaridade, como conceito alargado da ciência, integrando um conjunto de fenômenos heterogêneos e inúmeras variáveis mais ou menos identificáveis e controláveis é, numa ótica sintética, uma outra possibilidade mais larga ainda, porque integrativa dos dados contraditórios.

Em todos esses casos, a educação para a saúde supõe um indivíduo autônomo que escapará sempre de uma ação de “fabricação”, dos programas estereotipados que visam à reprodução e à imitação de modelos supostamente pertinentes. Há, de fato, na ação educativa, uma imprevisibilidade dos atores e dos agentes que faz com que o modelo de inteligibilidade se apoie na interação de pessoas, de programas, de ambientes específicos e no caráter para sempre incompleto do encontro (Develay, 2001). Daí a importância também de introduzir no campo da educação para a saúde a multireferencialidade, a complexidade, o paradoxo, a incerteza, esta nova epistemologia aparecendo no cruzamento da epistemologia das ciências e da epistemologia das práticas, das metodologias hipotético-dedutivas e indutivas, das abordagens formais e informais ou experienciais, na confluência de uma epistemologia dos objetos disciplinares e de uma epistemologia do sujeito e do ser, portanto, de uma ontologia. Aliás, a introdução da *praxis*, como processo evolutivo, sugere uma problemática educativa associando a transformação pessoal ao ato de conhecer,

o que supõe também a aceitação da idéia de percurso e de caminho no ato de conhecer-se (Buber, 1995).

O Acidente como Imperativo?

A introdução da complexidade no campo da saúde vem quebrar o dogma das certezas. Se nós não podemos tudo controlar, a noção de risco vem introduzir a incerteza, com toda a ação tornando-se um desafio que assumimos, com a maior das garantias racionais possíveis, mas sem jamais poder medir todas as consequências. Entre a experiência de si, na qual, muitas vezes, o inconsciente vem surpreender, e a elaboração consciente, refletida e socializada das condutas se situa então uma dobra e, muitas vezes, uma oposição aos desafios essenciais, fazendo do acidente uma necessidade ao dar um preço à dor que se trata de reconhecer (Fleury, 2002) e que se afirma ao mesmo tempo como modalidade de conhecimento de si e como crítica da razão.

A dor, como reveladora do ser essencial, emerge aqui do acidente (“*accidere*”, “queda inesperada”) postulante de um reerguimento de si gerador da autoconsciência. Mas o acidente, pela ignorância de si ou pela identificação a uma racionalidade não adequada falsifica-se muitas vezes em falsa equivalência pela inversão dos valores em direção do ter. Ao menos no contexto do ser, não mais aceitar o preço do acidente, da morte, remete a criar uma falsa medida, implicitamente um mental (*mens*) falsificado (Fleury, 2002), com a qualidade do verdadeiro afirmando, inversamente, a qualificação do risco como oportunidade de crescimento e de força dando um sentido positivo à provação, o que alguns definem como fatores de resiliência. Assim, à fenomenologia existencial acrescenta-se uma dimensão mais hermenêutica tendendo à revelação de uma outra ordem de verdade, mais velada e inconsciente. Esta, como conhecimento “*imaginal*”^{7,8} e secreto é, sem dúvida, bem mais apta a formular uma verdadeira ética da vida que os valores existenciais definidos pelo ter, na medida de sua intimidade com o sujeito e dos ultimatoss fornecidos pelas provações

da vida. O “*pretium doloris*”, para retomar o título da obra de Fleury, precisa e mede assim, como modalidade de conhecimento de si, o risco (mas também por vezes a ilusão) que se está pronto a assumir para conhecer-se. É graças à figura dionisíaca do desmembramento, da perda e da provação, depois da mortificação e enfim da metamorfose que a dor propõe uma transformação de si geradora de um novo modo de aparição: aquele que conhece o mundo e que se conhece é aquele que conhece a ligação entre o aparente e o escondido (Jambet, 2003), entre a aparência e a aparição (Paul, 2003), entre a manifestação e a comparência (Fleury, 2002).

É claro que esses propósitos não devem ser entendidos como emergindo de uma apologia ao sofrimento - que nós refutamos, certamente -, mas de uma postura ligada à hermenêutica do pathos, com a negação das provas transformadoras fixando a inibição em depressão, a ausência do desejo orientado impelindo em paralelo a todas as inflações e substituições. Aliás, é nesse contexto que é necessário situar certas condutas de risco interpretadas muitas vezes como tentação disfarçada de suicídio, enquanto eu concordo com a opinião de Le Breton (2003) que aí vê muito mais uma tentativa desesperada de viver em um mundo desencantado e com perda coletiva de sentido, com essas colocações em perigos visando a querer, a qualquer preço, salvar o essencial colocando à prova sua força de vida a fim de quebrar as imposições condicionadas pelos falsos valores.

A recusa da transgressão, do sofrimento, do erro, da ilusão, da provação, valorizando as normas promulgadas por uma sociedade que não respeita, aliás, os valores da vida (nós os observamos todos os dias, em todos os níveis), cautions o falso princípio de uma individualidade ilusória mantendo o desaparecimento do sentido e do vínculo do homem com ele mesmo, com os outros e com seus ambientes constitutivos. A metafísica da dor, do erro, da aceitação de nossas imperfeições em um sistema de transformação, como tomada consciente ou inconsciente do risco, equivale aqui a uma metafísica da imaginação, tornando-se por

7 O termo «imaginal» foi criado pelo iranólogo francês Henry Corbin (1930-1978) para estabelecer uma diferenciação com o termo «imaginário», que nos últimos séculos foi sendo associado a fantasia, uma vez que foi se perdendo a diferenciação entre esta e a imaginação verdadeira ou a imaginação criadora. (Nota da tradutora)

8 Ver sobre esse assunto Paul (2003), inspirado nos trabalhos mais específicos de Corbin.

sua vez um espaço “entre-dois” que conduz à revelação de si. Aceitar o acidente, ousar a aventura permite - apesar do risco e pagando o preço do vagar - o acesso ao limiar de uma consciência superior de si, dos outros e do mundo que nos envolve. Essa percepção só é possível pagando o preço de um suplemento de alma desperta pela provação vivida e integrada. O *pretium doloris*, como processo cognitivo, emerge da ordem de libertação e da liberdade que torna possível a ultrapassagem das barreiras colocadas pelas nossas limitações, nossas opiniões, nossos conhecimentos, pessoais ou coletivos. Esse processo, que marca nossa aptidão à auto-cura e à autonomia, revela uma hermenêutica de si que significa a polifonia dos níveis ontológicos, cujo desconhecimento tende a esterilizar toda ação duradora em educação para a saúde.

A Saúde como Autenticidade?

Importa também distinguir, o que não é necessariamente fácil, os diferentes tipos de intervenção em educação para a saúde conforme nos vinculemos a um nível ou a outro.

Se não é muito discutível implicar o melhor possível o sujeito na ação empenhada, essa participação postula necessariamente uma liberdade de escolha ligada à ultrapassagem de toda vontade normativa.

Inversamente, em relação ao objeto analisado, característica do modelo bio-médico, a noção de normalidade e de patologia situa-se - para o essencial - fora de toda liberdade humana. A função do cuidado, da qual decorre a da educação para a saúde, esforça-se em tratar um estado patológico real ou potencial para restaurar um estado normal mas que não torna jamais a reencontrar a identidade do estado anterior à doença (Canguilhem, 1966). Como uma consequência lógica a educação para a saúde deveria conduzir à apreensão do potencial patogênico de uma situação, de um comportamento, para evitar atingir sua atualização. Mas o que se deve compreender por normalidade? De igual modo, até onde há dever ou possibilidade de ação e qual fronteira não se deve ultrapassar? Como situar o normal, o quase normal, não acarretando nenhuma consequência mórbida e o francamente anormal necessitando de uma intervenção?

Em medicina a normalidade só pode remeter à saúde. Mas nós vimos o quanto essa palavra questiona e,

mais ainda, que ela não responde a uma expectativa de esclarecimento.

Nós constatamos, apoiados em Sfez (1995), que sob essa palavra desenvolve-se uma utopia ideológica. O “politicamente correto” tenderia a fazer-nos crer que bastaria respeitar as diretrizes enunciadas pela ciência e nós poderíamos evitar a doença e não ter mais nenhuma inquietação face à morte, tão distante se tornaria o seu acontecimento. Mas essas boas intenções não escondem interesses financeiros ou ideológicos e um despotismo sutil dos mais perigosos que negaria toda provação de construção identitária? Inversamente, deve-se apoiar, sob pretexto de respeito às liberdades e à busca, toda atitude que se pode supor como negativa para os outros ou para si?

Se a saúde opõe-se a um “pathos », à subjetividade do sofrimento tanto como às suas manifestações objetivas, é nesse horizonte de luta, nesse espaço “entre-dois” que reside toda intervenção preventiva e educativa. O problema reside, então, na interação entre os diferentes níveis de perturbações, objetivos e subjetivos, aparentes e velados, afirmando a importância de uma hierarquização dos sintomas e das intervenções em função de critérios cada vez diferentes e que convém definir em diferentes níveis de realidade. É necessário também poder precisar a relação entre esses níveis e aquele do sentido que a pessoa atribui a sua patologia, postulando a noção de caminho. Porque os sofrimentos podem ser múltiplos, inclusive o que Zarifian (1994) denomina de sofrimentos existenciais, o que supõe não perder de vista o estatuto, sempre plural, da saúde e da doença ou dos desequilíbrios potenciais que dão o alarme.

Dizer que a saúde é ausência de doença é afirmar, com Honoré (1999) que a referência central é a doença, considerada como objeto principal. Aliás, em nosso mundo moderno as atividades ditas de saúde dizem respeito à doença. Mas a saúde é também prévia, anterior à toda patologia e não pode, então, identificar-se plenamente a uma ausência de doença. Como ó enunciamos, ela não corresponde mais a um estado de bem estar. É portanto a doença que é normativa, não a saúde, na medida em que ela é - como o dizia Canguilhem - geradora de novas normas de vida a fim de não se adoecer de novo. O que funda a manutenção da saúde depois de uma doença seria portanto nossa capacidade individual em determinar novas normas

vitais, às vezes mais largas mas muitas vezes mais reduzidas, com a doença, em continuidade com a saúde, vindo desordenar uma ordem anterior para modificá-la. Evitar a doença, pelos métodos supostamente adequados, relaciona-se com a própria patologia, mas essa prática não se endereça nem à saúde, nem aos indivíduos, de onde advém a dificuldade em determinar uma educação para a saúde. A doença, manifesta ou potencial, mas em todos os casos reconhecida, torna-se, no entanto, o indicador de nossa capacidade de adaptação e de transformação, ligada tanto aos imperativos biológicos quanto psicológicos ou sociais da pessoa. A saúde, independentemente da doença, não é um estado mas um dinamismo vital com o qual o ser vivente faz face ao que o desequilibra, reorganizando-se (Honoré, 1999). Reunir as duas faces da saúde, uma inscrevendo-se como respeito à “palavra” dos órgãos após sua doença, outra como “silêncio” desses mesmos órgãos por todo o tempo em que tudo estiver bem, inscreve-se então em um processo dialético com dupla entrada: uma orientada para a alteração (pela presença excessiva a si), a outra para o esquecimento (pelo retraimento de si). A relação entre esquecimento e afirmação, silêncio e palavra, equivalentes de bem-estar e mal-estar, indicaria então a maneira que nós nos portamos e comportamos. A vida, sob a forma de silêncio ou de pathos, de paixão, desperta assim à presença do ser que se revela no duplo espelho de seu silêncio e de sua palavra, de sua saúde e de sua doença, de sua inapreensibilidade e de suas apreensões.

Mas a dialética saúde-doença apreende-se também segundo outras tensões dialéticas, como por exemplo aquela de um processo de avaliação entre uma necessária desestabilização existencial impelindo ao ultrapassar das fronteiras ou dos limites - abrindo para as transformações - e uma busca das profundezas que aspira ao equilíbrio e à estabilidade. Não se trata mais, então, na problemática do estável e do instável, de conservar sua saúde, mas antes de inscrever saúde e doença em um processo mais e mais consciente do despertar dos valores inscritos no ser, isto é, retomando Canguilhem, para realizar sua natureza. Cuidar de sua saúde torna-se, então, manter com a maior coerência possível seu próprio desdobramento, do começo ao fim, esperando poder realizar, sem jamais totalmente lá chegar, o mistério de sua própria origem. Nesta ótica, cuidar é viver o mais autenticamente pos-

sível (Honoré, 1999), com o educar para a saúde tornando-se, nesta última dialética dos opostos, formar e se formar para a autenticidade. Porque a saúde, que de uma certa maneira engloba todos os estados de harmonia e de resposta à patologia, emerge de uma relação com a autenticidade ou com a inautenticidade: uma pessoa está em boa saúde no bem-estar, na doença ou na morte quando ela é autêntica em sua relação com ela mesma, com os outros e com o mundo que a envolve. Por outro lado, ela está, doente - mesmo no estado de saúde aparente e a mais manifesta - quando essas mesmas relações constitutivas do ser se invertem e são inautênticas.

Conclusão

A ética, como “arte de dirigir a conduta” sugere uma vida voltada para o bem, nutrida de solicitude para com o próximo, de dignidade e de estima de si. Afirmar um posicionamento ético suporia uma certa justiça em nossas relações com o mundo (no caso contrário a doença biológica não está longe), em nossas relações com os outros (do contrário há o risco de uma patologia social), em nossa aproximação conosco mesmo (o desequilíbrio subjetivo interior sendo uma decorrência de sua ausência). O conjunto dessas relações determina a autenticidade ou inautenticidade de nossa vida, intimamente correlacionada à questão da educação para a saúde. Esse imperativo sugere a ultrapassagem das representações dominantes da ciência, a fim de engajar-se em uma via bio-cognitiva e em um processo ativo de transformação que promovam a união entre o vivido, o conhecido e o desconhecido. A ética, nesta orientação, torna-se uma proteção contra todos os desejos de poder.

Se a atitude educativa, no sentido de uma praxis, visa a alimentar a autenticidade e a refutar a inautenticidade, fora dessa relação haveria uma certa vaidade em querer propor uma educação para a saúde, como bem lembra Sicard (2002), presidente do comitê nacional de ética. Pois até onde lutar contra as diferentes formas de desequilíbrio e com que direito? Tentar impor uma normalidade, difícil de precisar quando não nos restringimos aos valores biológicos, não pode nos fazer crer - pelas representações sociais interpostas - no mito da saúde perfeita? Mas, também, à problemática da saúde construída sobre a doença e em tor-

no do medo, entre normalidade e anormalidade, deveria poder substituir-se uma experiência da saúde apoiada na vida, construída em torno do prazer, do conhecimento, da responsabilidade de si, entre autenticidade e inautenticidade que especificaria a dialética das relações entre o ser de saúde e o sentido do ser. Esta adesão presumiria, por sua vez, a aceitação de nossa parte de sombra e não mais sua rejeição como reveladora de nossa relação com o mundo, com os outros e conosco em uma busca unificadora do conjunto das dimensões que compõem cada ser humano.

Enfim, um aprofundamento dos fundamentos éticos e epistemológicos na educação para a saúde deveria permitir clarificar a questão de sua avaliação, em debate nos dias atuais.

Referências

- BENOIST, J. A propos de l'éducation thérapeutique des patients, la place de l'anthropologie. *Revue AMADES*, Aix-en-Provence, n. 54, p. 1-2, 2003.
- BUBER, M. *Le chemin de l'homme*. Monaco: Ed. du Rocher, 1995.
- CANGUILHEM, G. *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF, 1966.
- CORBIN, H. *L'homme de lumière dans le soufisme iranien*. Paris: Ed. Présence, 1971.
- CORBIN, H. *Temple et contemplation, essais sur l'islam iranien*. Paris: Ed. Flammarion, 1980.
- DEVELAY, M. *Propos sur les sciences de l'éducation: réflexions épistémologiques*. Paris: ESF éditeur, 2001.
- FABRE, M. Conclusion: qu'est-ce que la philosophie de l'éducation? In: HOUSSAYE, J. (direction). *Education et philosophie: approches contemporaines*. Paris: ESF éditeur, 1999.
- FASSIN, D. *La globalisation de la santé: éléments pour une analyse anthropologique*. Paris: Ed. Karthala, 2001.
- FLEURY, C. *Pretium doloris, l'accident comme souci de soi*. Paris: Ed. Pauvert, 2002.
- GOFFMAN, E. *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*. Paris: Ed. de Minuit, 1975.
- HONORÉ, B. *Être et santé-Approche ontologique du soin*. Paris: Ed. l'Harmattan, 1999.
- JAMBET, C. *Le caché et l'apparent*. Paris: Ed. de l'Herne, 2003. (Coll. Mythes et Religions).
- LE BRETON, D. *Anthropologie de la douleur*. Paris: Ed. Métailié, 1995.
- LE BRETON, D. Risquer sa vie pour en retrouver le goût. *Le Quotidien du médecin*, n. 7345, 3 juin 2003, p.16.
- LESELBAUM, N. Autour des mots « éducation sanitaire », « promotion », « prévention », « éducation à la santé ». In: *Education à la santé, recherche et formation pour les professions d'éducation*, n. 28, p. 131-138, 1998.
- MASSÉ, R. La santé publique comme projet politique et individuel. In: *SYSTÈMES et politiques de santé: de la santé publique à l'anthropologie*. Paris: Ed. Karthala, 2001. p. 61-64.
- MISRAHI, R. *Qu'est-ce que l'éthique*. Paris: Ed. Armand Collin, 1997.
- PAUL, P. *Formation du sujet et transdisciplinarité, histoire de vie professionnelle et imaginaire*. Paris: Ed. l'Harmattan, 2003.
- PAUL, P. *Education à la santé et à l'environnement: apport croisé des médecines chinoise et occidentale*. Note de synthèse sur travaux pour l'Habilitation à Diriger des Recherches, Laboratoire des Sciences de l'éducation, Université de Rennes II, 2 février 2004.
- PLATON. *Le Banquet*. Trad. E. Chambry. Paris: Ed. Garnier-Flammarion, 1964.
- QUEIROZ, J-M. de, ZIOLKOVSKI, M. *L'interactionnisme symbolique*. Rennes: Presses universitaires de Rennes, 1994. (Coll. Dictat Sociologie).
- ROUZEL, J. *Le transfert dans la relation éducative*. Paris: Ed. Dunod, 2002.
- SALDMANN, F. *Les nouveaux risques alimentaires*. Ed. J'ai lu, 1997. n. 4504.
- SICARD, D. *La médecine sans corps, une nouvelle réflexion éthique*. Paris: Ed. Plon, 2002.
- VIGARELLO, G. *Histoire des pratiques de santé: le sain et le malsain depuis le moyen âge*. Paris: Ed. du Seuil, 1999. (Coll. Points Histoire N° H259)
- ZARIFIAN, E. *Des paradis plein la tête*. Paris: Ed. Odile Jacob, 1994.

Recebido em: 14/12/2004

Aprovado em: 15/02/2005