

Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria ¹

Seven theses on health education for community participation ¹

Roberto Briceño-León ²

¹ Las investigaciones en las cuales se funda el presente trabajo fueron financiadas por el programa especial en investigación y entrenamiento en enfermedades tropicales TDR, PNUD/Banco Mundial/OMS.

² Laboratório de Ciências Sociais, Universidad Central de Venezuela. Apartado 47795, Caracas 1040-A, Venezuela. rbriceno@dino.conicit.ve.

Resumen El artículo procura establecer algunos postulados que puedan orientar la educación sanitaria con el propósito de fomentar la participación comunitaria. Se parte de las teorías de la acción humana para poder establecer las dos corrientes que pretenden explicar la acción o no acción de las personas. Se plantean dos principios de trabajo: es necesario conocer y contar con el ser humano, los cuales se expresan en dos premisas: "Sólo conociendo al individuo y sus circunstancias es posible una acción eficiente y permanente en salud"; y "Nadie puede cuidar la salud de otro, si éste no quiere hacerlo por sí mismo". Luego se postulan las siete tesis: I – No hay uno que sabe y otro que no sabe, sino dos que saben cosas distintas. II – La educación no es sólo lo que se imparte en programas educativos, sino en toda la acción sanitaria. III – La ignorancia no es un hueco a ser llenado, sino un lleno a ser transformado. IV – La educación debe ser dialógica y participativa V – La educación debe reforzar la confianza de la gente en sí misma. VI – La educación debe procurar reforzar el modelo de conocimiento: esfuerzo-logro. VII – La educación debe fomentar la responsabilidad individual y la cooperación colectiva.

Palabras clave Educación Sanitaria; Participación Comunitaria; Salud Pública

Abstract This article attempts to establish some postulates to orient health education aimed at promoting community participation. Theories on human action serve as the point of departure for establishing two currents of thought explaining action or non-action by people. Two working principles are proposed, i.e., that it is necessary to both know and rely on human beings. These two principles are expressed in two premises: "Only by knowing individuals and their living circumstances is it possible to take efficient and on-going action in health," and "No one can care for someone else's health if that person does not wish to do so himself/herself." The author goes on to raise seven theses: 1. There is no such thing as one person knowing and another not knowing; rather, there are two people who know distinct things. 2. Education is imparted not only through educational programs, but in all health-related action. 3. Ignorance is not a void to be filled, but a plenitude to be changed. 4. Education should be dialogical and participatory. 5. Education should reinforce people's self-confidence. 6. Education should seek to reinforce the effort-achievement model of knowledge. 7. Education should promote individual responsibility and collective cooperation.

Key word Health Education; Community Participation; Public Health

En las enfermedades metaxénicas, una gran mayoría de ellas conocidas también como enfermedades tropicales, intervienen tres factores: el parásito, el vector y el ser humano. De los tres factores sabemos relativamente bastante acerca del parásito o del vector, pero muy poco sobre el ser humano. Y es así a pesar que es el individuo quien sufre la enfermedad, y quien puede ser un factor importante en su transmisión, o en su prevención y control. Este es el caso de la malaria, la enfermedad de Chagas, la eschistosomiasis, la filariasis, la leishmaniasis, dengue, cólera y varias otras más.

En los ciclos de estas enfermedades las personas son importantes porque es su acción, o su no-acción, en un medio ecológico determinado, lo que va a permitir la transmisión de la enfermedad o su control. Es su acción cuando, por ejemplo en el caso de la eschistosomiasis, el individuo defeca en un río donde luego se baña o lava sus ropas; o en el caso de la leishmaniasis cuando se introduce en una selva a pasar la noche. O es su no-acción cuando, como en el caso de la enfermedad de Chagas, deja las paredes de su casa sin frisar, sin enlucir, y permite la presencia de los vectores en su propio hogar.

Las acciones de control que tradicionalmente se han aplicado en estas enfermedades han estado centradas en el parásito o en el vector, pero en comparación muy poco se ha hecho en relación a los seres humanos. Las acciones de tratamiento, prevención o control se han formulado dando muy poco énfasis a las personas.

Hoy en día, y como resultado de estas políticas de control aplicadas por años, de una manera repetida y, habría que reconocer, perseverante y eficiente, se produce una triple resistencia: una resistencia de los vectores a los insecticidas, una resistencia de los parásitos a la quimioterapia y una resistencia en las personas a este tipo de programas autoritario y vertical. Las personas en las distintas zonas endémicas demuestran cansancio frente a las inspecciones domiciliarias, al consumo de pastillas, al uso de insecticidas, a la toma de muestras de sangre, en fin, a todo un conjunto de acciones que no se les consultan ni explican del todo. Pero, sobre todo, ante un conjunto de acciones que no entienden bien ni aceptan, sobretodo en condiciones de baja endemicidad, pues no se comprende bien ni las enfermedades – algunas de ellas asintomáticas –, ni la necesidad de un control vectorial y parasitario para disminuir el riesgo de reinfección y reinfestación en una comunidad (Service, 1993).

La resistencia de los seres humanos obliga a un cambio en los programas y en especial en la manera de entender la relación de las personas con el control de la enfermedades y los programas de control. Un aspecto importante a considerar allí es la educación, pero una educación que tenga como objetivo no solo vencer la resistencia de los individuos, sino incitarlos a participar activamente en las acciones de acondicionamiento ambiental que requiere el control de las enfermedades metaxénicas. Se requiere de una educación que propicie la participación comunitaria, no de cualquier otro tipo de educación sanitaria (Villarreal, 1993).

Dos postulados básicos

Para vencer la resistencia de las personas se requiere entonces un mayor énfasis en el factor olvidado, en el ser humano (Gillet, 1985). Este cambio de óptica implica dos principios que han de guiar cualquier acción sanitaria: a) es necesario conocer al ser humano; b) es necesario contar con el ser humano.

Conocer al ser humano

Este principio tiene un postulado que pudiera definir así:

Sólo conociendo al individuo y sus circunstancias es posible una acción eficiente y permanente en salud.

Conocer al Individuo Implica Comprender:

a) *Sus creencias*: lo que el individuo cree sobre la forma de transmisión o de control es fundamental para su acción. Si el individuo cree que la enfermedad se cura con brujería no hará al respecto algo que sea distinto a la hechicería. O si el hombre piensa que las pastillas de cloroquina le darán impotencia, se las arreglará para no tragarlas. En un poblado africano se observó que clasificaban las enfermedades en cinco tipos: las naturales, las causadas por la magia negra, las causadas por los brujos, las causadas por los espíritus y las dadas por Dios, de ellas solo el primer tipo podía ser tratado por la medicina occidental, las otras cuatro debían ser tratadas por la medicina folk o por la medicina islámica (Hielscher & Sommerfeld, 1985). La manera en la cual se ubique una enfermedad es extremadamente importante para su tratamiento y el abordaje de prevención o control que quiera hacerse. Las creencias son importantes porque la realidad es, para los efectos del comportamiento, como la gente cree que es; lo cual no necesariamente coincide con cómo otra persona o como científica-

mente demostrada se piense que la realidad es de verdad.

b) *Sus hábitos y roles*: las personas hacen actividades o dejan de hacerlas habitualmente, y esto los expone al riesgo de adquirir la enfermedad o impide su control, pues los hábitos implican las maneras tradicionales de vivir, son lo que las personas hacen porque siempre lo han hecho de ese modo y que, sin pensar, repiten, como una verdad que se impone en actos. Ese es el caso de los hábitos sanitarios de disposición de excretas que dificultan el uso de las letrinas; o de los hábitos de convivencia y descanso familiar que coinciden con las horas de mayor picada de los mosquitos, o los hábitos de lavado de ropa o recreación en los ríos contaminados. Algunos de estos hábitos están relacionados con las circunstancias en las cuales se vive; otros, de orden más ritual, están asociados con las creencias.

Pero estos hábitos están asociados con los roles individuales, en particular con los de edad y género. Las actividades derivadas de la división sexual del trabajo afectan notablemente la exposición al riesgo de contraer o no ciertas enfermedades, así como a formas de comportamiento diferencial ante el tratamiento o la prevención. De igual modo la edad condiciona los roles y obliga o impide ejecutar ciertas tareas o realizar ciertos oficios dentro o fuera del hogar (Briceño-Leon & Pinto Dias, 1993).

c) *Sus circunstancias*: son las condiciones materiales reales sobre las cuales se despliega la acción o no-acción de los individuos. Son las condiciones objetivas de la situación en la cual viven las personas, estas condiciones son de la persona, la familia, la comunidad o la sociedad en la cual se encuentran. Estas circunstancias nos permiten, por ejemplo, comprender en su contexto qué está sucediendo con los depósitos de agua, es decir, porque una familia pobre sin servicio de agua potable debe guardar el líquido en recipientes que permiten los criaderos de *Aedes aegypti*; o porque una familia rica igualmente planificar las posibles acciones de control, tanto las globales como las más individuales; no es factible decirle a una población campesina que mejore sus casas cuando escasamente tienen para alimentarse, ni decirles que tomen una pastilla a unas exactas cada seis horas, cuando no tienen reloj.

Desde el punto de vista social son importantes para comprender las circunstancias algunos aspectos básicos: la vivienda y los servicios el microambiente central donde se desenvuelve la familia y se pasa una buena parte del tiempo diario; y los servicios de los cuales se dispone en la vivienda o sus alrededores, pues

esto pautara los hábitos y los roles de los individuos. La ocupación, puesto que refiere al otro microambiente en el cual se despliega la acción cotidiana de las personas y se pasa la otra mayor parte del tiempo diario; y el ingreso, pues permite conocer las limitaciones o posibilidades de acción individual-familiar y de la calidad de la vida derivada del consumo posible (Briceño-Leon, 1993b).

Contar con el ser humano

Este principio tiene una premisa que pudiera postular así:

Nadie puede cuidar la salud de otro, si éste no quiere hacerlo por sí mismo.

Esto quiere decir que las personas deben actuar para poder garantizarse su propia salud, quiere decir que los programas no pueden ser impuestos a la comunidad, que la comunidad debe compartir el tipo de programa de salud que se va a llevar a cabo. ¿Y por qué esto debe ser así? Creemos que esto debe realizarse de esta forma por un principio ético y un principio de eficacia y sostenibilidad de las acciones.

Desde el punto de vista ético, el principio reside en el respeto por la libertad individual y por la capacidad individual de decidir sobre su destino y la salud y el riesgo de la enfermedad, sin embargo hay algunos conflictos a este respecto, pues está también el principio ético de la protección del otro, de la salud colectiva. Las acciones sanitarias autoritarias pueden justificarse muy bien en casos de epidemias, pues allí el principio se basa en la protección de un tercero que lo representaría la colectividad, el cual debe protegerse y cuyos derechos estarían por encima de los derechos del individuo. Pero resulta difícil de sostener la idea de la imposición y protección del individuo sin contar o a pesar de su voluntad en condiciones no epidémicas. En estos casos, el principio implícito que ha regido es que el otro es ignorante o minusválido social, y que por lo tanto debe protegerse aun y a pesar que él o ella no desee protegerse a sí mismo. Esta razón ha dominado en mucha de las orientaciones de los programas verticales de control de enfermedades y se ha sustentado en la existencia de una población pobre y analfabeta, o de muy baja educación, que debía aceptar la acción civilizatoria y sanitaria de los programas gubernamentales.

Los programas verticales y autoritarios estaban históricamente sustentados en la existencia de gobiernos igualmente autoritarios. Pero al cambiar la situación política y social, establecerse la democracia y los derechos individuales y cambiar las condiciones educativas

de la población, no es posible continuar con el mismo planteamiento autoritario. En estos casos el principio ha sido entonces de tipo paternalista y civilizatorio: debe ayudarse a la población, debe hacerse algo por sacarlo de la miseria y la enfermedad, así ellos no deseen hacerlo. Aquí la crítica puede tener un aspecto filosófico, con qué derecho va uno a hacerle a alguien un "bien" que no desea para sí mismo. Pero tiene también un aspecto más práctico, y es que bien poco pueden durar las acciones realizadas por agentes externos que no logran convocar la voluntad, ni involucrar el esfuerzo de los propios individuos en riesgo o que padecen la enfermedad. Solo serán sostenibles las acciones que involucren a los individuos y las comunidades. Es posible que muchas acciones verticales puedan tener una mayor eficacia e inmediatez, pero la permanencia de estas acciones en el tiempo es más frágil, pues los individuos no cooperarán para mantenerlas porque no las consideran propias o porque se les crea un rechazo y una resistencia a continuar aceptándolas.

Contar con el ser humano implica aceptar el riesgo de la libertad del otro, único fundamento para la construcción de una sociedad democrática.

Las teorías de la acción

Pero, ¿por qué la gente actúa? Hay muy diversas teorías en las Ciencias Sociales; hay diversos enfoques en la llamada teoría de la acción, y es algo que por años han intentado comprender sociólogos, psicólogos, politólogos. Podríamos resumir y decir que hay dos grandes corrientes teóricas: las que dicen que la gente actúa por las circunstancias, por la situación y las que dicen que la gente actúa por sus valores o por sus creencias, (Strmiska, 1979; Boudon, 1975, 1979; Weber, 1969).

Las teorías que postulan que la gente actúa por la situación incluyen posturas políticas muy distintas, que van desde el marxismo (Marx, 1971) hasta el neopositivismo contemporáneo (Popper, 1967, 1981). Sostienen que son las circunstancias las que hacen que el hombre actúe de determinada manera, es decir, que alguien reaccionará o escogerá su comportamiento de acuerdo a las circunstancias. Pero, otras teorías sostienen que lo fundamental son los valores, que la situación tiene poca importancia, que lo más importante es lo que el hombre cree, lo que el individuo piensa, son sus hábitos, sus creencias. Porque si las personas creen en algo o tiene conciencia de algo,

actuarán de acuerdo a ello. Y si la explicación del comportamiento se centra entonces en las circunstancias internas del individuo, lo más importante es la educación, porque nada hacemos con cambiar las circunstancias si no cambiamos a las personas.

Si tomamos, por ejemplo, las interpretaciones que se dan al comportamiento relativo al uso de las letrinas en las comunidades rurales y pobres, podremos ver claramente cómo se enfrentan estas dos teorías. Los partidarios de la primera teoría dicen que no usan letrina en su casa pues son familias pobres, y no tienen recursos para proveerse de una disposición de excretas sanitarias; en consecuencia, van a defecar al río y se propagan enfermedades. Dicen, también, que poco importa la cultura, la educación del hombre, ya que lo fundamental ha sido que no se han tenido los medios objetivos para propiciar los hábitos sanitarios adecuados.

Los partidarios de la segunda teoría proponen algo distinto, dicen que no es así, que nada se gana con ofrecer o tener la letrina si la persona, su educación, su cultura, sus hábitos no se han cambiado; pues si al individuo, inclusive, se le regala una letrina – como efectivamente se ha hecho muchas veces–, la persona no la va a utilizar. Va a darle otros usos al cuarto, o va a vender las piezas, pero no la va a utilizar para defecar, ya que su cultura, sus valores, sus hábitos, lo llevan a actuar así y lo que importa son las circunstancias internas del individuo, no las externas.

Desde otra perspectiva uno pudiera decir que para las teorías situacionales lo único importante es el presente, pues son apenas aquellos elementos que intervienen en la situación, tal como está en un momento dado de decisión de la acción, lo que importa. Los aspectos del pasado no son importantes si no se encuentran condicionando objetivamente el presente. Al contrario, para muchas de las teorías culturales, el pasado es muy importante, pues son los elementos cognitivos o valorativos heredados o aprendidos de experiencias pasadas lo que va a dominar las decisiones de comportamiento, y no los hechos objetivos presentes. Estos hechos serán evaluados y considerados, pero vistos a la luz de la cultura heredada del pasado personal y social.

Si uno analiza ambas teorías, las dos resultan tentadoras y convincentes. Por eso hoy en día en las ciencias sociales hay grupos e individualidades intentando, con mucha dificultad, trabajar en una combinación de las dos teorías. Se trata de investigadores que están buscando unas herramientas para poder trabajar con la unión de ambas teorías y ver cómo es posible

proponer un modelo de transformación del ser humano y sus circunstancias (Strmiska, 1985, 1989; Briceño-León, 1990).

Conocer al ser humano y contar con él tienen derivaciones directas para la teoría de la acción y los programas de salud y de allí surgen preguntas importantes: ¿cómo se hace entonces para conocer al hombre y sus circunstancias manejando dos teorizaciones diferentes? ¿Cómo saber qué cosas pueden inducir a una persona a actuar y a participar y qué cosas pueden inhibir su actuación de acuerdo a cada teoría? ¿Cómo se cree que la comunidad pueda asumir responsabilidades y actuar? ¿Cómo implementar acciones donde el programa de salud no sea impuesto, sino compartido?

Cuando hablamos de educación para la participación comunitaria en los programas de salud, estamos pensando en la manera cómo es posible utilizar los conocimientos de las teorías de la acción individual y social para lograr un cambio en el comportamiento de los individuos. La educación es una manera cómo los conocimientos que han derivado de la investigación científica son utilizados y puestos en funcionamiento para que el ser humano actúe o deje de actuar, es decir, participe, de modo tal de contribuir al control de las enfermedades.

Siete tesis sobre educación para la participación

Proponemos siete tesis sobre la relación entre educación sanitaria y participación en salud. No consideramos que son exhaustivas, pero sí importantes para comprender lo que sucede en esta relación y contribuir a una mejor educación y participación de las personas. La proponemos en forma de tesis para facilitar su comprensión y su refutación (Popper, 1981).

Tesis I

La educación no es sólo lo que se imparte en programas educativos, sino en toda la acción sanitaria.

Pudiéramos decir que hay dos tipos de educación sanitaria. La primera es la formal, es la que uno se imagina cuando piensa en educación: una conferencia, un folleto, una película, unas diapositivas... Pero hay otro tipo de educación informal que se desarrolla en la acción de todos los días de los programas de control, que se desarrolla cuando se ejecutan los programas sanitarios.

Cuando un inspector va a una casa a realizar una inspección entomológica, transmite

una información. Si el inspector habla y dice algo, ya está realizando una cierta tarea educativa, pero, incluso, si es mudo o, supongamos que se haga el mudo, también en su acción incesante de búsqueda de los vectores está transmitiendo una información. La gente entiende un mensaje y piensa: algo tienen que tener estos insectos puesto que tanto los buscan. También es el caso del inspector que llega a una vivienda y hace un rociado con insecticida y no informa o no dice nada, allí hubo un proceso de comunicación así no se haya planificado o pensado. En algunas comunidades han llegado a pensar que los caracoles deben valer mucho dinero desde que vienen con tanta persistencia a buscarlos. O cuando se ejecutan tareas para controlar el vector y no solo no se informa o estimula a las personas para que intenten una acción, sino que, inclusive, se les imponen limitaciones para que puedan realizar alguna acción para controlar el vector. En estos casos, sin decirle nada a la familia, ni a los miembros de comunidad, ni estar estas actividades formuladas como educativas, se está diciendo mucho y se está dando una educación.

En algunos casos, como hemos podido observar en el trabajo, les llega mucha información a las personas a través de los inspectores sanitarios o de los obreros que aplican insecticida a las viviendas o caracolcida en un río, y las familias ante el temor de la enfermedad reaccionan y hacen su aporte voluntariamente y espontáneamente. Pero en otros casos, y lamentablemente, por la manera como se organiza el programa, se le está diciendo al individuo que él o ella no puede hacer nada, que ellos son poco importantes o incapaces para participar en el control de los vectores. Y sin desearlo ni planificarlo, se está dando una mala educación para la participación.

Tómese el ejemplo de dos familias que analizamos y que vivían en dos casas de tierra cruda, de bahareque o pau-a-pique, o cualesquiera que sea el nombre que se le dé a este tipo de construcción rural que existe a todo lo largo de América Latina. Una de las casas tenía las paredes frisadas, enlucidas, y la otra no tenía el revoque, este tipo de acabado que impide su colonización por el vector de la enfermedad de Chagas y otros insectos; una tenía techo de lámina de metal y la otra de hoja de palma. Al llegar el programa de viviendas sanas a esta comunidad, y con razones muy justificadas desde el punto de vista de la transmisión de la enfermedad de Chagas, determina que la casa sin revoque y con techo de palma es donde hay riesgo de transmisión y, en consecuencia, a esa familia se le incorpora al programa y se le me-

jora la casa o se le sustituye por otra nueva construída por el programa del gobierno de viviendas rurales sanitarias. Los dos individuos tenían la misma condición económica, pero uno con su esfuerzo, con su trabajo y sus ahorros, había logrado mejorar su casa. Mientras que su vecino, que había malgastado su dinero, y no había colocado ningún esfuerzo en mejorar su casa, de pronto, un día aparece que le están mejorando, regalando o dando una vivienda completa y buena. Las razones epidemiológicas de la decisión pueden ser muy justificadas, pero la enseñanza educativa que se entrega allí es bastante negativa, es que se premia a quien no mejora su casa, que es mejor no hacer nada por sí mismo (Briceño-León, 1990).

Lo que deseamos subrayar es que en todas las acciones que se hacen en un programa de control se está generando una acción educativa y que, en consecuencia, debe tenerse en cuenta la dimensión educativa no-intencional de las acciones cotidianas intencionales que realizan los programas de salud.

Es menester insistir: no hablamos de intenciones, sino de resultados. El programa puede que tenga muy buenas intenciones, pero los resultados de su acción pueden ser totalmente distintos y no sólo por aquello de que el camino del infierno está empedrado con buenas intenciones, sino porque es muy claro, desde el punto de vista de la teoría sociológica, que un asunto es la intencionalidad de los actores y otros los resultados sociales, muchos de ellos indeseados, que se producen cuando una determinada acción se ejecuta (Boudon, 1979).

Es por eso que, desde el punto de vista social, deben estudiarse los efectos de las acciones y no las intenciones de los actores que las ejecutan. Dos conclusiones se derivan de esta tesis: una conclusión evidente es que deben estudiarse las formas de aplicación de las políticas sanitarias en general y ver cuál es el tipo de mensaje y cuál es el tipo de acción educativa que de allí se desprende. Se trata de una suerte de investigación operacional pero referida a los efectos comunicacionales y educativos de las acciones no intencionalmente comunicacionales ni educativas. Y otra conclusión es que debe prepararse a todo el personal involucrado en las campañas sanitarias desde el punto de vista educativo y no exclusivamente a aquellos que por su función o su asignación de cargo les corresponda esta tarea.

Tesis II

La ignorancia no es un hueco a ser llenado, sino un lleno a ser transformado

Existe la creencia general que la ignorancia es un hueco que debe rellenarse, pues la gente no sabe y debe saber. La educación se entiende entonces como un proceso de transmisión de información en el cual se pretende llenar un hueco. Desde una perspectiva global esta corriente ha tendido a pensar la educación sanitaria como propaganda sanitaria. En el caso de la propaganda sanitaria se presume que hay una transmisión de información de un lado lleno hacia otro vacío, porque se presume que en el otro lo que existe es una carencia de información (Freire, 1970).

Este tipo de pensamiento considera igualmente que la acción de los individuos deriva de una ausencia de conocimientos y es así que se ha formado el modelo que conocemos como CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas), que sostiene que los conocimientos llevan a las actitudes y que las actitudes llevan a las prácticas. Según esto, el proporcionar la información, cambiarán las actitudes de las personas y, posteriormente, éstas actuarán distinto.

Pero diariamente tenemos evidencias de que esto no es así, que la gente actúa por cosas mucho más complicadas que las simples informaciones. Si se quiere un ejemplo bastante común y simple es el de los fumadores, no porque un fumador sepa que el cigarrillo hace daño va a cambiar de actitud y va a dejar de fumar. Ciertamente es posible que esto suceda, pero la explicación del comportamiento es mucho más complicada y no existe una relación de causalidad necesaria entre la información y la conducta. Quizá para esto solo basta seguir con el ejemplo y ver la conducta persistente de los médicos fumadores.

La ignorancia entonces no es un hueco que debe ser llenado. El individuo, presumidamente ignorante, tiene muchos conocimientos, tiene creencias, tiene opiniones, que uno puede considerar como "malas", "tradicionales" o "incorrectas", pero que son las que el individuo tiene y las que guían normalmente su comportamiento. Recordemos, además, que no estamos trabajando con niños, sino con adultos que tienen una perspectiva y una visión general del mundo. Se trata entonces de conocer cuáles son los conocimientos, las creencias y los hábitos que los individuos tienen para poder trabajar sobre ellos e intentar generar una transformación de los mismos en saberes nuevos, creencias modificadas, hábitos trocados.

El objetivo de la educación en esta perspectiva no es entonces el cubrir el vacío de la ignorancia, sino transformar los llenos cognitivos y conductuales previamente existentes en el individuo. Por ello es muy importante conocer los saberes y prácticas previas, pues identificar con claridad la materia prima sobre la cual se debe desarrollar el trabajo educativo. Trabajar los saberes que en forma de ideas, de prácticas o de "habitus" (Bourdieu, 1980) se encuentran en una población implica una acción crítica, pero, al mismo tiempo, respetuosa y solidaria.

Tesis III

No hay uno que sabe y otro que no sabe, sino dos que saben cosas distintas

Si lo previamente dicho es cierto, hay que asumir entonces que tanto los campesinos o los pobladores de una comunidad suburbana, como los técnicos de salud o los científicos investigadores, conocen algo sobre el mundo, todos conocen. Ciertamente un campesino no sabrá de entomología, pero conoce bastante sobre los insectos; no sabrá de arquitectura, pero sabe hacerse su casa; ni tampoco conocerá de teoría sociológica pero sabe cómo organizarse para cumplir las faenas y roles de su sociedad. No sabe lo que cualquier profesor universitario puede conocer, pero ese campesino sabe muchas cosas acerca de la tierra, las semillas o las lluvias; o ese poblador urbano tiene saberes abundantes sobre construcción, la mecánica o los modos de organizarse para sobrevivir sin trabajo o defenderse unas veces de los ladrones y otras de la policía. Sabe mucho sobre otras miles de cosas más de las cuales los universitarios somos completamente ignorantes.

El proceso educativo entonces no debe ser unidireccional, puesto que si los dos saben, los dos deben decir algo. El proceso educativo es bidireccional y ambas partes generan un compromiso de transformación de sus propios saberes. Cuando decimos transformación de ambos lo hacemos en toda su significación. Cuando uno asume una experiencia de trabajo con una comunidad, una experiencia de trabajo con pobladores del campo o de la ciudad, resulta que, al final del proceso educativo, esa comunidad o ese grupo de personas se ha transformado, pero uno mismo también ha cambiado mucho. Las visiones que uno tenía sobre el mundo, los conocimientos que uno tenía y la manera de entender la vida y las formas como uno entiende la sociedad también se cambian, es decir, uno también se transforma. La educación es entonces un compromiso para transformar los saberes y el mundo.

El educador, como agente externo, puede motivar, pero si la propia gente no quiere cambiar, no quiere educarse, no se va a lograr nada. Y es por eso que insistíamos en la premisa inicial: si alguien no quiere hacer algo por su propia salud, otro no puede hacerlo por él o ella. El Gobierno puede gastar millones y más millones de dinero para intentar generar unas verdaderas condiciones sanitarias, pero, si la gente no busca su propia salud, no alcanzará todo el dinero del mundo para lograrlas, porque lo que se hace con una mano se echa a perder con la otra. Por eso que es importante la participación de las personas y aquí entramos a la tesis número cuatro.

Tesis IV

La educación debe ser dialógica y participativa

Si ambos saben, el proceso educativo es entonces un proceso de diálogo entre saberes. Un proceso de diálogo en el cual ambos se comprometen a escucharse y transformarse. Pero un proceso de diálogo es un proceso participativo y la educación debe ser participativa en sí misma; no es posible enseñar o inducir a la participación sin que el proceso mismo sea participativo, debe haber participación de la comunidad y de los pobladores en todo momento, incluso, desde el inicio o diseño mismo de los programas.

Un programa dialógico y participativo en salud implica que todos actúan por igual, aunque con roles diferenciados. No es que uno manda y otro obedece, que uno diseña y el otro aplica. Un proceso participativo implica confrontación de perspectivas y prioridades, tan legítimas y válidas las del agente de salud como las de la comunidad. Por lo tanto, la idea de la participación comunitaria como mano de obra gratis que ejecuta las decisiones de los ministerios de salud queda completamente excluida.

Pero también hay que cuidar que este espíritu dialógico y participativo no se confunda tampoco con un sometimiento por parte del educador. Una consecuencia no deseada de algunas perspectivas igualitaristas de la educación ha sido que, en muchas oportunidades, los educadores se sienten en una posición totalmente inversa a la que previamente se tenía. Si antes la tónica fue la del *magister dixit*, luego se ha ido al otro extremo, en el cual se dice que el educador es quien no sabe, y se asume una actitud sometida, de aceptación de todo lo que dice o hace el "pueblo". "Porque la comunidad lo dice, es verdad", – piensan algunos. Y esto no debe ser así. Una comunicación participativa y

dialógica no puede fundarse en el predominio de ninguno de los dos extremos. Todos participan, el educador sanitario, el médico y el campesino o el poblador urbano aportan sus saberes, sus sesgos y su voluntad. Lo que se ha de buscar entonces es dialogar e intercambiar, es intentar confrontar los saberes sin dominación y sin sometimiento.

Pero en esta perspectiva es muy importante la negociación entre las partes. Uno pudiera decir que hay tres tipos de participación de las personas en los programas de salud. Una primera que es la aceptación de los programas e instrucciones del personal del Ministerio de Salud, pudiéramos llamarla participación pasiva. Aunque si bien es muy difícil considerar la aceptación como participación propiamente dicha, debemos reconocer que hay una diferencia conductual importante entre el rechazo y la aceptación de una propuesta de acción sanitaria. Aceptar ya implica un trabajo de cooperación y diálogo. Sin embargo hay otras dos modalidades que son las que pudiéramos considerar propiamente participación: la activa, que no solo acepta sino que toma parte de las tareas, las ejecuta con o sin supervisión del personal de salud, pero que es en esencia reactiva, pues responde a la iniciativa de un agente externo sea éste el ministerio de salud o una organización no-gubernamental. En este caso la comunidad no toma iniciativa ni diseña los programas o si lo hace es en el modo y el momento que le asigna el agente externo. Como tercera y última modalidad se encuentra la participación que se da cuando es la propia comunidad la que toma la iniciativa, cuando es la comunidad la que diseña el programa de acción y le asigna un rol al ministerio de salud o a cualquier otra agencia gubernamental o no. Son escalas distintas de la participación con balances distintos de acción y decisión entre la comunidad y el Ministerio de Salud, entre la Sociedad Civil o las ONG y el Estado. Lo singular es que cada una de estas modalidades implican de alguna manera un proceso de negociación, es decir de diálogo y de compromiso entre las partes (Briceño-Leon, 1994).

Tesis V

La educación debe reforzar la confianza de la gente en sí misma

Hay educadores, al igual que muchos padres, líderes o jefes de familia, que crean con su acción y sus palabras confianza en la gente. Y hay otros que, a la inversa, generan desconfianza. Esto es muy importante pues la confianza es un factor fundamental en el éxito de una ac-

ción. Si un individuo cree que va a lograr una meta cualquiera, hará un esfuerzo especial por obtenerla, pero, si, por el contrario, no cree que pueda lograrla, no hará nada. Estas creencias o expectativas pueden tener un origen infantil lejano o ser recientes en los individuos. Pero siempre surgen de un aprendizaje social, es decir, de la acción y los mensajes verbales de los otros individuos (Seligman, 1975).

Las acciones que realizamos todos los individuos se fundan en una expectativa de futuro. Cuando iniciamos una acción no podemos saber con certeza cuáles serán los resultados, pero siempre hacemos una pre-visión de lo que resultará de nuestro proceder. Y es esta previsión o expectativa de resultado lo que nos lleva a comportarnos de una determinada manera. Sólo si asumimos que los resultados serán de acuerdo con lo deseado daremos inicio a nuestra actividad; si pensamos que no lo vamos a lograr, no lo haremos. Lo particular del comportamiento radica en que, como no es posible saber con absoluta certeza cuál será el resultado real, pues es un evento de futuro, nuestras decisiones se fundan en las informaciones previas que manejamos y en la confianza que tenemos en los resultados esperados. Es decir, en un juicio interno sobre el mundo real.

En muchas oportunidades, y quizá con muy buenas intenciones, las acciones que emprenden los ministerios de salud en su tarea cotidiana llevan el mensaje implícito que el individuo o la comunidad no puede hacer nada por que sólo el ministerio puede controlar la epidemia. El ministerio es quien puede hacer la inspección entomológica, es quien puede conocer de la enfermedad, administrar los medicamentos, aplicar los insecticidas, mejorar las casas o limpiar los ríos. Cuando se actúa de esta manera se está socavando la confianza que los individuos puedan tener en sí mismos y se está eliminando la posibilidad de su participación.

Si la participación de la comunidad en salud es, como dice la declaración de Alma-Ata, un deber y un derecho, la meta de la educación y la acción sanitaria emprendida por el Ministerio de Salud, o por los educadores, debe ser reforzar la confianza de los individuos en buscar y lograr una efectiva participación en los programas. Confianza en que cada individuo puede y debe hacer algo para mantener su salud. Pero es posible que el diseño que se tenga de la acción, por autoritaria o paternalista, pueda bien y por el contrario desestimar y obstaculizar la participación.

Tesis VI

La educación debe procurar reforzar el modelo de conocimiento: esfuerzo-logro

Pero la educación no puede ser sólo verbal. El logro de la confianza no puede ser sólo un acto de creencia individual, pues si así lo fuese y contra todas las evidencias externas se mantuviese la confianza, se estaría cercano de la psicosis. Si se quiere que la gente participe, y actúe, debe creer que su acción va a tener un resultado, si no ¿para qué lo va hacer? Ahora bien, lo que derivado de la tesis anterior sería un refuerzo de tipo verbal se convierte ahora en un refuerzo de tipo práctico: la gente tiene que creer que su acción va a tener unos resultados, pero los resultados deben verdaderamente existir (Rotter, 1966).

Hay un ya clásico ejemplo de este tipo de conexión. Imaginemos una persona que llega a un edificio, toca el botón del ascensor porque presume que se va a abrir la puerta y aparece el ascensor, pero esto no sucede, espera cinco minutos, diez minutos más y, luego, como su acción de llamar al ascensor no tiene resultados, decide irse por la escalera. El segundo día repite la misma operación y el ascensor tampoco llega. El tercer día quizá todavía repite la misma operación. Pero ya el cuarto día no presiona el botón para llamar al ascensor, sino que se va directamente por las escaleras. La relación que existía, en su conocimiento previo, que su acción sobre el botón iba a tener unos determinados resultados fue extinguiéndose; puesto que la reiteración de esa acción no se conectaba con el resultado esperado. Esta escisión entre esfuerzo y logro es muy común en todas las comunidades pobres rurales o urbanas de América Latina.

En general ésta no-conexión tiene como origen el hecho histórico que se desarrollan acciones que nunca se han convertido en logros, que nunca lograron lo propuesto. Es decir que hubo esfuerzo pero no logros, es éste quizás uno de los profundos orígenes del conformismo en América Latina. Pero existe también una modalidad distinta, un tipo de separación diferente y que se ha dado en algunas sociedades que han tenido abundantes recursos, como sucedió en el pasado en Venezuela, y es que la gente obtiene logros, sin esfuerzos, obtiene resultados sin haber emprendido acciones previas, los programas sociales o sanitarios, por razones populistas o corruptas, ofrecían beneficios que las poblaciones no habían solicitado, no esperaban y, muchas veces, tampoco valoraban. En ambos casos se rompe la relación causal esfuerzo y logro, aunque por medios muy distintos.

La acción educativa debe estar acompañada de logros y debe estar acompañada de logros que se obtengan a través de esfuerzos. Logros obtenidos a partir de trazarse unas metas que el individuo pueda cumplir, metas retadoras que signifiquen un estímulo a la inteligencia, que no sean tan fáciles como para que sean considerados bobaliconas, ni tan difíciles como para que puedan inducir al fracaso de antemano. Si el individuo trabaja, participa y obtiene logros, se refuerza así su idea conectiva del esfuerzo y el logro. Él aprende que puede hacer algo por su propia salud, aprende con hechos. Aprende que el trabajo puede llevar a logros y que su acción puede llevarle satisfacción y salud (Romero García, 1985).

Tesis VII

La educación debe fomentar la responsabilidad individual y la cooperación colectiva

La participación comunitaria no debe significar una disolución de la responsabilidad individual, al contrario, una buena política de estímulo a la participación debe fomentar el interés y el compromiso de cada individuo como persona con las metas de salud.

Pero la acción individual no es tan difícil de obtener, pues es posible relacionar lo que se hace con los beneficios obtenidos, difícil es lograr la acción colectiva donde los beneficios se diluyen entre todo un conglomerado de personas, y quien participa y se esfuerza puede obtener las mismas ventajas del saneamiento ambiental que quien nada o muy poco ha hecho (Olson, 1965).

Hay, al menos, dos tipos posibles de participación comunitaria: una participación individual-familiar y una participación colectiva. Desde esta perspectiva entonces la participación comunitaria no significa *per se* acción colectiva, significa que es una acción llevada a cabo por la sociedad civil como algo distinto de la acción llevada a cabo por el Estado a través de los ministerios de salud o algún otro organismo que emplea personas para realizar tareas de salud. El hecho de ser individual o colectiva es importante, como veremos, para otras dimensiones de la participación, pero no para su carácter comunitario.

La participación individual-familiar puede ser, como su nombre lo refiere, una acción llevada a cabo por una persona o por un grupo familiar que tiene intereses comunes. En este caso la relación entre la actividad ejecutada y los beneficios obtenidos es directa y no se comparten inmediatamente con otros individuos o

familias. En la participación colectiva la acción es llevada a cabo entre un conjunto de individuos, pero no existe una relación restrictiva entre la acción ejecutada y los beneficios logrados, puesto que éstos son de carácter público o colectivo y no es posible discriminar entre quienes participaron en su consecución y quienes no lo hicieron.

En el caso de la participación individual-familiar se requiere de un aumento de la responsabilidad individual y, si así se desea ver, del individualismo. Cada quien debe sentirse más obligado en el logro de sus propias metas de bienestar y salud. Pero aquí es evidente que si la persona no lo hace no va a obtener ningún beneficio. Un ejemplo muy claro de esto es el mejoramiento de la vivienda para la protección de la enfermedad de Chagas o de la malaria, o el uso de mosquiteros impregnados. Si la persona interviene y logra mejorar su casa o utiliza el mosquitero durante las noches, va a tener una nivel de satisfacción y de beneficio de salud inmediato; si no lo hace, no obtendrá el beneficio. Es posible calcular que a partir su acción individual puede existir un beneficio marginal aportado a los otros, pues su casa tendrá menos triatominos, que dificultaran la existencia de los mismos en la zona, o los anófeles que mueren al entrar en contacto con su mosquitero, ya no podrán ir a picar a su vecino que no usa mosquitero, pero éste es un beneficio realmente marginal, el grueso del beneficio es al individuo o la familia que ejecuta la acción. Por esto la educación sanitaria debe fomentar ese sentido de responsabilidad individual que lleve a obtener sus propios logros sanitarios.

Pero al mismo tiempo debe fomentar la solidaridad, pues si no se convierte imposible la participación en obras que sean de carácter colectivo. La limpieza de un río, la construcción de un acueducto o de una escuela son obras de uso colectivo donde no es posible – o al menos nada sencillo – diferenciar entre quienes contribuyeron a su realización y quienes no. Si una comunidad convoca a reuniones para demandar al gobierno local la instalación de la escuela, y posteriormente solicita para que se contribuya con algo de dinero y una buena dosis de trabajo los fines de semana para la construcción del local, algunos irán, aportarán y trabajarán, otros no. Sin embargo, cuando la obra esté construída, todos podrán enviar sus niños a la escuela: los hijos de quienes participaron y los hijos de quienes no lo hicieron. La lógica de la acción colectiva es aquí perversa, pues quienes no participaron fueron los más beneficiados, pues no tuvieron ningún costo y están

obteniendo iguales beneficios. De acuerdo a esta lógica, un actor racional colocado en estas circunstancias debería optimizar su beneficio comportándose de manera no-participativa, es decir, no haciendo nada, pues tendría cero costo y algún beneficio, o cero costo y cero beneficio. Pero, acontece que, si todos hacen lo mismo, es decir nada, también nada obtendrán, y la escuela nunca será construída.

La única manera de superar esto es a partir del fomento de la solidaridad y de la acción voluntaria y generosa por un ideal de bienestar colectivo que no puede estar basado en el cálculo del actor racional. Y esto sucede y mucho entre las comunidades pobres; quizá, pudiéramos decir un tanto psicoanalíticamente, porque procuran dar lo que no tienen.

La acción educativa aquí tiene un doble propósito: hacer énfasis en el individuo y en su responsabilidad individual, hacer énfasis en la relación que existe entre lo que él o ella haga y lo que pueden obtener para su propio beneficio. Pero, al mismo tiempo, desarrollar los mecanismos de cooperación y de construcción de solidaridad que puedan hacer posible lo que, de acuerdo a las premisas del actor racional, no es factible: la acción colectiva (Glazer & Huberman, 1993).

A manera de conclusion

No hay entonces actores privilegiados en la lucha por la salud, hay unos que saben más, otros que saben menos. Hay unos que tienen más responsabilidades y otros que tienen menos; hay unos a quienes les pagan, y hay otros a quienes no les pagan, pero todos son responsables del logro de la salud para todos.

La educación como arte de usar los conocimientos implica un trabajo que debe deliberadamente buscar la participación de los individuos para así lograr y poder sostener las metas de salud. Para hacerlo, es necesario conocer al ser humano y sus circunstancias y buscar contar con él o ella para todas las acciones de salud.

La educación no puede modificar muchas de las condiciones objetivas, pero si puede lograr cambiar la manera como los individuos encaran las condiciones objetivas. Su acción puede ser, intencionalmente o no, positiva en el sentido de favorecer la participación y la responsabilidad individual, o negativa en el sentido de incentivar la pasividad.

Debemos entonces tener conciencia clara que, sólo con un pueblo trabajando activamente y con conciencia, es posible hacer realidad la idea de salud para todos en el año 2.000. Y

que la educación sanitaria puede contribuir a eso si toma en consideración las siete tesis que hemos postulado (Briceño-Leon, 1993a).

Venezuela y los países petroleros enseñan algo en el mundo. Se cuenta que poco después del aumento de los precios del petróleo de 1973, el Rey Faisal llamó a su Ministro árabe para preguntarle qué podían hacer con tanto dinero que les llegaba de la exportación del petróleo. Su Ministro, muy lacónico, le respondió: *Majesty, Money can buy everything.*

En Venezuela nosotros también creímos eso, creímos que se podía comprar todo, que se podía comprar hasta el desarrollo, pero no es así. Pudimos comprar objetos, pero no el desarrollo. Porque el desarrollo no es dinero, ni

máquinas, es el ser humano, es una sociedad forjándose un destino conforme a sus valores, a sus gustos y a sus posibilidades históricas (Briceño-León, 1991).

La salud tampoco se compra con dinero. Con dinero se podrán comprar medicinas, pero no la salud. Por supuesto que cualquier programa sanitario requiere de finanzas, pero las finanzas no van a garantizar la salud de una colectividad. Es la respuesta imaginativa de los trabajadores de la salud y de la comunidad, es el compromiso y el aporte de todos lo que puede lograr y sostener las metas de salud. Y es allí donde la educación para la participación comunitaria cumple un rol fundamental e insustituible.

Referencias

- BOUDON, R., 1975. *La Logique du Social*. Paris: Hachette.
- BOUDON, R., 1979. *Effects Pervers et Ordre Social*. Paris: Presses Universitaires de France.
- BOURDIEU, P., 1980. *Le Sens Pratique*. Paris: Les Editions de Minuit.
- BRICEÑO-LEON, R., 1990. *La Casa Enferma*. Caracas: Fondo Editorial Acta Científica Venezolana y Consorcio de Ediciones Capriles.
- BRICEÑO-LEON, R., 1991. *Los Efectos Perversos del Petróleo*. Caracas: Fondo Editorial Acta Científica Venezolana y Consorcio de Ediciones Capriles.
- BRICEÑO-LEON, R., 1993a. Social aspects of Chagas disease. in: *Knowledge, Power and Practice the Anthropology of Medicine and Everyday Life* (S. Lindebaum & M. Lock., Ed.), pp.287-300. Berkeley: University of California Press.
- BRICEÑO-LEON, R., 1993b. Salud no-rentista y post moderna para el desarrollo humano. *Cuadernos Médico - Sociales*, 64:73-80.
- BRICEÑO-LEON, R., 1994. Retos y problemas para alcanzar la participación comunitaria en el control de las Enfermedades Tropicales. *Fermentum*, 8-9:165-176.
- BRICEÑO-LEON, R. & PINTO DIAS, J. C., 1993. *Las Enfermedades Tropicales en la Sociedad Contemporánea*. Caracas: Fondo Editorial Acta Científica Venezolana y Consorcio de Ediciones Capriles.
- FREIRE, P., 1970. *La Concientización*. Caracas: Instituto Agrario Nacional.
- GILLET, J. D., 1985. The behaviour of *Homo sapiens*, the forgothen factor in the transmission of tropical disease. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine Hygiene*, 79:12-20.
- GLAZER, N & HUBERMAN, B. A., 1993. The outbreak of cooperation. *Journal of Mathematical Sociology*, 17:281-302.
- HIELSCHER, S. & SOMMERFELD, J., 1985. Concepts of illness and the utilization of health-care services in a rural Malian village. *Social Science & Medicine*, 21:469-481.
- ITURRASPE, F., 1986. *Participación, congestión y autogestión en América Latina*. Caracas: Editorial-Nueva Sociedad.
- MARX, K., 1971. *Elementos Fundamentales para la Crítica de la Economía Política. (Borrador) 1857-1858*. Tomo I. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- OLSON, M., 1965. *The Logic of Collective Action*. Harvard: Harvard University Press.
- POPPER, K., 1967. *La Sociedad Abierta y sus Enemigos*. Tomo II. Buenos Aires: Paidós.
- POPPER, K., 1981. *Conjectures and Refutations. The Growth of Scientific Knowledge*. London: Routledge and Kegan Paul.
- ROMERO GARCIA, O., 1985. *Motivando para el Trabajo*. Caracas: Cuadernos Lagoven.
- ROTTER, J. B., 1966. Generalized expectatives Internal Versus External Control of Reinforcement In: *Psychological Monographs General and Applied*. (Kimble A., Ed.) pp.1-28. Vol. 80, nº 609. The American Psychological Association.
- SELIGMAN, M. E. P., 1975. *Helplessness: on Depression Development and Death*. San Francisco: Freeman.
- SERVICE, M. W., 1993. Community participation in vector borne disease control. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 87:223-234.
- STRMISKA, Z., 1979. *Les Modes de Production en Sociologie. La dialectique et les dialectiques*. Paris: Centre D'Ethnologie Sociale en Psychosociologie.
- STRMISKA, Z., 1985. *Théories de L'action et Status des Acteurs*. Paris: Centre D' Ethnologie Sociale et Psychosociologie.
- VILLARROEL, G., 1993. Tres dimensiones de un modelo conceptual alternativo en educación para la Salud. In: *Las Enfermedades Tropicales en la Sociedad Contemporánea* (R. Briceño-León & J. C. Pinto Dias, coord.) pp.81-95. Caracas: Fondo Editorial Acta Científica Venezolana.
- WEBER, M., 1969. *La Etica Protestante y el Espíritu del Capitalismo*. Barcelona: Península.

Debate sobre el artículo de Briceño-León

Debate on the paper by Briceño-León

Virgínia T. Schall

Laboratório de Educação
Ambiental e em Saúde,
Departamento de Biologia,
Instituto Oswaldo Cruz,
Fiocruz, Rio de Janeiro,
Brasil.

A trajetória da educação em saúde reflete um processo de transformação, permeado por limites e manipulação política de sua prática, o qual se faz presente na própria nomenclatura desta área, denominada na segunda metade do século XIX de “educação higiênica” (hygiene education), com ênfase nos determinantes biológicos da doença associada à revolução bacteriana, passando à “educação sanitária” (sanitary education), nos anos 20, com o desenvolvimento da Saúde Pública, enfatizando processos de prevenção, mas ainda norteada por uma orientação comportamentalista e finalmente à “educação em saúde” (health education), já incorporando os aspectos sócio-econômico-culturais, como assinala Rosenstock (1990). Assim, a atual educação em saúde interpreta os processos de saúde e doença a partir de referenciais múltiplos e privilegia práticas participativas, considerando que educadores e população têm saberes complementares, sendo parceiros na luta por melhores condições de vida, transpondo os limites da ação sanitária para alcançar uma ação social transformadora, comprometida com a promoção da saúde e o bem-estar geral.

Nesse sentido, o artigo de Briceño-León se inscreve como uma sistematização necessária e esclarecedora sobre a transformação que vem ocorrendo no campo da educação em saúde nas últimas décadas, ampliada pela incorporação dos conhecimentos das Ciências Sociais, e que reflete e retroalimenta o próprio movimento social comprometido com uma democracia orientada para a liberdade individual, a solidariedade e a igualdade social, o que requer participação e um processo contínuo de conscientização.

Esta transformação implica no questionamento e a superação: (1) do predomínio de aspectos médicos e biológicos nas explicações dos processos de saúde/doença, que, à luz da sociologia e da antropologia médica, passaram a ser encarados como fenômenos complexos, incluindo aspectos sociológicos, econômicos, culturais e ambientais; (2) das relações verticalizadas e autoritárias dos programas de saúde e controle de doenças, substituídos pela cons-

cientização e correspondente ação de incentivo à participação das comunidades em programas ampliados de melhoria das condições gerais de vida e não meramente de prevenção e controle de determinadas doenças.

Frente a tais considerações, reitero a pertinência da análise empreendida por Briceño-León, à qual acredito ter tão somente uma contribuição complementar, através do recorte de minhas pesquisas voltadas prioritariamente para crianças e jovens, escolares de primeiro grau. Embora o próprio autor afirme estar se referindo a educação de adultos, como escreve: “Recorden además, que no estamos trabajando con niños, sino con adultos que tienen una perspectiva y una visión general del mundo”, considero as teses propostas válidas também para o trabalho com as crianças e jovens. Em relação a algumas das grandes endemias, como no caso da esquistossomose, as crianças e jovens representam uma parcela expressiva em termos de prevalência, merecendo a atenção dos educadores. Entretanto, tanto programas educativos quanto os de saúde e controle de endemias nem sempre desenvolvem ações específicas para esse subgrupo da população que merece ser considerado em suas especificidades e como agentes potenciais de transformações sociais, agindo no presente, influenciando suas famílias, ou atuando como cidadãos que delinearão os rumos do futuro.

Assim, em cerca de 12 anos de pesquisa, desenvolvimento, implementação e avaliação de estratégias e materiais educativos voltados para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a preservação do ambiente, tendo como alvo os escolares de primeiro grau, tenho cada vez mais convicção nos princípios norteadores propostos pelo autor. A experiência advinda dessas pesquisas conduziu-me a uma trajetória que foi sendo ampliada, a partir de um trabalho, primeiramente restrito à prevenção de uma endemia (esquistossomose – Schall et al., 1987, 1993) até as propostas atuais que privilegiam a promoção da saúde, a valorização de si mesmo, dos outros e do ambiente (Schall, 1995; Schall & Struchiner, 1995). Esta perspectiva busca a integração entre os *aspectos afetivos* e *subjettivos* da criança (estimular o desenvolvimento da compreensão das próprias disposições afetivas, tendências e limites, de modo a construir uma atitude reflexiva e responsável diante das decisões ao longo da vida) e o desenvolvimento do que denomino *responsabilidade sócio-ecológica* (uma atitude de consideração crítica e consciente quanto aos próprios deveres e direitos, os dos demais e em relação à natureza).

Se já demos um grande passo, sistematizando os caminhos e ações adequadas à educação em saúde, necessário e urgente se faz torná-los executáveis. Assim, gostaria de reiterar aqui a importância da literatura infantil na educação em saúde para crianças, através de uma estratégia transdisciplinar que permite mobilizar a afetividade dos alunos e o seu envolvimento pessoal, contribuindo para uma participação mais ativa e subjetiva no assunto focalizado, como também para promover situações de intercâmbio muito fecundas, motivando a busca de soluções coletivas para os problemas abordados. Além disso, favorece a expressão da imaginação criadora e, respectivamente, “a perspectiva da construção do sujeito que apreende, reflete, reconstrói a si próprio e suas relações com o mundo”, como assinala Burnham (1994:11). Como afirma a autora:

“Desconhecemos a importância da imagem, da fantasia, do sonho em vigília na construção do sujeito humano e, portanto, não lhes damos lugar nas atividades curriculares. E ainda assim bradamos que estamos formando a cidadania...” (Burnham, 1994:12).

Assim, ao planejar a educação em saúde, seja na escola ou em programas para crianças, é preciso dar lugar à expressão afetiva, à reflexão e à constituição da subjetividade, no sentido de possibilitar à criança construir a sua identidade como pessoa e indivíduo social, em consonância com um projeto de sociedade em que a qualidade de vida (e a saúde) dos que a compõem seja discutida e transformada para melhor.

BURNHAM, T. F., 1993. Complexidade, multireferencialidade, subjetividade: três referências polêmicas para a compreensão do currículo escolar. *Em Aberto*, 12:3-13.

ROSENSTOCK, I. M., 1990. The Past, Present, and Future of Health Education. In: *Health Behavior and Health Education: Theory, research and practice* (K. Glanz, F. M. Lewis, B. K. Rimer, eds.) pp. 405-420. San Francisco: Jossey-Bass Inc.

SCHALL, V. T., 1995. Education, public information, and communication in schistosomiasis control in Brazil: a brief retrospective and perspectives. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 90:229-234.

SCHALL, V. T., JURBERG, P.; BORUCHOVITCH, E.; FÉLIX-SOUSA, I. C.; ROZEMBERG, B. & VASCONCELLOS, M. C., 1987. Health education for children: Developing a new strategy. *Proceedings of the Second International Seminar on Misconceptions and Educational Strategies in Science and Mathematics*. Vol. II. pp. 390-403. Nova York: Cornell University.

SCHALL, V. T.; GOMES DOS SANTOS, M.; PINTO-DIAS, A. G. & MALAQUIAS, M. L., 1993. Educação em saúde em escolas públicas de primeiro grau da periferia de Belo Horizonte, MG, Brasil. I. Ava-

liação de um programa relativo à esquistossomose. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 35:563-572.

SCHALL, V. T. & STRUCHINER, M., 1995. Educação no Contexto da Epidemia de HIV/AIDS: teorias e Tendências Pedagógicas. In: *AIDS: Pesquisa Social e Educação* (D. Czeresnia, E. M. Santos, R. H. S. Barbosa & S. Monteiro, orgs.). São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco.

Brani Rozemberg

Laboratório de Educação Ambiental e em Saúde, Departamento de Biologia, Instituto Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil.

A importância do texto “Siete Tesis sobre la Educación Sanitaria” é indiscutível, mapeando e sinalizando questões com as quais todos nós nos deparamos no trabalho educativo e dando voz às nossas inquietações e descobertas. O cuidadoso tratamento dado pelo autor ao tema da educação voltada para a participação comunitária é muito bem-vindo, considerando-se a superficialidade com que são tradicionalmente abordadas (quando o são!) as questões relativas ao elemento humano no âmbito das ações de controle de endemias. Cabe-nos parabenizar e agradecer ao autor pela clareza e precisão com que sistematizou tais questões num texto que já está sendo utilizado e ao qual se refere antes mesmo de sua publicação.

A meu ver o maior mérito do artigo do prof. Briceño-León está em explicitar uma preocupação legítima com questões éticas fundamentais relativas à interação entre profissionais de saúde e população. Tal preocupação ética fundamenta-se em exemplos da experiência de campo: este lugar privilegiado de onde ela emerge, ou seja, da prática do relacionamento com a população.

É no campo, na lida interativa, que somos levados a confrontar nossos ideais, demandas e expectativas com as do outro, o que nos leva a rever não apenas conteúdos, métodos e estratégias, mas a nós mesmos, questionando *para quê e para quem* trabalhamos. No campo, transformar em *ocupação ética*. Ou então ela não se transforma: esvazia-se ou cristaliza-se em uma mímica qualquer que não deve ser chamada de educação.

Não quero dizer, evidentemente, que todo compromisso com uma ética de valores seja exclusividade do trabalho de campo, mas sim que, na riqueza desta interação com a população – no ato de escutar, praticar, decidir, responsabilizar-se, rever-se – o apelo ao engajamento é definitivo. Se é isso, o engajamento, o que de-

sejamos para o outro ao promovermos a educação para a participação comunitária, convém que o conheçamos nós mesmos: o significado da participação. Invocamos aqui a idéia da participação enquanto partilha, como arte de repartir o mundo com o outro, o que certamente exige muito mais do que uma economia distributiva, exige uma *partilha do coração* (Gadotti, 1982).

Como contribuição a este debate sugerimos o aprofundamento da reflexão sobre a tese de número 1: “La educación no es solo lo que se imparte en programas educativos, sino en toda la acción sanitaria”. Com ela o autor amplia o universo da “tarefa educativa” para além da “tarefa educativa intencional”, concluindo pela necessidade de “*se preparar para a tarefa educativa, todo o pessoal envolvido em campanhas sanitárias e não apenas aqueles a quem, por sua função ou atribuição específica, corresponda esta tarefa*”.

Acreditamos que esta primeira tese situa e contextualiza as teses subseqüentes, porque é nela que se define o *quem* da educação, o *quem* da aprendizagem e do conhecimento. Com a primeira tese, todas as demais questões trabalhadas no texto do prof. Briceño-León – como a do reconhecimento de saberes distintos, a do caráter dialógico da educação comprometida, a do reforço à auto-confiança, responsabilidade e solidariedade – passam a nos envolver a todos, e não apenas aos especialistas que chamamos de “educadores”.

Esta me parece uma questão crucial, pelo que a abordei em meu trabalho de doutoramento (Rozemberg, 1995), onde analiso algumas distorções e mistificações no entendimento popular da transmissão da esquistossomose, alimentadas pela observação da atuação dos guardas sanitários envolvidos nos programas de controle da esquistossomose. As práticas de controle, exóticas do ponto de vista da população, são muito pouco estudadas no que tange às suas repercussões no universo das comunidades onde ocorrem. O discurso e as práticas de atendimento médico, da mesma forma, modelam de forma poderosa o pensamento social sobre saúde e doença, e portanto urge que os atores sociais envolvidos compreendam como sua a tarefa educativa que, bem ou mal, já desempenham. Não para que se sobrecarreguem com novas exterioridades – instituições, titulações – mas para conscientização e aprimoramento da qualidade do ato educativo que já se está produzindo no seu encontro com o outro.

Levada às suas últimas conseqüências essa tese implica, não a formação de novos especialistas em educação, mas abolir-se todo o mo-

nopólio e todo o privilégio de educar, fazendo-se deste “lugar do educador” o que ele em realidade já é: o lugar de todos nós. A esse respeito, Gadotti (1982) nos fala da reconquista, por cada um, por cada família, por cada grupo social, do poder de educar-se, da reconquista pelo “profano” do seu poder e de sua capacidade de se curar, de educar-se a si mesmo junto com o outro e por intermédio do mundo, como sendo a tarefa mais urgente da educação atual.

GADOTTI, M., 1982. *A Educação Contra a Educação*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

ROZEMBERG B., 1995. *A Intransparência da Comunicação: crítica teórico-metodológica sobre a interação do saber e das práticas médicas e a experiência das populações de área rural endêmica de esquistossomose*. Rio de Janeiro: Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

Maria Cecília de Souza Minayo

Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Em diálogo com o autor:

Briceño-León nos presenteou, mais uma vez, com uma profunda e comprometida reflexão que o caracteriza como Cientista Social da área de saúde. As sete teses sobre “Educação Sanitária para a Participação Comunitária” descem a fundo o poço onde jorra o líquido saciante da interrelação humana e da comunicação de significados. Espaço de trocas simbólicas, a educação, para um antropólogo como ele, transcende e supera os cânones da transmissão de conhecimento e os ritos normativos da burocrática intervenção social.

O autor mostra muito bem – fruto de sua experiência – o quanto é importante, no processo educativo, conhecer o ser humano, contar com o ser humano e entender a sua lógica própria de pensamento e ação.

Das suas sete teses, as três primeiras são negativas e críticas. As quatro últimas são propositivas. O autor denuncia o fracasso da pedagogia impositiva; os modelos de investigação e ação fundamentados na idéia de que o outro faz tal coisa “errada” porque é ignorante. Realiza uma crítica relevante ao modelo investigativo americano denominado CAP (Conhecimento, Atitudes e Práticas), importado ingenuamente para nossa realidade. Por fim, chama atenção para o tipo de educação unidirecional.

Propõe, ao contrário do que questiona acima, uma educação dialógica e participativa,

que reforce a confiança da população em si mesma; que utilize o modelo pedagógico esforço-resultado a partir de metas passíveis de serem conquistadas e, por fim, o fomento da responsabilidade individual e da cooperação.

Nada há a reparar na resposta do Dr. Briceño-León e até sua proposta me reafirma uma definição que venho usando a partir de um documento de sanitaristas americanos sobre o futuro da saúde pública: “Saúde Pública é aquilo que uma sociedade faz para ser e se manter saudável”.

Ou seja, neste sentido, a educação sanitária ultrapassa o conceito médico para ser um fenômeno de socialização de ampla dimensão que abrange, como atores, todos os segmentos de uma dita comunidade. A Saúde Pública se torna assim um conceito de consciência coletiva que estabelece formal e informalmente padrões e parâmetros de sanidade, de qualidade de vida, de dor, de sofrimento, de tolerância, de definição de doença, de morte e de terapêuticas.

O que tentarei discutir ao ler o artigo do Dr. Briceño é o que para Áurea Pitta, em seu artigo “Sobre os Campos de Saúde e Comunicação” (1995), ainda inédito, chama atenção: “necessidade de tomar em sua totalidade os processos discursivos oferecidos à população dentro de uma matriz significativa sobre a construção das representações sociais e da própria realidade social e da saúde, que não podem ser analisadas de forma linear”. Ou seja, a relação pedagógica no campo da saúde inclui informações, relações e ações exemplares frequentemente contraditórias. Mas também envolve o campo ampliado da mídia e da comunicação “lato sensu”, onde se conformam e se expressam políticas institucionais e empresariais e seus investimentos em visibilidades e silêncios e em temas comercial e politicamente rentáveis. Assim, além do biológico, do psicológico e do social (enquanto condições de produção e reprodução “*stricto sensu*”), saúde e doença são construídas pelo sistema de representações e práticas simbólicas, com destaque especial para a Mídia com seu poder de interferir na própria realidade.

É importante ampliar o marco referencial da Educação em Saúde para não incorrerem no risco de nos curvamos à razão instrumental que busca “substituir o público relutante por público ativo” através de técnicas de relações interpessoais exercidas por profissionais de ponta, com estratégias de persuasão.

Ou seja, minha preocupação aqui é entender que a tarefa da saúde pública é muito maior, embora inclua relações interpessoais cuidadosas, respeitadas e realmente de troca, ainda que

desiguais. O desafio é abarcar hoje, na análise, o mundo real, e de grave interferência social, da informação, da informática e da comunicação. E nem nos adianta apelar para o argumento de que na área rural não é assim; qualquer canto de nosso hemisfério está hoje atingido pelo raio do rádio, da televisão, do jornal, do vídeo e do computador.

Adriana Mohr

*Departamento de
Ciências Biológicas,
Escola Nacional de
Saúde Pública, Fiocruz,
Rio de Janeiro, Brasil.*

A questão principal proposta pelo autor – educação em saúde – é oportuna e de extrema importância para a saúde pública, justificando plenamente a discussão e a volta a um tema que não é novo, nem desconhecido. No comentário que se segue, não analisarei o texto de Briceño-León com relação à correção ou pertinência de alguns conceitos (tanto biológicos, quanto educacionais) utilizados. É minha intenção, a partir do texto do autor, propor alguns pontos de reflexão.

Apesar da importância crescente que vem sendo atribuída à educação em saúde e seu papel crucial nos programas e ações de saúde, há, ainda, muito a ser feito para que as atividades educacionais nesta área tenham resultados mais satisfatórios e eficazes.

Na grande maioria dos casos, os projetos e ações de saúde e suas respectivas ações educacionais são concebidos e desenvolvidos por especialistas com escassa preparação e competência na área educacional. Ainda é muito comum a crença de que para fazer educação basta o conhecimento do que se quer ensinar e um pouco de prática. Sem dúvida, estes são necessários, mas não suficientes. A questão educacional envolve, além do domínio dos conhecimentos específicos, aspectos psicológicos, sociológicos e cognitivos que devem ser considerados com a seriedade e a profundidade que sua complexidade exige.

Dentro desta premissa de especificidade do conhecimento necessário às ações educacionais, gostaria de chamar a atenção para dois pontos em especial: as concepções (ou representações) dos indivíduos sobre assuntos relacionados à saúde e a problemática da transposição didática.

Há muito se sabe que a simples transmissão da informação, quase sempre, muito pouco ou nada significa para o receptor. Para que

um conhecimento seja significativo, ele deve ser reelaborado pelo indivíduo, que rearranja, então, seu repertório de conceitos e informações com os quais dá sentido aos acontecimentos e situações e orienta sua ação. Tal mecanismo está longe de ser simples: nele influenciam, além dos aspectos cognitivos do indivíduo e da natureza do conhecimento propriamente dito, fatores de ordem familiar, social, religiosa e afetiva, dentre outros. Rozemberg (1994) aborda a questão com relação à esquistossomose. A pesquisa em ensino de ciências, em especial, tem dedicado grande importância às concepções dos alunos e sua influência no ensino. Seria interessante que se dispusesse igualmente de estudos específicos sobre as concepções ligadas à saúde, ainda em pequeno número se comparados às ciências naturais em geral (física, química e biologia). Uma interessante revisão crítica destes estudos na última década pode ser encontrada em Gil-Pérez (1994). Pfundt & Duit (1994) fazem um extenso levantamento sobre os trabalhos disponíveis.

A transposição didática é um conceito utilizado em didática das ciências que auxilia a compreensão e execução do processo de transformação dos conhecimentos de campos específicos (farmacologia, imunologia, ecologia) para o processo de ensino. De acordo com Astolfi & Develay (1991), a escola [e eu diria também o ensino que é praticado fora dela] não ensina "saberes em estado puro" e sim conteúdos de ensino que resultam de cruzamentos complexos entre uma lógica conceitual, um projeto de formação e exigências didáticas. Tal tarefa requer competências especializadas. Assim, o conhecimento da área de controle de vetores ou saneamento, por exemplo, não torna necessariamente o indivíduo um especialista no ensino deste assunto.

O ensino-aprendizagem relacionado com a saúde, seja na escola ou fora dela, deve ser encarado como uma tarefa muitíssimo mais complexa e profissional do que hoje em dia se faz. Necessitamos de pesquisas que forneçam verdadeiras bases à ação prática para deixarmos o arcaico e daninho método de tentativa e erro. A educação em saúde deve buscar, na área da pesquisa em ensino de ciências, na psicologia social e cognitiva, dentre outras, subsídios que auxiliem a melhor compreensão de como ocorrem a aquisição do conhecimento, as mudanças conceituais e comportamentais nos indivíduos.

É essencial, também, que se supere o caráter dogmático e autoritário que muitas vezes pode assumir o processo educacional. A verdadeira educação (em saúde aí inclusa) não deve pretender substituir alguns dogmas e regras

(que se avaliem errados) por outros julgados corretos. O objetivo último da ação educacional deve ser o de possibilitar e instrumentar cada indivíduo com conhecimentos básicos e ferramentas que lhe permitam buscar novos, para que ele próprio seja capaz de escolher comportamentos e caminhos a seguir.

Ao longo das sete teses, o autor mostra a complexidade do tema e aponta alguns caminhos. Creio que o desafio primeiro que se coloca para quem trabalhe na área, não seja a imediata implementação de ações educacionais relacionadas à saúde, e sim uma sólida preparação para colocá-las em prática. Não é mais possível continuarmos a encarar amadoristicamente a educação em saúde, precisamos reconhecer a necessidade de (grande e específica) competência para enfrentá-la.

ASTOLFI, J. P. & DEVELAY, M., 1991. *A Didática das Ciências*. Campinas: Papirus Editora.

GIL-PÉREZ, D., 1994. Diez años de investigación en didáctica de las ciencias: realizaciones y perspectivas. *Enseñanza de las Ciencias*, 12:154-164.

PFUNDT, H. & DUIT, R., 1994. Bibliography: Students' alternative frameworks and science education. IPN - Institute for Science Education at the University of Kiel. (computer diskette).

ROZEMBERG, B., 1994. Representação social de eventos somáticos ligados à esquistossomose. *Cadernos de Saúde Pública*, 10:30-46.

*Fernando Lolas
Stepke*

*Universidad de Chile,
Santiago, Chile*

Las motivaciones aparentes del comportamiento no siempre están reelacionadas con las consecuencias de éste. Así, por ejemplo, las conductas "higiénicas" pueden estar más relacionadas con la "etiqueta" social de una comunidad que con la preservación de la salud. Un cambio conductual beneficioso para este último fin, si no considera la motivación de las personas en forma amplia, no será exitoso; o no lo será en los términos de sus proponentes.

Los comportamientos suelen estar determinados por múltiples influencias. Una misma conducta puede integrarse a numerosos "sistemas funcionales" y servir, en cada uno de ellos, a distintos fines. Un pingüino que aletea en el confin de su territorio puede estar "alejando intrusos", "espaciando la tribu", "desplegando agresión" o "protegiendo a los suyos".

Aunque se podría objetar la "antropomorfización" del vocabulario, ninguna de estas ase-

veraciones descriptivas explica nada. Todas podrían ser, a la vez, correctas e incorrectas, útiles e inútiles. En la vida corriente, sorprende la simpleza con que son considerados los datos de las ciencias del comportamiento. Existe la implícita esperanza de que ese abstracto entre, el “ser humano”, se comportará de acuerdo a un racional y ponderado balance de alternativas y disyuntivas. Las motivaciones individuales no siempre conducen a los comportamientos más acordes con el bienestar colectivo no sus principios son necesariamente extrapolables al comportamiento grupal. A veces la norma jurídica o la legislación no toma suficientemente en cuenta este hecho.

Asistimos en la actualidad a encendidos debates en los cuales la argumentación se concentra en aspectos adjetivos. Especialmente en lo relativo a la “educación para la salud”, los expertos parecen haber olvidado que los mensajes son eficaces no por sus emisores sino por sus destinatarios. Es, finalmente, el comportamiento de éstos el que cuenta.

Para “desenmascarar lo real” – una de las metas de la investigación de la conducta – es menester tomar en cuenta la multideterminación del comportamiento. Sorprende que una trivial afirmación no encuentre triviales aplicaciones. Puede ser muy valioso recomendar ciertas medidas, y la mayoría de las personas estarían de acuerdo en estrictos controles... siempre que, individualmente, no les afectaran. Puede recomendarse a la población adoptar medidas preventivas y paliativas muy acertadas en resguardo de su salud, cuya eficacia se verá radicalmente neutralizada al implementarlas sin convicción.

El recurso a la “educación”, frecuente en el ámbito de la salud, suele confundirse con la implantación del punto de vista del experto, que a menudo no considera las motivaciones y necesidades de los no expertos y puede terminar siendo autoritaria, sin legitimidad.

Semejantes consideraciones podrían hacerse sobre otros problemas y dilemas. Por ejemplo, entender la agresión, el divorcio o los comportamientos sexuales no debiera simplemente consistir en repetir dogmas, vocear deseos o imponer dicterios. Entender el comportamiento es interpretarlo en un tejido de críticas ficciones, como son siempre las ideas de la ciencia. Lo que quiere decir: explorar más alternativas que las aparentes.

Las tesis de Briceño-León sobre educación sanitaria concuerdan con nuestros puntos de vista y merecen un amplio examen.

Especialmente relevante resultan sus sugerencias en una época que los discursos “técni-

cos” se masifican y en que, por consiguiente, el sentido y el fin de la educación sufren transformaciones.

Dalva A. Mello

*Departamento de Saúde
Comunitária, Centro de
Ciência da Saúde,
Universidade Federal
do Ceará, Fortaleza,
Brasil.*

O texto de Briceño-León, “Siete Tesis sobre la Educación Sanitaria para la Participación Comunitaria”, que vem a debate, aponta, a partir da visão dos três elos básicos da cadeia epidemiológica de doenças metaxénicas, dois postulados (“A – Es necesario conocer al ser humano; B – Es necesario contar con el ser humano”) como básicos ao desenvolvimento da ação comunitária pautada em teorias da *Ação* ou *Não-Ação* dos indivíduos em risco de serem infectados. De posse dessas teorias, Briceño-León se adentra na temática de Educação, elaborando teses sobre “la relación entre educación sanitaria y participación comunitaria”. Analisando essas teses, verifica-se que seus conteúdos não são novos, parecendo existir certo desconhecimento do autor da extensa literatura científica publicada sobre o assunto, inclusive na América Latina. Tanto Educação quanto Saúde são dois temas que se definem tendo por base uma matriz histórica, política, econômica, social e cultural, e de acordo com a visão que cada sociedade percebe e adota. Considero que trabalhar com Educação e/ou Saúde é fazer intervenção social na direção de uma *praxis* que só se torna verdadeira quando “a unidade entre pensamento e ação permite que cada homem assuma o papel histórico que está chamado a exercer” (Hurtado, 1993) como cidadão participante.

Assim a tese I do autor seria refutada nos seus explicativos e conclusões, considerando-se que a questão central não é a de integrar a Educação em toda a ação comunitária, e sim de como se decide o fazer Educação e/ou Saúde. Para isso, projetos e/ou programas deveriam ser compartilhados horizontalmente – técnicos e população juntos como sujeitos, cidadãos conscientes – em um processo de engajamento participativo real desde a concepção e decisão desse fazer, ao planejamento, à execução, até a avaliação. As teses II, III, IV, V e VII, não obstante os seus enunciados, pecam por falta de conhecimento da obra de Paulo Freire (1976, 1980, 1987, 1992 a,b).

Somente na II encontra-se a menção de um trabalho desse autor; nela, os comentários são

superficiais e confusos. A abordagem de Paulo Freire, como bem salienta Hubley (1988), tem sido incorporada em países industrializados onde o conceito de “empowerment has become common in discussions of health education responses to inequalities in health”. São de autoria de Paulo Freire expressões como Educação Libertadora, Educação Dialógica, Método Dialógico, Diálogo Libertador, Processo Dialógico, Pedagogia Problematizadora, Leitura de Mundo, Via de Mão Dupla, etc. Como bem destacam Macdonald & Warren (1992), Paulo Freire é “one of the most influential educationists in global terms over last two decades... His impact is perceptible on the work of educators, community developers and promoters of community health”.

A tese VI traz um enunciado que mais traz uma visão particular do autor em relação à Venezuela. Porém cunhar a América Latina de “conformista” é negar sua história de tantas e duras lutas por libertação de colonialismos, imperialismos, caudilhismos, populismos e tantos outros “ismos”. As considerações finais ao texto de Briceño-León voltam-se para a definição sobre Educação como sendo “La Educación es el arte de usar los conocimientos” (A. N. Whitehead) e que retoma em suas conclusões. Para refutar este conceito eu tomaria emprestado o que foi elaborado por Pinto (1982) que diz que “A Educação é o processo pelo qual a Sociedade forma seus membros à sua imagem e em função de seus interesses”. Portanto, a Educação é revelada e relevada, como fator histórico, no sentido que é o decorrer de um fenômeno no tempo; como fato existencial, pois refere-se ao modo como o homem se faz ser homem; e como fato social, pois refere-se à sociedade como um todo. Assim só um povo que tem acesso à educação e se apropria dela, que contribui para a formação de cidadãos conscientes, pode transformar realidades, tornando possível realizar o sonho justo, de Saúde para Todos.

FREIRE, P., 1976. *Ação Cultural para a Liberdade e Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

FREIRE, P., 1980. *Conscientização e Prática. Uma Introdução ao Pensamento de Paulo Freire*. Rio de Janeiro: Editora Moraes.

FREIRE, P., 1987. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

FREIRE, P., 1992a. *Pedagogia da Esperança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

FREIRE, P., 1992b. *Medo e Ousadia. O Cotidiano do Professor*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

HUBLEY, J., 1988. Health education in developing countries. The need for an appropriate technology. *Health Education Research*, 3: 387.

HURTADO, C. N., 1993 – *Comunicação e Educação Po-*

pular: Educar para Transformar, Transformar para Educar. Rio de Janeiro: Vozes.

MACDONALD, J. J. & WARREN, W. G., 1992 – 1992. Primary health care as an educational process; a model and a Freirean perspective. *International Quarterly of Community Health Education*, 12:35.

PINTO, A. V., 1982. *Sete Lições sobre Educação de Adultos*. Editora Autores Associados & Cortez Editora.

Fernando Lefèvre

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Nenhuma das sete teses do professor Briceño-León são, a meu ver, passíveis de refutação, na medida em que enunciam proposições aceitas consensualmente pela maioria daqueles que, de alguma forma, refletem e praticam a Educação, no terreno (minado ou movido) da Saúde Coletiva.

Uma afirmação do artigo, contudo, dá margem a que se comece a pensar, não na insuficiência ou no eventual equívoco de alguma das sete teses, mas na fragilidade com que aparece a Educação em Saúde em si mesma e, por via de conseqüência, no sentimento de frustração que, como uma sombra má, parece acompanhar os praticantes ou “praxicantes” da “missão” educativa no campo da Saúde Coletiva.

A dita frase é: “A educação não pode modificar muitas condições objetivas, mas sim pode conseguir mudar a maneira como os indivíduos encaram as condições objetivas”.

Fica, então, a pergunta: estaríamos na mesma situação da célebre piada do indivíduo que fez vinte anos de psicanálise para deixar de fazer xixi na cama e, ao final do tratamento, continuou a fazer xixi na cama mas agora sabendo por quê?

Se a Educação não pode modificar muitas (certamente as mais decisivas) das condições objetivas que, no caso da Saúde Coletiva, estão associadas às nossas precárias condições de saúde e de (qualidade de) vida, de que adianta os indivíduos encararem mais objetiva e claramente as ditas condições? Seria a Educação em Saúde, então, um empreendimento talvez belo, mas pragmaticamente inútil?

Na verdade, os referenciais teóricos que carregam consigo antinomias do tipo: condições objetivas versus condições subjetivas andam meio envelhecidos e sem muita força explicativa, em um mundo que é mais complexo do que se imaginava.

De qualquer forma, permanece, entre os educadores atuando na Saúde Coletiva, um

grande sentimento de frustração quando se consegue, às vezes até em grande escala, a tal “participação” ou “mobilização” da comunidade (mesmo que não se saiba muito bem o que este último termo queira dizer, entre nós) e as coisas continuam iguais ou senão piores do que antes.

O problema então, me parece, reside – como a modernidade e a pós-modernidade estão nos ensinando – em “mudar de crise”: não é a educação que está em crise mas, de maneira muito mais ampla, todas as “missões salvadoras”.

Uma das importantes conseqüências desta crise mais ampla para a Educação em Saúde seria então a de que não há nada nem ninguém “a ser salvo”, mesmo por uma Educação revista, comunitária, dialógica, participativa, porque a própria idéia de “salvação” – sejam quais forem os agentes, individuais ou coletivos, ou as modalidades desta ação “salvadora” – parece, no fundo, uma “naïvitê” de que todos, em alguma medida, fomos vítimas.

Se não é para “salvar”, para que serve então a Educação em Saúde, vista, convém assinalar, de maneira perfeitamente correta pelo Professor Briceño-León?

Por mais frustrante que isto possa parecer, a Educação em Saúde – junto com as demais “educações” – não “serve” para nada, porque “servir” implica, sempre, um ou vários “servidores” (públicos ou privados, não importa) e, conseqüentemente, em “missões”, e tudo isso não existe mais hoje em dia (salvo para os pobres de espírito que acreditam que os Estados, os Governos, a Mitsubishi, a Microsoft, o Banco Econômico, a Bayer, têm alguma “missão” que não seja a de preservar a si mesmos e a seus interesses mesquinhos).

O que sobra, então, para a Educação em Saúde? A meu ver, para os que a praticam, o indeclinável dever de jogar mensagens dentro de garrafas no mar imenso da aldeia global, já que não há mais pastores a conduzir o rebanho humano, posto que, ou todos somos pastores, ou todos somos rebanho.

*João Cláudio
Lara Fernandes*

*Posto de Saúde da
Associação dos
Moradores e Amigos do
Bairro Barcellos
Favela da Rocinha –
Rio de Janeiro, Brasil.*

O texto se inscreve no campo das ações de saúde “compreensivas”, em contraposição ao conceito de práticas “seletivas”. Estas últimas são caracterizadas por sua verticalidade e especificidade, e pelo fato de serem decididas e planejadas externamente às comunidades envolvidas (Rifkin & Walt, 1986). Este modelo ainda predomina na área das políticas públicas de saúde, consubstanciando nos diversos programas sanitários existentes.

Entre as conseqüências negativas destas ações verticais destacadas pelo autor, duas merecem ser realçadas: a primeira delas refere-se ao aspecto ético, na medida em que elas negam um papel propositivo aos usuários, mostrando-se, assim, inadequadas e defasadas em relação aos acordos éticos atuais, que valorizam o sujeito e a cidadania enquanto instâncias fundamentais da vida social. A segunda, de cunho mais pragmático, refere-se à falta de sustentação dessas ações, que geralmente sobrevivem apenas em função das motivações externas, e da verba disponível.

Como alternativa, é proposta então uma atitude mais horizontalizada e compreensiva no estabelecimento de políticas sanitárias, convidando-se os diversos atores envolvidos a sentarem à mesma mesa de discussão, negociação e planejamento. Devo deixar claro, antes de mais nada, meu alinhamento a esta tendência, que me parece mais consistente em relação aos valores de promoção da saúde e desenvolvimento social, embora, concordando com o autor, reconheça a utilidade de ações seletivas em situações específicas, como as epidemias. Como contribuição ao debate, gostaria de destacar dois aspectos desta proposta que me parecem bastante importantes para um aprofundamento, ainda que, aqui, só possa indicá-los.

Em primeiro lugar, considero que as diferenças entre estes dois modelos de políticas sanitárias não se reduzem a sistemas de governo mais ou menos autoritários, como o autor propõe (pág. 6). Se assim fosse, esta questão estaria restrita a países historicamente submetidos ao autoritarismo, e não é isto o que ocorre, como podemos observar em projetos como o de Laredo, nos Estados Unidos, ou North Karelia, na Finlândia (MacAlister et al., 1991), entre outros, que embora apresentados como compreensivos, possuíam um nítido perfil vertical. Parece-nos, antes, que esta discussão refere-se aos próprios padrões de intervenção do estado, e situa, como base ideológica à proposição de políticas verticais, o modelo do *welfare state*. Neste sentido, o debate ganha uma dimensão

muito mais ampla, que transcende a área de saúde e pode ser resumida na antiga questão: como conciliar a democracia com planejamento? De fato, se levarmos em conta o postulado de Briceño-León: "*Nadie puede cuidar la salud de otro, si éste no quiere hacerlo por sí mismo*", teremos que admitir que o planejamento de ações de saúde estará na dependência de variáveis de difícil previsão, como o desejo de cuidar da saúde, as quais problematizam e ameaçam este mesmo planejamento. Ocorre que poder planejar é uma demanda do estado *wellfariano*, e é uma demanda de *poder*. Daí que não se pode discutir a participação comunitária sem avaliar as relações políticas existentes na sociedade e, em particular, entre os atores envolvidos nos projetos. Não é por acaso que a discussão proposta pelo autor acontece no mesmo momento em que se promovem mudanças profundas no relacionamento entre o estado e a sociedade civil, esta última reivindicando uma maior participação na definição das políticas públicas. Minha opinião é de que ela traduz, na área da saúde, esta conjuntura mais geral de transformações, que apontam para a definição de um novo papel do cidadão na construção de seu bem-estar.

Existe, portanto, uma tensão entre uma posição participativa e a tendência de controle do estado em relação às políticas públicas. A segunda questão que gostaria de indicar refere-se a um outro tipo de controle fortemente presente no campo sanitário, que é o método científico. De fato, os programas verticalizados de saúde têm uma lógica interna que se compatibiliza com o conhecimento científico, ao menos na sua versão mais positivista, o qual, através do equacionamento de variáveis é crucial para a confirmação das hipóteses subjacentes aos projetos e a obtenção dos resultados previstos, a partir de um método definido. Assim, a terceira tese de Briceño-León, que postula a existência de dois conhecimentos igualmente válidos, da população e dos técnicos externos, na identificação de problemas e soluções para a melhoria de suas condições de saúde, introduz um referencial não-científico a este processo, que tende a criar impasses em relação à sua efetiva forma de desenvolvimento e controle metodológico. Também neste caso, estamos, em última instância, diante de um problema político, na medida em que a hegemonia do saber científico significa um poder diferenciado para seus detentores. E é disto que precisaremos abrir mão, para dar seqüência ao pensamento do autor, apesar de toda dor epistemológica e limitação política que isto possa causar.

-
- MACALISTER, A. L.; PUSKA, P.; ORLANDI, M.; BYE, L. L. & ZBYLOT, P. L., 1991. Behaviour modification: principles and illustrations. in: *Oxford Textbooks of Public Health*, 2nd. ed., vol. 3. Oxford: Oxford University Press.
- RIFKIN, S. B. & WALT, G., 1986. Why health improves: defining the issues concerning 'comprehensive primary health care' and 'selective primary health care'. *Social Science and Medicine*, 23:559-556.
-

Elli Leontsini

*Center for International
Community-based
Health Research, School
of Hygiene and Public
Health, The Johns
Hopkins University,
Baltimore, U.S.A.*

I enjoyed reading Roberto Briceño-León's "*Siete Tesis sobre la Educación Sanitaria para la Participación Comunitaria*" and I very much appreciated your sharing of the manuscript with me. I think that the author does an excellent job at discussing several key aspects of Health Education and pointing out their relevance for successful Community participation in Tropical Disease Control. The article has prompted me to respond with two points which I have found relevant in my own work to achieve community-based control of tropical disease in Central America and the Caribbean:

a) The importance of conducting social science formative research prior to implementing the disease prevention program. This research has a "formative" purpose in that its results will be utilized to inform the program's design. If the problem as perceived by the community seems to lie with a fundamental belief that, for example, the real cause of malaria is abrupt changes in the hot-cold equilibrium, then the education effort should perhaps introduce other potential causes of malaria, such as mosquitoes, e.g. If the problem, on the other hand, seems to be that the gold miner's life style, for example, is incompatible with routines of any kind, including the regular use of a mosquito net or the regular taking of anti-malarial treatment, then the program should perhaps look into themes that might excite these nomadic individuals enough to adopt a malaria preventing routine in some compatible way or perhaps work more with their direct employers to get them to institutionalize a feasible measure.

In many instances more than one factors operate to create the disease problem, in which case the program will need to focus on more than one fronts at a time. But how will the program planners know which situation applies? A typical program budget often times includes

funds for a KAP type survey, which itself alone does not yield the information needed as respondents might reveal their knowledge but not really their beliefs, and only their reported practices rather than the actual ones. Qualitative research such as in-depth interviews with prospective program beneficiaries, for example, or focus groups or observation will alone or in combination with a KAP Survey elicit the beliefs, habits and circumstances that Roberto describes so well in the article. Research, however, often produces a negative set of reactions among Ministries of Health which consider it too theoretical or abstract to be useful, probably because some times it has actually been that way. Social science research in particular, is often perceived as an unnecessary luxury, either due to unfamiliarity with the research methods or due to negative past experiences where the fruits of research were never linked to a program. If used appropriately, this is the only tool that we have, though, to understand the problems research included in tropical disease control programs. Furthermore, I think that this kind of applied research should not just be a one-time try but it should be conducted periodically during the life of the program in order to assess the latter's progress and among its beneficiaries.

b) The second point I want to make has to do with the definition of community. Often times the word "community" 1) denotes one geographically defined; and 2) assumes a single social class represented by the residents of an area. This might still be true for a rural setting type community of farmers, for example, who do in fact live next to each other and all own similar sized lots. With the rapid urbanization taking place at the outskirts of formal Latin American cities, however, such a definition of community is often inadequate. Residents might live next to each other, but are away all day, working in greatly diverse jobs, holding diverse levels of education and belonging to more than one social class. As a consequence they are not the "one happy family" that we public health experts often assume. This calls for diversifying of our health education and community participation strategies according to each of the groups within a single geographical area. One strategy might be develop appropriate community-based programs but based at the work place, for instance. We need a strategy for factory workers, another for people working in banks, offices or stores, yet another for middle class women working inside the home, one for business owners, one for school children, for adolescents and so on. This kind of "community"

lacks the geographic element; nevertheless, is a community. I think that we will be at an advantage if we try to apply Roberto's Seven Theses to each one of such communities separately.

El autor responde

The author reply

Quisiera en primer lugar agradecer los comentarios que he recibido sobre mi artículo. Todos, sin excepción, fueron de grata y estimulante lectura. Mi respuesta será más una reacción, un comentario a los comentarios, que una respuesta propiamente dicha. Será así pues en algunos casos no veo que exista una respuesta posible y en otros casos no es necesaria una respuesta, ya que son valiosos aportes a una perspectiva y búsqueda común que comparto con los comentaristas.

¿Es la educación una botella lanzada al mar de la aldea ?

En un mundo gobernado por la televisión por satélite e internet, podemos pensar la educación como una tarea superflua; o superflua al menos para quienes aspiran o sueñan con el camio social. No creo que así lo sea. la educación no es superflua en ningún caso. Quizá no es lo suficientemente eficaz como se deseara; quizá ha sido un engaño en relación a las promesas, pero no pienso que sea banal.

La educación, toda educación, cumple la función primera de reproducir la sociedad, de asegurar su mantenimiento. La función ideológica conservadora necesaria para toda sociedad, sea esta capitalista o comunista, tradicional o moderna, se ve institucionalizada por la educación (Bourdieu & Passeron, 1970, 1971). Pero, paradójicamente, la educación ofrece las herramientas para el cambio de la sociedad. Por supuesto, la mayor o menor propensión al cambio que pueda expresar la educación dependerá de los niveles de conflicto o consenso de la sociedad, de la voluntad de los actores o de las imperfecciones del sistema educativo mismo.

La educación no es la tabla de salvación, tampoco es una herramienta despreciable. La realidad cognitiva y conductual que surge de los procesos educativos es muy superior a lo propuesta educativa misma, De allí la dificultad en establecer las relaciones entre educación y desarrollo, entre educación y cambio social, o, entre educación y reproducción de una sociedad (Albornoz, 1992). Es esta una paradoja esencial de los procesos sociales e individuales, donde la realidad supera las determinaciones previas. Nietzsche sostenía que el hombre era un ser determinado en sus valores morales y no podía salirse de las cadenas de la determinación moral, pero, paradójicamente su vida misma refutaba esta sentencia (Habermas, 1976). No creo que la educación sea una botella lanzada al mar, aunque tampoco sea la única salida al cambio social, a la salud o al desarrollo. Es una importante herramienta para orientar el futuro.

Los cambios en la educación ciertamente se corresponden con los cambios en la sociedad

Lo que estamos viviendo son cambios importantes entre la sociedad y el Estado. Ese no es un fenómeno singular de América Latina, sino del mundo en general. La transición demográfica, los límites del crecimiento económico y el aumento de las conquistas sociales han obligado, y cada día lo harán más, a redefinir el rol del Estado y el de la sociedad civil. Las versiones que esto puede tomar son diversas, por una lado esta la propuesta neoliberal, donde al Estado lo substituye las empresas y el mercado. Por otro, las propuestas incipientes donde el Estado lo substituye una organización más compleja de la sociedad, de las comunidades, de los individuos, de la normativa y el consenso.

Mis "Siete Tesis" se ubican en la perspectiva de un Estado que no puede seguir siendo y sintiéndose omnipotente, ignorando al individuo y las comunidades, ignorando los saberes y las organizaciones populares, creyéndose el poseedor de la verdad sanitaria. Pero también rechazan la propuesta de un Estado que se lava las manos y se irresponsabiliza. Consideramos que el Estado que no puede abandonar sus responsabilidades en el campo de salud y las políticas sociales, pero reconocemos su incapacidad de dar respuestas completamente satisfactorias. Si bien fue cierta la frase de Engels según la cual el Estado era la expresión del reconocimiento de la sociedad que tenía conflictos que no podía resolver; uno pudiera decir que

los cambios que se dan en la actualidad derivan del reconocimiento de la incapacidad del Estado de resolver innumerables demandas de la sociedad y la obligación y necesidad de la sociedad civil de buscar salidas por sí misma.

La difícil idea de comunidad y participación comunitaria

Concuerdo con la idea de lo difícil que es definir el concepto de comunidad. Las sociedades se han hecho más complejas y los grupos sociales o las clases más variadas. Ciertamente, ni la población rural o urbana, ni los pobres o los ricos, son categorías homogéneas. Con la idea de comunidad nosotros queremos señalar, en una dicotomía simple, a la sociedad civil; mostrarla como algo diferente al Estado y su actuación. En este orden de ideas participación comunitaria es entonces la acción de personas e instituciones que son distintas al Estado y sus funcionarios. Dos individuos repartiendo información sobre el dengue o el cólera en una esquina son completamente distintos en su significado social si uno es un empleado pagado por el gobierno y el otro no lo es; la acción es la misma, su sentido social no. La participación es la acción de la sociedad civil, y esto puede ser de personas, familias, organizaciones o empresas. Por eso cuando uno se refiere a participación de la comunidad está refiriéndose a estrategias diversas. Pero tienen de común que son distintas a la acción del Estado y que el Estado puede con su política reprimir o contribuir a una mayor presencia de la sociedad civil. Claro, la sociedad civil también puede reclamar una mayor presencia y acción con independencia de la voluntad política del Estado, y esto es deseable, pero esto requiere un nivel avanzado de organización y conciencia que no se tiene de antemano, pues si se tuviese la situación social sería diferente y no tendríamos porque discutir sobre este asunto.

Para algunos la participación es el triunfo del neoliberalismo, al significar una disminución de la importancia relativa del Estado, para nosotros no es así, es un crecimiento en el poder de la población, de la organización de la sociedad civil, de mayor responsabilidad y poder en manos de la gente, es el posliberalismo.

Cambios en el sentido de la educación

Compartimos la idea que se requiere de cada vez una mejor formación en las técnicas educativas, pero creemos que esto no es todo. Se

requiere de una perspectiva para la educación en la cual todos somos responsables, no solo los educadores. Parafraseando una famosa sentencia una pudiera decir que así como la salud es demasiado importante para dejarla en manos de los médicos, la educación es demasiado importante para dejarla en manos de los educadores. La educación es un hecho y una responsabilidad de todos.

Freire: su vision academica y popular

Me sorprende que no se sienta la influencia de Paulo Freire en mis Tesis. Pero quizá es así. Lo que no puede aceptar es que se afirme que desconozco la obra de Freire, puesto que no es verdad, ya que le doy gran importancia teórica y lo he utilizado prácticamente. A partir de 1968 participé en el grupo que organizó la más importante experiencia que tuvo lugar en Venezuela para la utilización de la metodología Freire para alfabetización campesina, (Freire, 1969a, 1969b, 1970a), fui uno de los que adaptamos la serie del Concepto Antropológico de Cultura para ser utilizado a nivel urbano en los ranchos, las favelas, de Caracas. En 1970 fundé, junto con otros colegas el Centro de Publicaciones Paulo Freire y, en ese año, importé a Venezuela desde Uruguay los primeros libros de la Pedagogía del Oprimido (Freire, 1970b), el cual ya había leído en una versión mecanografiada en el Icira en Santiago de Chile. Pero entonces, ¿por qué no se siente su presencia en las Tesis cuando yo creo que sí está? Quizá la diferencia radica en que, para mi, la obra de Freire se ha ubicado siempre fuera de la escuela y de la academia, en una pedagogía y acción no-escolar en el trabajo con los campesinos, con los obreros, los desempleados.

El conformismo latinoamericano

Ciertamente mi idea del conformismo está marcada por la experiencia de la Venezuela rica y petrolera. Pero el conformismo no existe solo en Venezuela, sino en toda América Latina. Y esta idea no quiere desconocer las luchas populares, sino destacar un hecho cultural y de comportamiento que ha sido reportado en numerosos estudios (Memmi, 1968; Jones, 1984; Chauí, 1986). ¿Cuál puede ser el origen de este comportamiento? Hay muchas hipótesis, una de ellas es el fracaso de gran parte de esas luchas populares por la acción del poder. El conformismo podemos entenderlo como una especie de desesperanza aprendida: es decir, de tanto recibir golpes al intentar producir cam-

bios se ha aprendido a conformarse, a no tener esperanzas (Seligman, 1975). Otra interpretación más compleja, y que no puedo desarrollar aquí por razones de espacio, es un sentido valorativo de la vida y de la acumulación diferente. Pero, si asumimos que es la primera posibilidad, una de las labores educativas importantes es devolver a estos grupos la esperanza, y para hacerlo proponemos fomentar la participación de ellos en acciones modestas pero exitosas, para aumentar su confianza y su capacidad de lucha por una vida mejor.

La investigacion y el conocimiento del receptor

Para muchos la investigación es un lujo. Para nosotros es una necesidad y una obligación ética. Coincido con varios de los comentaristas sobre la importancia de conocer al receptor del proceso comunicacional. Es importante incluirlo desde el principio para poder elaborar las políticas educativas. La dificultad es que, como el comportamiento es multicausal y uno no puede investigar todo, nunca puede tener la seguridad que las propuestas sean eficaces. Pero, con todas las limitaciones que sobre nuestro conocimiento debamos reconocer (Popper, 1972), sabiendo que nuestros saberes son limitados y nuestra ignorancia infinita, es posible proponer estrategias que se adecuen a los distintos grupos sociales y que puedan mejorar su participación su responsabilidad y su control del proceso de conservación o recuperación de su salud. Debemos sin embargo admitir que muchas veces la investigación ha sido un lujo académico, alejada de los problemas reales y propios, y más preocupada por los temas de moda de las revistas internacionales. Ese tipo de investigación de moda tiene su lugar en la vida científica, pero su importancia debe ser menor, pues debe priorizarse aquella que responde a las grandes necesidades de las mayorías, con todo lo ambiguo que esta caracterización pueda resultar.

La educacion y los cambios sociales, o ¿Quién hace la historia?

Si la educación no sirve para cambiar las condiciones objetivas, afirma uno de los comentaristas, para qué habría de servir. Creo que la educación no sirve para modificar las condiciones objetivas, la realidad social, sirve para ayudar a los individuos a tener conocimientos, saberes y conciencia sobre la realidad social y a partir de allí poder cambiarla, si lo desean y lo

pueden lograr. La historia es un resultado azaroso de múltiples determinaciones, pero una de ellas es la voluntad y organización de los individuos, de los que quieren que cambie y los que desean que permanezca. La educación es una forma de intervención de las ideas y la mente sobre la realidad. No es el único factor, pues existe la resistencia de la tradición y del poder, pero es un elemento en la constitución de los contrapoderes o de los cambios en el poder. De nuestra modesta experiencia pensamos que si es posible que las personas y las relaciones sociales cambien, pero no es fácil, las personas pueden no desear cambiar, o desearlo pero no emprender acciones para lograrlo, o emprenderlas y fracasar por fallas propias o por salir derrotadas en la lucha con los poderes constituidos. Pero así es la historia, y hay que volverlo a intentar o ¿Hay algún otro camino democrático y libertario?

La ética de la esperanza

La educación para la participación comunitaria no pretende ser una misión salvadora, la he pensado siempre como algo más modesto, como una contribución, un paso más en un largo camino. Tampoco se trata de rebaños ni de pastores, se trata de compartir el destino. Todos estamos dentro del mismo barco. Pero no todos somos iguales, (unos somos más iguales que otros, diría el escritor inglés), pero el barco sí es el mismo. Por eso es que algunos pueden y deben tomar el rol de propiciadores o estimuladores. La situación de América Latina se vuelve cada día de mayor segregación social y se ha ido constituyendo una suerte de *apartheid* social, donde los privilegiados creen que están aislados y separados, pero no es verdad, todos estamos en el mismo barco. Por ello estas faenas no son una ingenuidad, son la voluntad de forjar un futuro y un destino común y mejor. Es compartir el corazón y las esperanzas.

En las paredes de México o de Lima, pueden leerse de modos distintos unos *graffitti* que expresan un sentimiento y una necesidad que compartimos: ¡Basta de realidades! ¡Queremos ilusiones! ... Ese es el clamor de nuestra América.

- ALBORNÓZ, O., 1992. *Sociology and the Third World Perspective*. New Delhi: Wiley Eastern Limited.
- BOURDIEU, P. & PASSERON, J., 1970. *La Reproducción. Elementos para una Teoría del Sistema de Enseñanza*. Paris: Les Editions de Minuit.
- BOURDIEU, P. & PASSERON, J., 1971. *Les Héritiers. Les Étudiants et la Culture*. Paris: Les Editions de Minuit.

- CHAUI, M., 1986. *Conformismo e Resistência*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- FREIRE, P., 1969a. *¿Extensión o Comunicación?* Santiago: Icirá.
- FREIRE, P., 1969b. *La Educación como Práctica de la Libertad*. Montivideo: Terra Nueva.
- FREIRE, P., 1970a. *La Concientización*. Caracas: Instituto Agrario Nacional.
- FREIRE, P., 1970b. *Pedagogía del Oprimido*. Montivideo: Terra Nueva.
- HABERMAS, J., 1976. *Connaissance et Intéret*. Paris: Editions Gallimard.
- JONES, S. R. G., 1984. *The Economics of Conformism*. Oxford: Basil Blackwell.
- MEMMI, A., 1968. *L'Homme Dominé*. Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- POPPER, K. R., 1972. *Conjectures and Refutation: The Growth of Cientific Knowledge*. London: Routledge and Kegan Paul.
- SELIGMAN, M., 1975. *Helplessness. On Depression, Development, and Death*. San Francisco: Freeman.