

Aproximações entre promoção da saúde, educação popular em saúde, educomunicação e literacia em saúde

Convergences between promotion of health, public health education, educommunication and health literacy

Enfoques entre promoción de la salud, educación popular en salud, educocomunicación y alfabetización en salud

Marco Akerman <https://orcid.org/0000-0003-1522-8000>¹; Adriana Miranda de Castro <https://orcid.org/0000-0003-1190-5828>²; Cristina Almeida Santos <https://orcid.org/0009-0006-0892-6619>³; Pedro José Santos Carneiro Cruz <http://orcid.org/0000-0003-0610-3273>³; Noelia Rodrigues Pereira Rego <https://orcid.org/0000-0001-5248-5941>⁴; Frederico Peres <https://orcid.org/0000-0003-2715-6622>²

Resumo No Brasil, os estudos e as práticas em torno do conceito de literacia em saúde são recentes e vinculados à aplicação de instrumentos validados internacionalmente para a mensuração de habilidades e competências em diferentes grupos da população. Observa-se nessas perspectivas uma ênfase mais conservadora na adoção de práticas alfabetizadoras em saúde. O presente artigo explora possibilidades de um modelo brasileiro de literacia em saúde levando em conta o acúmulo da comunidade brasileira em saúde coletiva em promoção da saúde, educação popular e educomunicação ao traçar e articular linhas do tempo dessas quatro áreas de conhecimentos e práticas. A partir da tessitura dessas articulações, busca assinalar os principais marcos históricos, acadêmicos e políticos, nacionais e internacionais, de cada uma dessas áreas, dentro de um período determinado (1970-2023), tendo como pano de fundo quatro conjunturas políticas: “governos militares”, “redemocratização e neoliberalismo”, “governos progressistas” e “conservadorismo”. A partir da identificação desses importantes marcos nacionais e internacionais e das confluências entre os campos da promoção de saúde, da educação popular em saúde e da educomunicação, apontamos a possibilidade de um modelo brasileiro para a promoção da literacia em saúde.

Palavras-chave Promoção da saúde, Educomunicação, Educação popular, Literacia em saúde, Brasil

Abstract In Brazil, studies and practices around the concept of health literacy are recent and linked to the application of internationally validated instruments. From this perspective, a more conservative emphasis on the adoption of health literacy practices can be observed. This article explores possibilities for a Brazilian model of health literacy, considering the marked presence of the Brazilian community in public health in the promotion of health, popular education and educommunication, by linking timelines of these four areas of knowledge and practices. Having established these timelines, it seeks to highlight the main national and international historical, academic and political milestones, of each of these areas, over a specific period (1970-2023), against the backdrop of four political scenarios: “military governments,” “redemocratization and neoliberalism,” “progressive governments” and “conservatism.” Based on the identification of significant national and international milestones and the confluence between the fields of health promotion, popular health education, and educommunication, the possibility of a Brazilian model is postulated for promoting health literacy.

Key words Health promotion, Education communication, Popular education, Health literacy, Brazil

Resumen En Brasil, los estudios y las prácticas en torno al concepto de alfabetización en salud son recientes y están vinculados a la aplicación de instrumentos validados internacionalmente para la medición de habilidades y competencias en diferentes grupos poblacionales. Estas perspectivas demuestran un enfoque más conservador en la adopción de prácticas de alfabetización en salud. Este artículo explora las posibilidades de un modelo brasileño de alfabetización en salud, considerando la experiencia acumulada por la comunidad brasileña en salud pública, promoción de la salud, educación popular y educomunicación, mediante el trazado y la articulación de las cronologías de estas cuatro áreas de conocimiento y prácticas. Con base en el contexto de estas articulaciones, el artículo busca destacar los principales hitos históricos, académicos y políticos, tanto nacionales como internacionales, de cada una de estas áreas, dentro de un período específico (1970-2023), en el contexto de cuatro coyunturas políticas: “gobiernos militares”, “redemocratización y neoliberalismo”, “gobiernos progresistas” y “conservadurismo”. A partir de la identificación de estos importantes hitos nacionales e internacionales y de las confluencias entre los campos de la promoción de la salud, la educación popular en salud y la educomunicación, destacamos la posibilidad de un modelo brasileño de promoción de la alfabetización en salud.

Palabras clave Promoción de la salud, Educomunicación, Educación popular, Alfabetización en salud, Brasil

¹ Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo 715, Cerqueira César. 01246-904 São Paulo SP Brasil. marcoakerman@usp.br

² Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa PB Brasil.

⁴ Coletivo de Educação Popular e Libertária. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

Em um contexto global de amplo acesso a informações, marcado pelas diferentes estratégias e motivações aplicadas à produção, à disseminação e à apropriação de mensagens e conteúdo, a saúde humana está, cada vez mais, condicionada à capacidade dos indivíduos e grupos da população buscarem, compreenderem, avaliarem e darem sentido a informações e dados de saúde existentes. Para tanto, lançam mão de uma vasta gama de habilidades e competências que, nas últimas décadas, têm sido definidas a partir de um conceito cunhado originalmente em língua inglesa: *health literacy*.

Nutbeam e Muscat¹, comissionados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para atualizar seu Glossário de Promoção da Saúde (então na sua segunda versão, de 1998², sendo a primeira publicada em 1986³), definiram *health literacy* como:

*[...] o conhecimento e as competências pessoais que se acumulam através das atividades diárias, das interações sociais e através das gerações. O conhecimento e as competências pessoais são mediados pelas estruturas organizacionais e pela disponibilidade de recursos que permitem às pessoas acessar, compreender, avaliar e utilizar informações e serviços de forma a promover e manter uma boa saúde e bem-estar, para si e para aqueles que as rodeiam*¹.

Cabe destacar o fato de que o termo não estava presente no Glossário de 1986³, e na versão de 1998² era definido de forma menos elaborada do que na de 2021¹:

*A health literacy representa as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para acessar, compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter uma boa saúde*².

É igualmente importante ressaltar que, na virada do século XXI, *health literacy* era reputado como um termo relativamente novo no campo da promoção da saúde⁴. E que, no mesmo período, foram registradas as primeiras traduções do conceito para a língua portuguesa, em Portugal (literacia em saúde) e posteriormente no Brasil (inicialmente traduzido como alfabetização em saúde e, mais à frente, letramento e literacia em saúde⁵).

Quase duas décadas após o lançamento da segunda versão do Glossário (OMS, 1998)², a 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde da OMS, realizada em Xangai, China, em novembro de 2016, colocou a “literacia em saúde” no centro dos debates sobre a promoção da saú-

de, instando que ela deveria estender-se desde o nível pessoal até o nível político e, junto com “*good governance*” (boa governança) e “*healthy cities*” (cidades saudáveis), conformar os três “pilares” para trilhar a promoção da saúde na Agenda 2030 do desenvolvimento sustentável⁶. Nesse contexto, a 9ª Conferência estimulou a comunidade acadêmica internacional a avançar na produção de conhecimentos e práticas sobre o tema, levando, entre outros produtos, à elaboração de um livro de referência⁷ (*textbook*), com mais de 700 páginas, que compila, de alguma forma, uma literatura vasta, mas dispersa em artigos e alguns livros.

Ainda como eco da 9ª Conferência, a Rede Internacional de Literacia em Saúde⁸ é criada em 2020, durante a pandemia da COVID-19, como uma rede colaborativa internacional com 101 participantes de 61 países, somando-se a iniciativas anteriores, já consolidadas internacionalmente, como a Roundtable on Health Literacy (da National Academies dos Estados Unidos, de 2004)⁹, o Global Working Group on Health Literacy (da IUHPE, de 2010)¹⁰, a Health Literacy Europe (da União Europeia, também de 2010)¹¹ e a International Health Literacy Association (sediada nos Estados Unidos, de 2017)¹².

No Brasil, os estudos e as práticas em torno do conceito de literacia em saúde são recentes, estando fortemente vinculados à aplicação de instrumentos validados internacionalmente para a mensuração dos níveis de desenvolvimento de tais habilidades e competências em diferentes grupos da população⁵. Especialmente quando adotadas as perspectivas da alfabetização e do letramento em saúde, observava-se uma ênfase conservadora de *health literacy*, retratada em estudos, publicações e orientações técnicas calcadas em ideias que a ancoravam em uma abordagem educativa e comunicativa normativa, diretiva e descontextualizada das realidades sociais e das condições dos sujeitos.

Esses movimentos não têm a mesma visibilidade e intensidade dos movimentos internacionais, estando ainda distantes da perspectiva que orienta a aplicação desses saberes e práticas em países como os Estados Unidos, Austrália e Portugal, onde se destacam no âmbito de estratégias e políticas para a promoção da saúde, empoderamento dos indivíduos, melhoria do autocuidado e da capacidade de navegar pelos sistemas e serviços de saúde^{4,13,14}. É nesse sentido que, nos últimos anos, o crescimento de publicações em torno do conceito de literacia em saúde vem representando um novo e desafiador momento no debate em torno da *health literacy* no Brasil,

valendo-se de uma perspectiva baseada em processos educativos e comunicativos dialógicos, críticos e participativos.

Diante de um movimento sem precedentes de produção e disseminação de informações sobre saúde, sobretudo através de ambientes de pouca mediação como as redes sociais e os aplicativos de troca de mensagens¹⁵, que por sua natureza difusa e diversa inclui tanto informações embasadas por conhecimento científico consolidado quanto outras fundamentadas em linhas argumentativas pouco críveis e, cada vez mais frequente, algumas deliberadamente fabricadas para influenciar processos distintos na sociedade (e.g. *fake news*)¹⁶, entende-se que a comunidade da saúde coletiva brasileira precisa avançar na direção de uma decolonização do modelo hegemônico internacional (europeu e estadunidense, principalmente), por meio de uma “antropofagia acadêmica” que resulte em um modelo brasileiro de promoção da literacia em saúde.

A antropofagia, conceito adotado pelas correntes da vanguarda modernista do país na segunda década do século XX, expressava que a cultura brasileira é original e criativa e que não precisa engolir sem digerir tudo que vem de fora, como se lá estivesse o sofisticado e aqui o primitivo. O movimento trabalhou o conceito como um “canibalismo” que deglutia o alheio para produzir algo próprio. Em suma, a ideia era basicamente “devorar” essa cultura enriquecida por técnicas importadas e promover uma renovação estética na arte brasileira. No nosso caso, seria promover uma renovação ética, estética e política em nosso modo de promover a saúde.

A fim de contribuir para o delineamento desse modelo brasileiro de literacia em saúde, o presente artigo busca traçar e articular linhas do tempo de quatro áreas de conhecimentos e práticas associadas à promoção de habilidades e competências individuais e coletivas para o cuidado em saúde no Brasil: a promoção da saúde, a educação popular em saúde, a educomunicação e a literacia em saúde. a partir da tessitura dessas articulações, busca assinalar os principais marcos históricos, acadêmicos e políticos, nacionais e internacionais, de cada uma dessas áreas em um período determinado (1970-2023), tendo como pano de fundo quatro conjunturas políticas: “governos militares”, “redemocratização e neoliberalismo”, “governos progressistas” e “conservadorismo”. Tal empreitada, é importante sublinhar, não pretende discutir a polissemia e os deslocamentos do conceito de competência nem os modos como se relaciona às ideias de

habilidades e atitudes, posto que não se trata de enfocar os atravessamentos das quatro áreas acima referidas com a teoria e/ou a pedagogia das competências^{17,18}. Interessa atentar para as pistas de compromissos ético-políticos sinérgicos e potentes na construção de práxis produtoras de equidade.

Delimitando o cenário político-acadêmico de emergência do conceito de literacia em saúde no Brasil

A Figura 1 apresenta um quadro em que se alinham quatro linhas do tempo, destacando alguns dos principais marcos históricos, acadêmicos e políticos, nacionais e internacionais, como um exercício para identificar contextos comuns nos processos de consolidação de cada uma das áreas de saberes e práticas que, direta ou indiretamente, contribuíram para o processo de evolução do conhecimento sobre a literacia em saúde, no Brasil e internacionalmente. Os marcos identificados e didaticamente sistematizados não contam de movimentos históricos lineares nem evolutivos, representam pontos de culminância de diversos processos em tensão, em disputa.

Anos iniciais: de 1970 a 1985

A linha do tempo apresentada na Figura 1 parte do início da década de 1970, momento em que o Brasil e outros países da América Latina se encontravam sob o regime de governos militares, com severas restrições de direitos sociais, políticos e humanos. Um contexto político que obrigou diversos pensadores latino-americanos a deixarem seus países de origem e se exilarem no exterior, levando, de maneira forçada e pelas vias mais tortuosas e dolorosas possíveis, a um intercâmbio de ideias e experiências que paulatinamente promoveu uma onda de pensamento crítico e progressista na região, com notadas repercussões nos campos da saúde e da educação.

Paulo Freire, exilado no Chile, escreveu em 1968 a primeira edição de sua obra magistral *Pedagogia do oprimido*, publicada dois anos mais tarde em inglês e espanhol¹⁹. A obra é identificada, entre outras contribuições, como seminal para a construção do conceito de empoderamento e autonomia cidadã, pilares constitutivos dos campos da promoção da saúde, da educação popular em saúde e da educomunicação, além de um fundamento central dos saberes e práticas relacionados ao conceito de literacia em saúde^{14,20,21}. Entre as categorias centrais que Freire consolida em sua obra no campo pedagógico

gico estão o diálogo e o apontamento de bases teóricas e metodológicas como fundamento de ações educativas humanizadoras e emancipatórias, firmando tais categorias como marcos centrais de uma epistemologia latino-americana de produção participativa do conhecimento na pesquisa e na ação social e política^{22,23}.

A contribuição do pensamento de Paulo Freire para a saúde pública no Brasil, na América Latina e em diversas partes do mundo é inegável, servindo, de maneira direta e indireta, como inspiração para um conjunto de documentos e movimentos importantes, na década de 1970, que orientaram a reforma de progra-

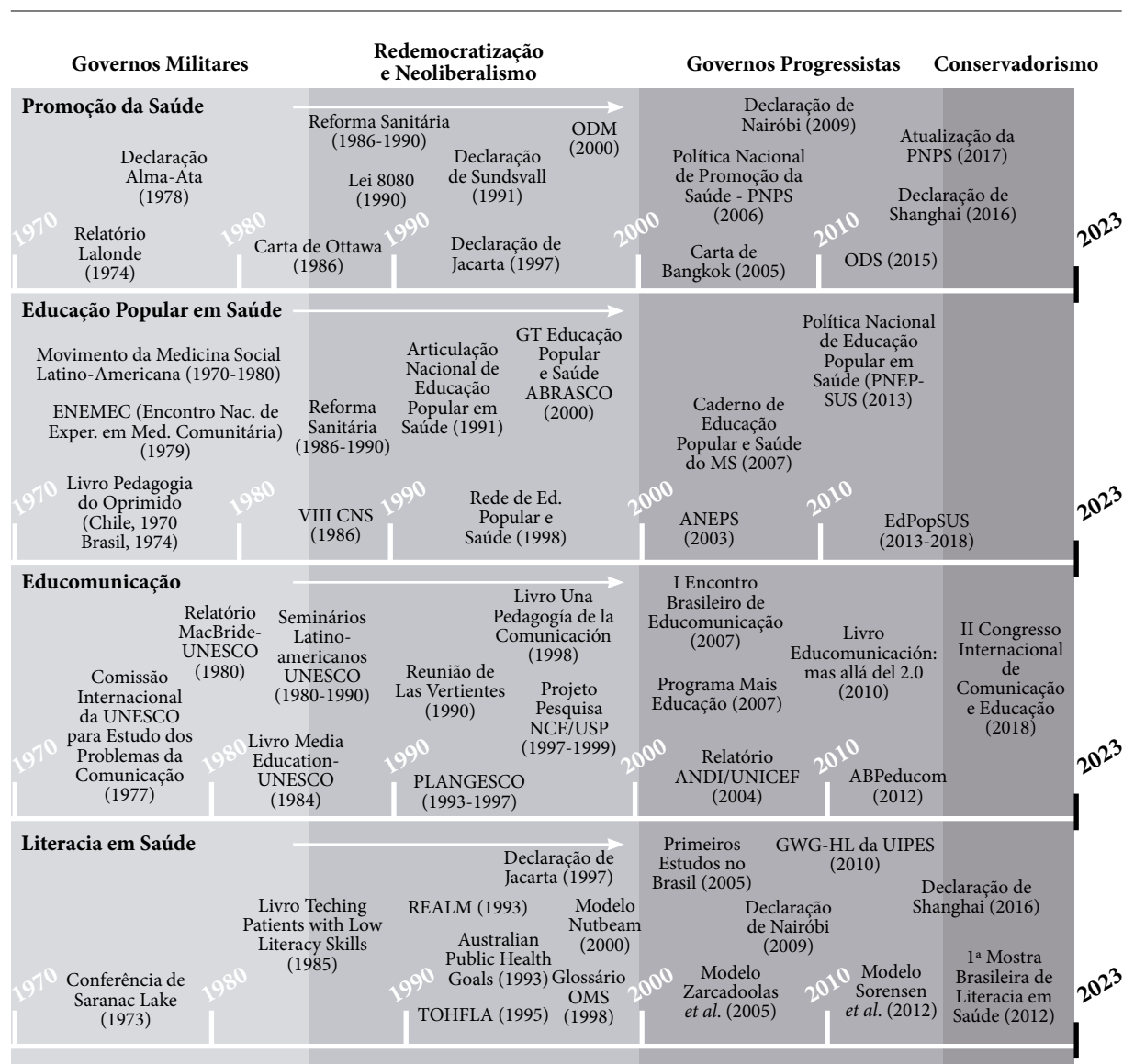


Figura 1. Costurando Linhas do Tempo.

mas, políticas e sistemas de saúde em diversas partes do planeta. Entre os documentos, cabe destaque ao chamado Relatório Lalonde²⁴ (cujo título original traduzido era *Uma nova perspectiva na saúde dos canadenses*), publicado em 1974 e assinado pelo então ministro da saúde do Canadá, Marc Lalonde, que definiu as bases para o conceito ampliado de saúde da OMS e para o campo da promoção da saúde²⁵, ao sustentar que a saúde não é a ausência de doenças e que o enfrentamento das doenças é responsável por uma parcela mínima dos cuidados necessários para a garantia da saúde dos indivíduos e das coletividades²⁴. Esse documento foi uma peça-chave para a organização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, na então União Soviética, em plena Guerra Fria (1978).

Nesse mesmo período, e com forte apoio da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), criava-se a Comissão Internacional para Estudo dos Problemas da Comunicação (1977), que nos anos seguintes foi responsável pelo chamado Relatório MacBride (1980) e pelo livro *Media education* (1984), pilares do movimento da literacia midiática e, posteriormente, elementos estruturantes do campo da educomunicação, no Brasil e na América Latina²⁶.

O campo da educação popular em saúde também encontrou inspiração no pensamento freiriano para a construção do movimento acadêmico-político em torno da chamada medicina social latino-americana²⁷. Esse movimento, que percorreu a década de 1970 e se estendeu até meados da década de 1980, constituiu-se como um contraponto ao paradigma biomédico da saúde pública e contribuiu, de maneira efetiva, para o fortalecimento de um pensamento crítico em saúde na América Latina que, no bojo do processo de redemocratização dos governos regionais, sustentou o conjunto de reformas progressistas dos sistemas de saúde regionais observados a partir da segunda metade dos anos 1980²⁸.

Em boa medida, esse movimento reuniu diversas práticas concretas do que se denominava experiências de “saúde comunitária”, nas quais se desvelavam processos de cuidado, de mobilização e de ação comunitária em saúde, caracterizados por uma relação participativa, dialógica e de colaboração entre profissionais de saúde, lideranças comunitárias e cuidadores do povo, articulados na constituição de espaços e iniciativas promotoras de saúde nos territórios e aliadas às lutas por direitos sociais e humanos. O Encontro Nacional de Experiências em Me-

dicina Comunitária (ENEMEC), realizado em várias edições, constituiu um espaço articulador potente dessas experiências, que viriam, na década de 1980, a confluir na criação do Movimento Popular de Saúde (MOPS).

Redemocratização e garantia de direitos: de 1986 a 1999

O final da década de 1980 e a década seguinte foram marcados pela ascensão de governos com inspiração neoliberal em diversos países da América Latina, resultando em um agravamento dos quadros econômico e social regional, com implicações diretas sobre a saúde pública²⁹. Ao mesmo tempo, foi um período marcado por avanços importantes na orientação e estruturação de programas, políticas e acordos internacionais sobre saúde e processos de desenvolvimento – social, humano e/ou ambientalmente sustentável.

No campo internacional, o multilateralismo no sistema Nações Unidas avança com a organização de conferências e documentos orientadores de políticas e programas de saúde, como a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa/Canadá, em 1986, cujo documento final (Carta de Ottawa) é reconhecido globalmente como marco fundamental para o campo da promoção da saúde²⁵. As conferências seguintes, em Adelaide/Austrália (1988), Sundsvall/Suécia (1991) e Jacarta/Indonésia (1997), avançam na proposição de políticas e programas centrados na promoção da saúde, servindo como referência para a consolidação de programas e políticas de saúde em diferentes partes do planeta³⁰.

No Brasil, a promulgação da Constituição de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, e o fortalecimento de redes e associações, no conjunto da sociedade civil organizada, em prol da educação emancipadora e do empoderamento de indivíduos e grupos da população para a promoção da saúde propiciou as condições para uma aproximação entre a academia, setores de governo e os movimentos sociais, fortalecendo a luta por políticas e programas de saúde com viés mais progressista no país³¹. Cabe destaque à criação da Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde (em 1991), posteriormente reconfigurada como Rede de Educação Popular e Saúde (REDE-POP), em 1998, e a formação do Grupo de Trabalho em Educação Popular em Saúde na Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT-EPS/ABRASCO), em 2000³².

A perspectiva progressista de 2000 a 2015

As articulações entre a academia e os movimentos sociais se intensificam no início da década de 2000, quando, não apenas no Brasil mas em outros países da América Latina, chegam ao poder projetos de governo com viés progressista, trazendo consigo importantes programas voltados para o enfrentamento das desigualdades e dos processos de determinação social da saúde²⁵. Influenciadas por iniciativas globais como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM, de 2000) e a Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde em um Mundo Globalizado (2005), um conjunto de políticas de saúde pública é proposto e implementado no Brasil, com o objetivo de estruturar os serviços e programas de saúde visando contribuir para a redução da pobreza e a promoção de condições mais justas e sustentáveis de desenvolvimento econômico, entre as quais se destaca a Política Nacional de Promoção da Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica, ambas de 2006³⁰.

Em 2003, criou-se a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas em Educação Popular em Saúde (ANEPS), como instância de diálogo e rede de comunicação e ação coletiva das várias iniciativas em educação popular e saúde, mas sobretudo como instância de interlocução com o Ministério da Saúde, na perspectiva de pactuações e parcerias visando maior apoio governamental a essas experiências. Nesse mesmo período, são registrados no Brasil os primeiros estudos sobre a literacia em saúde, ainda circunscritos ao domínio fundamental e aos ambientes clínicos e ambulatoriais, e utilizando os conceitos de alfabetização e letramento em saúde como tradução de *health literacy*⁵.

As perspectivas positivas da formulação de políticas para a promoção da saúde e da literacia em saúde, nos cenários nacional e internacional, avançam pela década de 2000 e chegam à primeira metade da década de 2010 com uma série de ações e políticas voltadas para promover a autonomia e o empoderamento de diferentes grupos da população brasileira. Cabe destacar, nesse período, o processo participativo e plural de construção da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEP-SUS), que se dá por meio de comitê nacional instituído em 2009, com a Política tendo sua promulgação em 2013, deflagrando várias ações, entre as quais se sobressaiu, por sua capilaridade, a criação do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde – EdpopSUS, programa de formação de agentes

para a promoção da educação popular em saúde em todo o país, cujas primeiras ofertas datam do mesmo ano³².

Nesse mesmo período, o conceito de educação se consolida no país, influenciado pela articulação de um grupo de pesquisadores em torno de um projeto de pesquisa integrado coordenado pelo NCE/USP³³, que, em 2007, organizou o I Encontro Brasileiro de Educomunicação. Na década seguinte, e sobretudo a partir da publicação do livro *Educomunicación: más allá del 2.0*³⁴, a produção acadêmica e as articulações de diferentes atores em torno do conceito de educação aumentam substancialmente no Brasil e, em 2012, resulta na criação da Associação Brasileira de Pesquisadores e Profissionais em Educomunicação (ABPEducom), rede de referência para o campo³³.

Retrocessos, conservadorismo e crise global: de 2015 a 2023

O contexto positivo da primeira metade da década de 2010, que no âmbito internacional encontra expressão máxima no acordo em torno dos 17 ODS³⁵, começa a mudar a partir do início da segunda metade da década, com o agravamento das crises econômicas e políticas em diversos países latino-americanos, inclusive no Brasil, levando à ascensão de projetos conservadores (ou ultraconservadores) de governo que, além de frear o avanço de uma série de políticas e ações para a promoção da equidade social e do empoderamento de grupos tradicionalmente vulnerabilizados da população, ainda favoreceram o avanço de diversos projetos de desenvolvimento econômico pouco ou nada sustentáveis e com viés neoliberal que, em menos de cinco anos, contribuíram para o agravamento da pobreza extrema e da degradação dos recursos naturais na América Latina^{36,37}.

A pandemia de COVID-19

O contexto de retrocesso social, ambiental e sanitário da segunda metade da década de 2010 na América Latina se vê ainda mais agravado e acentuado logo a partir dos primeiros meses da década seguinte, com a emergência da pandemia de COVID-19. A América Latina, por suas marcadas e históricas desigualdades, aprofundadas pelas crises políticas e econômicas que acompanharam o período de retrocessos nas políticas sociais e o avanço do conservadorismo no âmbito de governos e na sociedade, se viu altamente vulnerável e fortemente impactada pela

pandemia de COVID-19^{37,38}, o que resultou em uma das maiores contrações de economia em nível mundial (perto de 7% em 2020), elevando os níveis de pobreza e desigualdade a patamares equivalentes aos do início da década de 2000³⁶.

Nesse contexto de retrocessos e crises sistêmicas (ou “crise de crises”), as ações para a promoção da autonomia e do empoderamento de grupos da população, no Brasil e na América Latina, sofrem significativas perdas de investimento e articulação política. Uma série de políticas e programas são descontinuados e, no Brasil, a participação social e a representação de grupos da sociedade na condução dessas políticas e programas se veem fortemente comprometidas. Já em 2017, um ano após o alinhamento de diferentes atores em torno de um projeto para a retirada da presidenta Dilma Rousseff do poder, começam a ser propostas e implementadas mudanças em políticas estruturais, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com o objetivo de restringir a participação da sociedade civil nos processos decisórios de gestão da saúde pública³⁹. E em 2019, com a ascensão ao poder de um governo ultraconservador, a representação da sociedade civil nos programas e políticas de saúde chega a um ponto crítico, sobretudo a partir da extinção de conselhos e grupos de condução que, por natureza e história, serviam para calibrar os interesses do governo e da sociedade civil organizada.

Nesse contexto de retração da participação da sociedade civil nas políticas e programas de governo, e com a reorientação dos princípios dessas políticas e programas para abrigar interesses de grupos conservadores e reacionários, praticamente extinguem-se, no país, as iniciativas para a promoção da autonomia e do empoderamento de grupos mais vulnerabilizados da população brasileira, cujas ações de resistência acabam se concentrando, fundamentalmente, na atuação de universidades e institutos de pesquisa públicos, e em sua articulação com diferentes movimentos sociais, no Brasil e na América Latina³⁷. Instâncias como o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS) foram extintas, e políticas públicas como a PNEPS-SUS foram descontinuadas pela total falta de investimentos. Um contexto que reforça o caráter estratégico das instituições públicas de ensino e pesquisa, onde também se concentram os esforços para o desenvolvimento de conhecimentos e práticas para a promoção da literacia em saúde junto a diferentes indivíduos e grupos da população brasileira⁵.

Articulando saberes e práticas para compreender e aplicar o conceito de literacia em saúde no Brasil

Ao traçarmos e articularmos quatro linhas do tempo, associadas a quatro áreas distintas de saberes e práticas que, direta ou indiretamente, influenciaram o processo de importação e aplicação do conceito de literacia em saúde no Brasil, foi possível identificar alguns pontos-chave para se pensar e propor um modelo brasileiro de promoção da literacia em saúde. Pontos que, para fins meramente didáticos (já que na prática não se dissociam), são organizados aqui a partir de duas dimensões: a acadêmica e a política.

A dimensão acadêmica

No que diz respeito à dimensão acadêmica, a análise coordenada das quatro linhas do tempo evidenciou a importância da contribuição de Paulo Freire e do movimento da medicina social latino-americana na construção de uma perspectiva nacional de promoção e educação em saúde, sólida e avançada do ponto de vista epistemológico e rica em experiências e exemplos de apropriação pelos diferentes campos de prática.

Em relação à influência do pensamento freiriano na saúde, Stotz *et al.*⁴⁰ afirmam que o princípio-base do método Paulo Freire – permitir a análise crítica e a atuação do educando a partir de situações-problema próprias do seu cotidiano – também pode ser aplicado ao desenvolvimento de habilidades e competências para o cuidado em saúde, permitindo aos indivíduos não apenas acessarem e compreenderem uma informação, mas usá-la para tornar a sua vida e a dos outros melhor. Para os autores, a população desenvolve formas diversas de lidar com as questões de saúde, que, em última análise, representam meios de construir saberes e desenvolver o enfrentamento das desigualdades, em um processo emancipatório que expõe as limitações do modelo tradicional – normativo, verticalizado – de educação em saúde.

Tais premissas estão na base de sustentação do campo da educação popular em saúde, que, segundo os mesmos autores⁴⁰, atua para a construção, expressão e circulação de saberes em uma perspectiva que as formas de educação tradicionais jamais conseguiriam incorporar. Ou, como diria Paulo Freire, superar a mera aquisição de conhecimentos com o desenvolvimento de capacidades para fazer, de maneira aprofundada e consistente, a leitura do mundo que nos cerca⁴¹. Capacidades igualmente associadas

ao conceito de literacia midiática, fundamento teórico-metodológico do movimento que vem consolidando, no país e no mundo, o campo da educomunicação.

Como pudemos observar, foi também na primeira metade da década de 1970 que se consolida uma corrente contra-hegemônica de pensamento sanitaria na América Latina, mais tarde denominada de movimento da Medicina Social Latino-Americana, que buscava romper com o modelo biomédico de formação e de práticas de saúde para propor um olhar mais amplo sobre os processos saúde-doença, a partir dos chamados “determinantes sociais da saúde”.

Coincidentemente, Paulo Freire e o médico argentino Juan César García, um dos expoentes do movimento da Medicina Social Latino-Americana, viveram em Santiago do Chile, por motivos bem distintos (Freire em seu exílio forçado, García cursando filosofia na FLACSO), na segunda metade dos anos 1960, embora em períodos diferentes, ilustrando um momento de grande mobilidade de profissionais pela região, o que acabou por favorecer a consolidação de uma perspectiva latino-americana de pensar e fazer saúde pública.

Em 1966, Juan César García assume o Departamento de Recursos Humanos da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e se torna figura-chave para a consolidação do pensamento da medicina social na América Latina, não apenas como organizador de encontros acadêmicos importantes, mas dando apoio e subsídio à implantação dos primeiros cursos de medicina social na região (em 1973, na Universidade do Estado da Guanabara, atual UERJ, no Rio de Janeiro, Brasil, e em 1974, na Universidade Autônoma do México, campus de Xochimilco, na Cidade do México). Nesses cursos, e nos demais criados nos anos seguintes, foram formados os acadêmicos que lideraram, nas décadas de 1970 a 1990, o pensamento sanitaria na América Latina que, em sua perspectiva teórico-metodológica, fundamentou os processos de reforma dos sistemas de saúde na região e contribuiu para a consolidação de uma comunidade latino-americana da saúde coletiva. Essa mesma comunidade que, na virada do século XXI, ajudou a consolidar o protagonismo do campo da promoção da saúde na orientação de políticas e programas de saúde regionais.

Segundo Buss⁴², essa orientação pelo viés da promoção da saúde parte de princípios consolidados ao longo do processo histórico de redemocratização e reformas dos sistemas de saúde regionais, que se expressam na busca pela qua-

lidade de vida, defesa da democracia, garantia da participação social e promoção da cidadania, entre outros. Mas que, segundo o autor, demanda um arranjo intersetorial que inclui ações de Estado (como as políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais) e dos sistemas de saúde (reorientação do sistema de saúde), desafio que, na América Latina, vem sendo em parte superado pela articulação de saberes e a formação de um pensamento crítico em saúde, como decorrências dos processos e marcos identificados, ao longo do texto, na evolução do campo da saúde pública regional.

A dimensão política

Já no que diz respeito à dimensão política, a análise coordenada das linhas do tempo evidenciou as relações entre as conjunturas políticas, econômicas e sanitárias e o avanço dos conhecimentos e práticas associados à promoção da literacia em saúde no Brasil e no mundo. Nessa análise, as linhas do tempo partem do início da década de 1970, quando diversos países latino-americanos (o Brasil inclusive) viviam sob a tutela de regimes antidemocráticos, com forte repressão ao pensamento livre e crítico, inclusive no campo da saúde pública.

Esse contexto de repressão à produção do pensamento crítico acabou por determinar uma intensa mobilidade de pensadores e militantes do campo da saúde, que, ao fugirem da repressão em seus países de origem, acabavam por encontrar refúgio junto a outros pensadores latino-americanos, favorecendo forçosamente um intercâmbio de ideias e experiências. Paralelamente, os projetos de formação em saúde coordenados pela OPAS, sob a liderança de Juan César García, promoviam o fortalecimento de capacidades formativas em saúde pública, como o já citado caso dos cursos de medicina social, e o intercâmbio entre docentes e discentes latino-americanos, favorecendo a criação de uma comunidade acadêmica ampliada com forte vinculação regional.

Com os processos de redemocratização dos países latino-americanos a partir da década de 1980, as capacidades acadêmicas instaladas e o pensamento crítico consolidado a partir do intenso intercâmbio de ideias nas duas décadas anteriores deram o suporte acadêmico necessário às reformas dos sistemas de saúde, como no caso do Brasil e do Chile, ainda na década de 1980, e da Argentina, da Colômbia e do México, na década seguinte.

Grande parte das reformas dos sistemas de saúde na América Latina está atrelada às históricas desigualdades observadas na região, cujos sistemas padecem de financiamento insuficiente e são impactados por mudanças significativas no perfil demográfico e epidemiológico de suas populações. Como consequência, ainda registram iniquidade no acesso a programas e serviços, bem como na organização entre os entes nacionais para a prestação de serviços nos diferentes territórios.

Segundo Gottems *et al.*⁴³, as reformas dos sistemas de saúde na América Latina favoreceram, ainda, a participação privada na gestão e prestação de serviços, a descentralização e a segmentação dos serviços, no que diz respeito ao acesso e ao tipo de serviço fornecido, e a fragmentação com relação ao planejamento e à gestão de recursos entre os prestadores dos serviços. Para os autores, os grandes desafios a serem enfrentados pelos sistemas de saúde latino-americanos seguem sendo as decorrências das iniquidades socioeconômicas, a fragmentação da organização e prestação de serviços, os conflitos gerados pela participação pública e privada na organização e prestação dos serviços de saúde, bem como as dificuldades estruturais para o atendimento às reais necessidades de saúde da população. Desafios que reforçam a necessidade de pensarmos e implementarmos ações visando a promoção da literacia em saúde, em sua perspectiva crítica-emancipadora, junto a indivíduos e grupos da população brasileira.

Conclusão

Apesar de todos os avanços obtidos no processo de construção de um sistema universal de saúde como o Sistema Único de Saúde do Brasil, são muitos os desafios relacionados à gestão de programas e políticas de saúde na região, impactando diretamente as estratégias voltadas à promoção da literacia em saúde junto aos indivíduos e grupos da população latino-americana. Desafios que incluem a iniquidade no acesso a

programas e serviços, fragilidades estruturais para a prestação de serviços nos diferentes territórios e um histórico de financiamento insuficiente para dar conta das necessidades de saúde da população brasileira, entre outros aspectos estruturantes. E que são amplificados pela histórica desigualdade resultante de processos insustentáveis e excludentes de desenvolvimento, adotados no marco da ocupação do território brasileiro.

Nesse contexto, é impossível dissociar o cuidado e a promoção da saúde do enfrentamento e da superação das desigualdades, historicamente estabelecidas, o que nos leva a considerar a importância da orientação de políticas e programas de saúde a partir da literacia em saúde de indivíduos e grupos da população, favorecendo as condições necessárias para a promoção emancipatória da saúde e a garantia da qualidade de vida e do bem-estar de todos.

O presente artigo aponta, a partir de uma perspectiva histórica-contextual, e a partir da identificação de alguns marcos nacionais e internacionais, as confluências entre os campos da promoção de saúde, da educação popular em saúde e da educomunicação no país, apontando a possibilidade de se ter constituído, ao longo do percurso, um modelo brasileiro para a promoção da literacia em saúde. Um modelo que rompe com a perspectiva normativa e diretiva da *health literacy* que frequentemente reduz a diversa gama de habilidades e competências associadas ao processo de significação de informações e conhecimentos sobre saúde a um conjunto de atributos a ser quantificado, e passível de comparações, de maneira descontextualizada das realidades sociais e das condições dos sujeitos.

A partir desta reflexão inicial, busca-se incentivar estudos futuros que identifiquem elementos e princípios associados a esse modelo nacional de promoção da literacia em saúde, contribuindo para o aprimoramento de saberes e práticas acerca da produção de saúde por parte dos diferentes grupos da população brasileira, contribuindo para a melhoria do cuidado e da promoção da saúde no país.

Colaboradores

M Akerman: concepção do estudo, sistematização e discussão de resultados, elaboração do manuscrito; AM Castro: concepção do estudo, revisão e discussão de resultados, elaboração e revisão do manuscrito; CA Santos: sistematização e discussão de resultados, elaboração do manuscrito; PJSC Cruz: sistematização e discussão de resultados, elaboração do manuscrito; NRP Rego: sistematização e discussão de resultados, elaboração do manuscrito; F Peres: concepção do estudo, sistematização e discussão de resultados, elaboração do manuscrito.

Declaração de disponibilidade de dados

As fontes de dados utilizados na pesquisa estão indicadas no corpo do artigo.

Referências

1. Nutbeam D, Muscat DM. Health Promotion Glossary 2021. *Health Promot Int* 2021; 36(6):1811.
2. Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promot Int* 1998; 13(4):349-364.
3. Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promot* 1986; 1(1):113-127.
4. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000; 15(3):259-267.
5. Peres F. Alfabetização, letramento ou literacia em saúde? Traduzindo e aplicando o conceito de health literacy no Brasil. *Cienc Saude Colet* 2023; 28(5):1563-1573.
6. World Health Organization (WHO). *Promoting health in the SDGs: report on the 9th Global conference for health promotion, Shanghai, China, 21-24 November 2016: all for health, health for all*. Geneva: WHO; 2017.
7. Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K, organizadores. *International Handbook on Health Literacy*. Bristol: Policy Press; 2019.
8. EUPHA-HP, COVID-HL Network. COVID-HL: a global survey on digital health literacy in university students during the pandemic. *Eur J Public Health* 2021; 31(Suppl 3):ckab164.036.
9. The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (US). Roundtable on Health Literacy [Internet]. [cited 2024 mar 25]. Available from: <https://www.nationalacademies.org/our-work/roundtable-on-health-literacy>
10. Global Working Group on Health Literacy, International Union for Health Promotion and Education [Internet]. [cited 2024 mar 25]. Available from: <https://www.iuhpe.org/index.php/en/global-working-groups-gwgs/gwg-on-health-literacy>
11. Health Literacy Europe [Internet]. [cited 2024 mar 5]. Available from: <https://www.healthliteracyeurope.net/>
12. International Health Literacy Association [Internet]. [cited 2024 mar 5]. Available from: <https://www.i-hla.org/>
13. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int* 2005; 20(2):195-203.
14. Abel T, Benkert R. Critical health literacy: reflection and action for health. *Health Promot Int* 2022; 37(4):daac114.
15. Catalán-Matamoros D. La comunicación sobre la pandemia del COVID-19 en la era digital: manipulación informativa, fake news y redes sociales. *Rev Esp Comun Salud* 2020; Supl. 1: S5-S8.
16. Vasconcellos-Silva PR, Castiel LD. COVID-19, as fake news e o sono da razão comunicativa gerando monstros: a narrativa dos riscos e os riscos das narrativas. *Cad Saude Publica* 2020; 36(7):e00101920.
17. Ramos MN. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez; 2001.
18. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. *Dicionário de educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

19. Gadotti M, organizador. *Paulo Freire: uma biobibliografia*. São Paulo/Brasília: Editora Cortez/Instituto Paulo Freire/Unesco; 1996.
20. Sullivan J. Using Augusto Boal's theatre of the oppressed in a community-based participatory research approach to environmental health literacy. In: Finn S, O'Fallon LR, editors. *Environmental Health Literacy*. Cham: Springer; 2019. p. 285-314.
21. Peres F, Rodrigues KM, Lacerda T. *Literacia em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2021.
22. Cruz PJSC, Ferreira da Silva MR, Pulga VL, Machado AMB, Brutscher VJ. Educação popular em saúde. *Rev Educ Popular* 2020; n. esp.:6-28.
23. Brutscher VJ. *Discursos da educação popular contemporânea: encontros com Michel Foucault e Paulo Freire* [tese]. João Pessoa: UFP; 2017.
24. Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of Supply and Services/Canada; 1974.
25. Marcondes WB. A convergência de referências na promoção da saúde. *Saude Soc* 2004; 13(1):5-13.
26. Costa-Filho I. A participação social na cidadania comunicativa. *Rev Educ Cult Comun* 2021; 12(24):260-271.
27. David HMSL, Pina JA, Stotz EN, Lima Júnior IA, Vasconcellos LAV, Mattos LV, Sumar N. Curso para a formação histórico-política na graduação em saúde: análise de uma construção compartilhada. *Trab Educ Saude* 2018; 16(3):997-1015.
28. Ortega F, Behague DP. O que a medicina social latino-americana pode contribuir para os debates globais sobre as políticas da Covid-19: lições do Brasil. *Physis* 2020; 30(2):e300205.
29. Paim JS. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saude Publica* 2013; 29(10):1927-1936.
30. Buss PM, Hartz ZMDA, Pinto LF, Rocha CMF. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Cien Saude Colet* 2020; 25(12):4723-4735.
31. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cad Saude Publica* 2011; 27(1):7-18.
32. Lima LDO, Silva MRFD, Cruz PJSC, Pekelman R, Pulga VL, Dantas VLDA. Perspectivas da educação popular em saúde e de seu grupo temático na Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). *Cienc Saude Colet* 2020; 25(7):2737.
33. Soares IO. Educomunicação e Educação Midiática: vertentes históricas de aproximação entre comunicação e educação. *Comunic Educ* 2014; 19(2):15-26.
34. Aparici R, organizador. *Educomunicación: más allá del 2.0*. Barcelona: Editorial Gedisa; 2010.
35. Organização das Nações Unidas (ONU). Objetivos do Desenvolvimento Sustentável [Internet]. 2015 [acessado 2023 set 25]. Disponível em: <https://sdgs.un.org/goals>.
36. Arreaza A, López O, Toledo M. *La pandemia del COVID-19 en América Latina: impactos y perspectivas*. Caracas: CAF; 2021.
37. Stezano F. Enfoques, definiciones y estimaciones de pobreza y desigualdad en América Latina y el Caribe: un análisis crítico de la literatura [Internet]. [acceso 2023 nov 24]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/585921e-7-9286-481d-85a5-0e714ada676a/content>.
38. Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL). *América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19: efectos económicos y sociales. Informe Especial N. 1 – Covid-19*. Santiago: CEPAL; 2020.
39. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saude Debate* 2018; 42(n. esp. 3):38-51.
40. Stotz EN, David HMSL, Bornstein VJ. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. *Rev Aten Prim Saude* 2009; 12(4):487-497.
41. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
42. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cien Saude Colet* 2000; 5(1):163-177.
43. Göttems LBD, Camilo LP, Mavrot C, Molloy MLR. As reformas dos sistemas de saúde da América Latina: influências neoliberais e desafios aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. *Cien Saude Colet* 2021; 26(10):4383-4396.

Artigo apresentado em 23/05/2024

Aprovado em 16/10/2024

Versão final apresentada em 18/10/2024

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva, Vania de Matos Fonseca