

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

EMPOWERMENT:
UMA ALTERNATIVA EM PROMOÇÃO DE SAÚDE

Leticia Ferreira De Carvalho

CONSELHEIRO LAFAIETE/MG

2012

LETICIA FERREIRA DE CARVALHO

EMPOWERMENT:

UMA ALTERNATIVA EM PROMOÇÃO DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

CONSELHEIRO LAFAIETE/MG

2012

LETICIA FERREIRA DE CARVALHO

EMPOWERMENT:

UMA ALTERNATIVA EM PROMOÇÃO DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

Banca Examinadora:

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (orientador)

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte, 18 de novembro de 2012.

Dedico este trabalho aos meus pais, Vera e Francisco, pelo incentivo e dedicação; a meu irmão, Leandro, pela amizade; ao meu marido, Jeferson, pelo carinho e a minha filha, Larissa, por alegrar minha vida.

AGRADECIMENTOS

A *Deus* pela oportunidade, força e saúde que me concedeu ao longo destes dois anos de aprendizado.

A minha família, pelo carinho e amor.

Ao Orientador Bruno, a minha admiração pela compreensão, dedicação e competência durante a orientação deste trabalho.

As minhas amigas, pelo companheirismo, apoio e incentivo.

A todos os professores que participaram de minha formação profissional durante estes dois anos de curso.

RESUMO

A promoção de saúde é um campo de conhecimento na história da saúde pública que se encontra em plena ebulição. Nos últimos 20 anos, temos assistido a um crescimento exponencial dessa área, que tem realçado profundamente as concepções e práticas públicas no setor. O objetivo deste trabalho é abordar a aplicabilidade do *empowerment* em promoção de saúde, através de um breve histórico sobre o surgimento da promoção de saúde, da descrição de conceitos pertinentes ao tema e de uma revisão narrativa da literatura sobre promoção de saúde e *empowerment*. Periódicos, textos e artigos científicos eletrônicos, disponibilizados na internet através de bases de dados com credibilidade no meio acadêmico, serviram como fonte de busca. As bases de dados utilizados foram Lilacs, SciELO e Medline, acessados por meio dos portais Bireme, *Google Acadêmico* e Capes. Assim, pôde-se constatar que o *empowerment* é um método em que indivíduos ou um grupo de pessoas desenvolvem potenciais e habilidades a fim de melhorar sua qualidade de vida, ou seja, através dele as pessoas ganham maior controle sobre decisões e ações, que afetam sua saúde. É um processo eficaz, pois aumenta a autoestima, gera organização, determinação, colaboração, integração e autonomia no grupo em questão, permitindo controle e superação dos problemas identificados. Além disso, um de seus focos é a continuidade que é observada na maioria das intervenções. No Brasil, iniciativas para melhorar as condições de saúde de grupos específicos, por intermédio do desenvolvimento do *empowerment*, têm sido desenvolvidas de forma muito pontual. Entretanto, para muitas pessoas, estas constituem a única forma de mudança e transformação. Sendo assim, estamos carentes de políticas e ações em promoção de saúde e também de investigações científicas que apontem estratégias apropriadas e adequadas, pois a promoção de saúde demanda ações em outros setores, além do setor saúde. Portanto, é necessária uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setores sociais, econômicos, políticos, públicos, privados, organizações voluntárias e não governamentais, autoridades locais, indústria, mídia e instituições para envolver indivíduos, famílias, comunidades e profissionais de saúde.

Palavras-chave: Promoção de Saúde. Empoderamento. Qualidade de vida.

ABSTRACT

The health promotion is a field of knowledge in the history of the public health that is on the boil. In the last 20 years, we have seen exponential growth of this area, which has deeply highlighted the concepts and the public practices in the sector. The aim of this work is to approach the applicability of the empowerment in the health promotion through a brief chronology of the emergence of the health promotion, the description of concepts related to the theme and a non-systematic review of the literature on health promotion and empowerment. Journals, electronic texts and articles, made available online through databases with credibility in academia, served as a source of search. The databases used were Lilacs, SciELO and Medline, accessed through portals Bireme, Google Scholar and Capes. Thus it could be seen that the empowerment is a method in which individuals or a group of people develop potential and skills to improve their quality of life, in other words, through it people gain greater control over decisions and actions that affect their health. This is an effective process, as it helps to have high self-esteem, creates organization, determination, cooperation, integration and autonomy among the group in question, allowing them to handle and overcome the identified problems. Furthermore, one of its focuses is the continuity that is observed in the majority of the interventions. In Brazil, the initiatives aimed at improving the health conditions of specific groups through the development of the empowerment have not been developed continuously. However, for many people, these are the only way to change and transform. Therefore, we are in need of policies and actions in health promotion and also of scientific research that suggests appropriate and suitable strategies to each context. The health promotion actions demand in other sectors, beyond the health sector. Therefore it is necessary coordinated action among all stakeholders: government, social sectors, economic, political, public, private, voluntary organizations and non-governmental organizations, local authorities, industry, media and institutions. Involving individuals, families, communities and health professionals.

Key-words: Health Promotion. Empowerment. Quality of life.

LISTA DE ABREVIATURAS

- ABRASCO- Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- AIDS- *Acquired Immune Deficiency Syndrome*
- ALpViver- Associação Lutando para Viver
- Bireme- Biblioteca Virtual em Saúde
- CAPES- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CPHA- *Canadian Public Health Association*
- CSEGSF- Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
- CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
- CSDH - *Commission on Social Determinants of Health*
- CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
- DSS- Determinantes Sociais da Saúde
- ENSP/Fiocruz- Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz
- EURO/OMS- Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde
- HIV- *Human Immunodeficiency Virus*
- IPCEC/Fiocruz- Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz
- LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- OMS- Organização Mundial da Saúde
- MEDLINE- *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
- PSBH- *Problem Solving for Better Health*
- SCIELO- *Scientific Electronic Library Online*
- SUS – Sistema Único de Saúde
- WHO- *World Health Organization*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Determinantes Sociais: modelo de *Dahlgren e Whitehead*25

Figura 2 - Determinantes Sociais: modelo de *Diderichsen e Hallqvist*26

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	13
3.1 Objetivo Geral	13
3.2 Objetivos Específicos	13
4 METODOLOGIA	14
5 REVISÃO DE LITERATURA	15
5.1 - Promoção de Saúde	15
5.1.1 Histórico	15
5.1.2 Principais Conferências sobre Promoção de Saúde	16
5.1.3 Promoção de Saúde no Brasil	21
5.1.4 Aspectos Sociais	25
5.2 - Empowerment	30
5.2.1 Conceito e Aplicabilidade	30
5.2.2 Resultados Esperados	39
6 DISCUSSÃO	45
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	52

1 INTRODUÇÃO

A promoção de saúde é um campo de conhecimento na história da saúde pública que se encontra em plena ebulição. Nos últimos 30 anos, temos assistido a um crescimento exponencial dessa área, que tem realçado profundamente as concepções e práticas públicas no setor.

A partir dos anos 60, houve diversos debates, em várias partes do mundo, para discutir a influência de fatores econômicos e sociais na saúde dos indivíduos, e, com isso, abriram espaço para uma nova abordagem neste sentido. Desde então, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem realizado múltiplas conferências, em diferentes países, para discutir o tema. A Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, realizada na antiga União Soviética, em 1978, deu início a esse processo, que, posteriormente, resultou em sete Conferências Internacionais sobre promoção de saúde, realizadas respectivamente em Ottawa, Canadá, 1986; em Adelaide, Austrália, 1988; em Sundsvall, Suécia, 1991; em Jacarta, Indonésia, 1997; na Cidade do México, México, 2000; em Bangkok, Tailândia, 2005 e em Nairobi, Quênia, 2009. Além disso, duas Conferências Internacionais, de caráter sub-regional, aconteceram em Bogotá, Colômbia, 1992 e em Porto de Espanha, capital de Trinidad e Tobago, no Caribe, 1993. Destas, a Carta de Ottawa tem sido o marco de referência em todo o mundo, pois ampliou o conceito de promoção de saúde e incorporou a importância e o impacto das dimensões socioeconômicas, políticas e culturais sobre as condições de vida (BRASIL, 2002).

De acordo com o glossário elaborado pela *World Health Organization* (WHO), a promoção de saúde representa um amplo processo social e político, que abrange não só ações dirigidas a fortalecer as habilidades e capacidades dos indivíduos, mas também orientadas para a mudança social, ambiental e econômica, a fim de atenuar seu impacto sobre a saúde pública e individual. É um processo que permite às pessoas o aumento do controle sobre os determinantes de saúde, aplicação de suas competências e recursos coletivamente, definição de prioridades e satisfação das respectivas necessidades sanitárias. Através dessa participação, indivíduos e organizações dentro de uma comunidade podem prestar apoio social para o setor e abordar os conflitos existentes. Os determinantes de saúde são representados por uma gama de fatores pessoais, sociais, econômicos e ambientais, que influenciam a qualidade de vida dos indivíduos ou populações. A

promoção de saúde preocupa-se com ações que defendam todos estes fatores, que são múltiplos e interativos, tais como renda, condição social, educação, emprego, condições de trabalho, acesso a serviços de saúde e ambientes adequados, pois, em conjunto, criam diferentes condições de vida que influenciam a saúde (WHO, 1998).

A aplicabilidade do *empowerment* em promoção de saúde é um processo através do qual as pessoas ganham maior controle sobre decisões e ações, que afetam a qualidade de vida. Pode ser definido como um método social, cultural, psicológico ou político, por meio do qual, indivíduos e grupos sociais são capazes de exprimir suas necessidades, suas preocupações atuais e conceber estratégias para a participação na tomada de decisões. Por meio dessa atuação existe uma correspondência mais estreita entre os objetivos e como atingi-los, e uma relação entre esforços e resultados. *Empowerment* significa, também, o aumento do poder e da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais, nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social. Um de seus aspectos fundamentais diz respeito às possibilidades de que a ação local fomente a formação de alianças políticas capazes de ampliar o debate da opressão no sentido de contextualizá-la e favorecer a sua compreensão como fenômeno histórico, estrutural e político. O trabalho comunitário, baseado nesse modelo, contribui para o surgimento de um tecido social fortalecido e, essencialmente, confere poder aos sujeitos envolvidos (BECKER *et al*, 2004).

Diante do exposto, pretende-se abordar a aplicabilidade do *empowerment* em promoção de saúde. Para tal, este estudo se fundamentou em um breve histórico sobre o surgimento da promoção de saúde, na descrição de conceitos pertinentes ao tema e na análise de revisões de literatura e pesquisas, que avaliaram intervenções cujo alvo é promover saúde através do desenvolvimento do *empowerment*.

2 JUSTIFICATIVA

Os determinantes sociais da saúde estiveram em evidência durante todo o curso de especialização em Atenção Básica e Saúde da Família. Considerando as atividades desenvolvidas e o diagnóstico situacional realizado, foi possível observar e pontuar com maior clareza estes determinantes na população da área de abrangência da equipe de saúde bucal Vilela I. Assim, observamos a importância de a população enfrentar, com maior autonomia, os problemas identificados, e como a maioria destes é de origem social, o empoderamento da comunidade, a fim de organizar e potencializar suas ações, seria uma alternativa viável.

Além disso, o perfil socioeconômico da população é favorável ao desenvolvimento de ações neste sentido, visto que a maioria das famílias é liderada por mulheres e existem no bairro diversos locais com potencial para a formação de uma rede social e indivíduos disponíveis para o desenvolvimento da mesma. Entretanto, a gestão de saúde no município é deficiente há anos. O sistema municipal de saúde possui nós críticos que exigem soluções complexas e dependentes de vontade política. Sendo assim, o desenvolvimento de ações menos dependentes da administração municipal tem maior potencial de sucesso, o que reintera nosso interesse em estudar o *empowerment* como uma alternativa para promover saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivos gerais

Realizar uma revisão da literatura referente à promoção de saúde e *empowerment*, com vistas ao protagonismo e autonomia dos usuários dos serviços de saúde.

3.2 Objetivos específicos

Relatar um breve histórico sobre promoção de saúde;

Pontuar as principais discussões e conclusões das conferências internacionais sobre promoção de saúde;

Discutir os diversos conceitos de *empowerment* e sua aplicabilidade na área da saúde;

Correlacionar *empowerment* e promoção de saúde;

Relatar experiências que utilizaram o *empowerment* para promover saúde.

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a elaboração deste estudo fundamentou-se em uma revisão não sistemática da literatura sobre promoção de saúde e *empowerment*.

Periódicos, textos e artigos científicos eletrônicos, disponibilizados na internet por meio de bases de dados com credibilidade no meio acadêmico, serviram como fonte de busca.

As bases de dados utilizadas foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), os quais foram acessados nos portais de pesquisa Bireme (Biblioteca Virtual em Saúde) e *Google Acadêmico* e do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Os descritores utilizados para a busca do material foram: promoção de saúde, *health promotion*, *empowerment* e “empoderamento”. De um total de 15.000 referências localizadas, 46 foram selecionadas para inclusão neste estudo por estabelecerem uma relação direta com o objetivo e cujos critérios de inclusão focaram na promoção da saúde, relatos de experiências e empoderamento. As demais referências foram descartadas porque não estabeleciam relação direta entre os termos pesquisados.

A estrutura do texto foi definida para facilitar a compreensão do assunto e expor com maior clareza o tema proposto.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Promoção de saúde

5.1.1 Histórico

Durante a década de 60, realizou-se um amplo debate em várias partes do mundo, que realçou a determinação econômica e social da saúde e abriu caminho para uma nova abordagem nesse campo, visando superar a orientação predominantemente centrada no controle da enfermidade. Merece destaque a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior, com a realização das duas primeiras missões de observação de especialistas ocidentais, promovidas pela OMS, sob a liderança de Halfdan Mahler (1973-1974), e também o movimento canadense – Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses (1974) –, evidenciando que o tradicional padrão assistencial não favorecia a promoção de uma melhor saúde. Esses dois acontecimentos estabeleceram as bases para importantes movimentos de convergência na conformação de um novo paradigma, formalizado na Conferência de Alma-Ata (1978), com a proposta de saúde para todos e destacado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde (1986), com a promulgação da Carta de Ottawa e vem se enriquecendo com a série de declarações internacionais periodicamente formuladas nas conferências realizadas sobre o tema (BRASIL, 2002).

Ressalta-se, também, a “Primeira Conferência Nacional de Saúde”, em 1981, no Canadá, que introduziu a ideia de que o contexto social era um poderoso determinante, porque moldava o comportamento individual, admitindo-se que a escolha do estilo de vida dependia da classe social. Assim, a promoção da saúde passou de sua base nos estilos de vida à nova orientação centrada nos fatores sociais e ambientais. Posteriormente, em 1984, em uma conferência canadense denominada “Além do Cuidado da Saúde”, com a participação do Escritório Europeu da OMS, dois novos conceitos foram introduzidos: o de política pública e o de cidade ou comunidade saudável. Admitiu-se, com isso, a influência na situação de saúde a partir de decisões políticas externas e, com a ideia de “cidade saudável”, avançou-se

no conceito de *empowerment* e participação social, promovendo saúde através da descentralização do poder às comunidades locais (BRASIL, 2002).

A partir da Primeira Conferência, já foram realizadas nove iniciativas multinacionais, sete de caráter internacional/global, respectivamente em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997), México (2000), Tailândia (2005) e Quênia (2009) e outras duas de caráter sub-regional em Bogotá (1992) e Porto de Espanha (1993). Estes são documentos de grande relevância e são resultantes do processo de discussão e construção coletiva sobre os conceitos fundamentais abordados no contexto, realizado em várias partes do mundo. Cada um deles desempenha importante papel na manutenção da motivação e do interesse sobre o tema, com a contínua ampliação dos campos de ação e abordagens mais efetivas, para o real alcance dos objetivos traçados (BRASIL, 2002).

5.1.2 Principais conferências sobre promoção de saúde

A declaração de Alma-Ata resultante da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, realizada na antiga União Soviética, afirmou enfaticamente que a saúde é um direito humano fundamental, que a consecução do mais alto nível possível desta é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos. Reafirmou, também, que sua promoção e proteção são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribuem para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial, sendo direito e dever das pessoas participar, individual e coletivamente, no planejamento e na execução de seus cuidados e na busca de uma vida saudável. Enunciou que os cuidados primários representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e devem ter em vista os principais problemas da comunidade, proporcionando serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, conforme suas necessidades. Chamou a atenção ainda para que os governos cooperem num espírito de comunidade para assegurar serviço a todos (WHO, 1978).

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo, e

apresentou suas intenções na Carta de Ottawa. Esta definiu promoção de saúde como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar, favoravelmente, o meio ambiente (WHO, 1986).

A Carta de Ottawa se apresenta como um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas do setor, direcionando para um bem-estar global. A carta também definiu pré-requisitos, ou seja, condições e recursos fundamentais que são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Esta consiste em reduzir as diferenças em seu estado populacional, assegurar oportunidades e recursos iguais para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial saudável. Isso inclui uma base sólida: ambientes favoráveis; acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. Reforçar a ação comunitária e desenvolver habilidades pessoais são estratégias da Carta de Ottawa. Dois dos objetivos traçados por ela são: reconhecer as pessoas como o principal recurso para uma vida saudável; apoiá-las e capacitá-las para que se mantenham saudias, assim como suas famílias e amigos; e incentivar a participação e colaboração da comunidade (WHO, 1986).

A Conferência de Adelaide, Segunda Conferência Internacional, realizada na Austrália, afirmou que a saúde é ao mesmo tempo um direito humano fundamental e um sólido investimento social, devendo os governos investirem recursos em políticas públicas saudáveis para que as iniquidades resultantes da desigualdade social sejam diminuídas. Destacou que a ação comunitária é um ponto central da promoção de políticas saudáveis e que os governos têm um importante papel em seu campo de atuação, mas este é também extremamente influenciado por interesses corporativos e econômicos, organizações não governamentais e organizações comunitárias. A Conferência identificou quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis: saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool e criação de ambientes saudáveis. Além disso, mostrou a necessidade de eventos que permitam troca de experiências nos níveis local, nacional ou internacional (WHO, 1988).

A Terceira Conferência Internacional, realizada na Suécia, que elaborou a Declaração de Sundsvall, chamou a atenção para a necessidade de ações urgentes para se atingir uma maior justiça social em saúde. Esta Conferência sublinhou quatro aspectos para um ambiente promotor de saúde: social, político, econômico e a necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive os setores político e econômico, para que se desenvolva uma infraestrutura mais positiva e ambientes favoráveis. Entre as quatro estratégias fundamentais identificadas pela Declaração de Sundsvall, constam: reforçar a defesa da proposta de ações comunitárias, particularmente pelos grupos organizados de mulheres, e capacitar a comunidade e os indivíduos a ganharem maior controle sobre sua saúde e ambiente, através da educação e participação nos processos de tomada de decisão (WHO, 1991).

No que concerne à Declaração de Santafé de Bogotá, elaborada em uma Conferência Internacional de caráter sub-regional, realizada na Colômbia, tratou da promoção de saúde na América Latina. Segundo esta declaração, a promoção de saúde destaca a importância da participação ativa das pessoas nas mudanças das condições sanitárias e na maneira de viver, condizentes com a criação de uma cultura de saúde. Dessa forma, o repasse de informação e a promoção do conhecimento constituem valiosos instrumentos para a participação e as mudanças dos estilos de vida nas comunidades. Cabe destaque três dos 11 compromissos assumidos nesta conferência: fortalecer a capacidade da população nas tomadas de decisões que afetam a vida e a opção por estilos de vida saudável; reconhecer como trabalhadores os agentes e todas as pessoas comprometidas com os processos de sua promoção e os profissionais formados para a prestação de serviços assistenciais que podem contribuir para promovê-la e estimular a investigação para gerar ciência e tecnologia apropriada, disseminar o conhecimento resultante, de forma que se transforme em instrumento de liberdade, mudança e participação (WHO, 1992).

A Quarta Conferência Internacional, realizada em Jakarta, Indonésia, teve como tema central a Promoção de Saúde no Século XXI. Esta declaração foi a primeira a incluir o setor privado em seu apoio. Ela ofereceu uma ocasião para refletir o aprendizado sobre promoção de saúde, para reexaminar os determinantes e para identificar as direções e as estratégias necessárias para enfrentar os seus desafios no século XXI. Reafirmou os pré-requisitos: paz, abrigo, instrução,

segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade. E colocou a pobreza como a maior ameaça a uma vida sadia. Mostrou também que as tendências demográficas tais como urbanização, aumento no número de pessoas idosas, prevalência de doenças crônicas, comportamento mais sedentário, resistência a antibióticos e a outros medicamentos disponíveis, aumento do uso abusivo de drogas e violência civil e doméstica ameaçam a saúde e o bem-estar de centenas de milhões de pessoas. As prioridades estabelecidas para o século XXI foram: promover a responsabilidade social para com a saúde; aumentar os investimentos para fomentá-la; consolidar e expandir parcerias em prol dela; aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo e conseguir uma infraestrutura adequada. Fez ainda recomendações para a ação, entre as quais está o apoio à criação de atividades de colaboração e de redes para o desenvolvimento sanitário (WHO, 1997).

Na Cidade do México, por ocasião da Quinta Conferência Global sobre promoção de saúde, denominada “Das Ideias às Ações”, foi elaborada a Declaração do México. Esta mostrou um aumento significativo no nível de consciência em relação aos serviços de saúde de muitos países, mas ainda há prejuízo no desenvolvimento social e econômico que merecem soluções equitativas em termos de saúde e bem-estar. Este encontro constatou a necessidade urgente de abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais, sendo preciso fortalecer os mecanismos de colaboração para a promoção de saúde em todos os setores e níveis da sociedade. Concluiu que a promoção deve ser um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos os países (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2000).

A sexta Conferência Global, realizada em Bangkok, firmou quatro compromissos determinantes para alcançar a promoção de saúde como: a promoção de saúde deve ser um componente primordial e mundial; todos os níveis de governo possuem responsabilidade essencial no seu desenvolvimento; deve ser um objetivo fundamental das comunidades e da sociedade civil e um requisito das boas práticas empresariais (WHO, 2005).

A sétima Conferência Internacional, que foi realizada em Nairobi, no Quênia, em outubro de 2009, teve um significado especial por ocorrer em território africano e destacou a promoção de saúde e o desenvolvimento como temática central. A

conferência da África mostrou a importância de reforçar a promoção da saúde perante as ameaças decorrentes da crise financeira, do aquecimento global e das alterações climáticas. Além disso, realçou a necessidade de aproveitar os ensinamentos obtidos nas últimas décadas com as cartas, declarações e resoluções que trataram da promoção da saúde e sua real aplicabilidade. O encontro afirmou que a maioria das orientações preconizadas não foi praticada, assim estamos muito aquém dos compromissos assumidos. Na versão do documento distribuído no final da conferência africana, denominado “*Nairobi call to action*”, foi realçada a importância da promoção como um elemento fundamental para melhorar a qualidade de vida, reduzir as iniquidades e a pobreza e ajudar a promover sociedades justas. Além disso, a natureza multissetorial dos desafios abordados foi preconizada numa tentativa de que as propostas apresentadas sejam divulgadas aos membros da Organização Mundial da Saúde, Organização das Nações Unidas, organizações internacionais de desenvolvimento, governos, dirigentes nacionais e locais, políticos, populações, sociedade civil, organizações privadas e não governamentais, profissionais de saúde e acadêmicos, indivíduos, famílias, comunidades, organizações comunitárias e redes sociais (WHO, 2009).

Portanto, as parcerias e ações intersetoriais foram consideradas condições imprescindíveis para intervir eficazmente sobre os fatores determinantes da saúde e atingir a equidade em saúde, implementando formas de colaboração, cooperação e integração entre diferentes áreas, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e o bem-estar das populações. O compromisso global assumido neste encontro assenta-se em três eixos fundamentais:

- Utilizar o potencial inexplorado da promoção da saúde;
- Tornar a promoção da saúde um princípio integral das políticas e das agendas de desenvolvimento;
- Desenvolver mecanismos eficazes e sustentáveis de expansão da promoção da saúde (WHO, 2009).

Como estratégias e ações foram propostas cinco orientações temáticas, visando atuar relativamente aos fatores que limitam a eficácia dos processos de promoção da saúde:

- Empoderamento individual;
- Empoderamento comunitário;
- Fortalecimento dos sistemas sociais;

- Parcerias e ação intersetorial;
- Capacitação para a promoção da saúde (WHO, 2009).

Segundo o documento, no empoderamento individual, a aprendizagem em saúde é fundamental, pois proporciona os meios através dos quais o indivíduo efetua a escolha de comportamentos saudáveis. Além disso, este processo educativo deve ser desenvolvido considerando as necessidades de saúde, sociais e culturais das pessoas. As ações nesta área implicam apoiar o empoderamento, adotar tecnologias de informação e comunicação e construir e aplicar bases de dados.

Já no empoderamento comunitário, as comunidades devem partilhar o poder, os recursos e as capacidades de decisão, a fim de assegurar as condições sustentáveis para a equidade em saúde. Consiste numa conjugação de esforços que permitam colocar em prática uma intervenção ou defender uma determinada mudança política ou social. Refere-se ao processo de capacitação das comunidades para aumentar o controle e a capacidade de decisão, adquirindo domínio sobre os fatores e deliberações que têm impactos decisivos sobre suas vidas. As intervenções neste âmbito envolvem possibilitar a apropriação da comunidade, desenvolver recursos sustentáveis e construir e aplicar bases de dados.

Durante esta conferência, houve um significativo apelo para uma ação conjunta e global, considerando que tanto os países desenvolvidos quanto os em desenvolvimento enfrentam riscos significativos de surgimento de surtos de doenças que podem ser prevenidas. Assim, foram destacadas cinco responsabilidades urgentes, para os governos e demais interessados, que consistem em reforçar as lideranças e os grupos de trabalho; fomentar a promoção da saúde; capacitar as comunidades e os indivíduos; melhorar os processos participativos e construir e aplicar o conhecimento (WHO, 2009).

5.1.3 Promoção de saúde no Brasil

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, artigo 196, estabeleceu com grande propriedade que "a saúde é um direito de todos e dever do Estado", garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços

para sua promoção, proteção e recuperação. Estas premissas são as mesmas propostas anteriormente em nível mundial (BRASIL, 1988).

A concepção de participação social na saúde é reiterada na Lei n. 8.080 de 1990, que criou o Sistema Único de Saúde e definiu as atribuições dos diferentes níveis de governo. Reconhece, em seu artigo terceiro, como múltiplos determinantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. A Lei n. 8.080 não exime a sociedade de sua corresponsabilidade, mas define como papel do Estado garantir a saúde através da:

[...] formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990, p. 1).

Segundo Costa (1998), à medida que nos últimos anos, avançou no Brasil o debate a respeito da reforma sanitária, têm aparecido referências genéricas aos "movimentos sociais" como interlocutores das tentativas de desenvolvimento de um novo padrão de serviços públicos de saúde. O aspecto positivo deste fato é que esta preocupação tem permitido discutir, na área, a ação dos distintos grupos e classes na definição das políticas sociais. Destacou que, de alguma maneira, as propostas sobre a reorganização dos serviços de saúde deixam de ser tratadas como questão administrativa ou de interesse puramente técnico e começam a considerar o papel que as demandas coletivas exercem na definição da utilidade e amplitude das políticas sociais.

No Brasil, a partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde, realizada pelo Ministério da Saúde em 1986, muito tem sido falado sobre promoção de saúde. Embora a mesma esteja assinalada na Lei Orgânica e encontre ancoradouro nos encaminhamentos da Nona Conferência Nacional de Saúde, políticas e ações não têm sido implementadas no cotidiano dos serviços. Observa-se, com frequência, o uso inadequado do termo, geralmente confundido com práticas de prevenção, educação e comunicação (MELLO *et al.*, 1998).

Mello *et al.* (1998) estudaram uma comunidade rural no município de Quixadá, Ceará, com o objetivo de fortalecer as ações organizadas da comunidade

e sua participação na esfera institucional, através de pesquisa articulada à educação popular. A pesquisa demonstrou a capacidade dos participantes quanto ao reconhecimento crítico e consciente do significado e da importância da promoção de saúde como meta política de ação. Além disso, o diálogo durante os trabalhos proporcionou a democratização do saber, que se transformou em sugestões para ações objetivas e reais, visando transformar as condições de vida da população. A principal dificuldade encontrada no estudo foi de ordem financeira, sendo solucionada com o apoio da Secretaria de Saúde do município. Concluíram que estamos carentes não somente de políticas e ações, como de investigações científicas que contribuam para apontar estratégias apropriadas e adequadas a cada contexto.

O Brasil é integrante da Rede de Megapaíses para a Promoção de Saúde, da OMS, que foi criada num encontro em Genebra, na Suíça. Nasceu do reconhecimento, da necessidade e do potencial para possibilitar maior impacto mundial, por meio da formação de uma aliança entre os países mais populosos. Juntos, esses países atingem 60% da população do mundo. São eles: Bangladesh, Brasil, China, Índia, Indonésia, Japão, México, Nigéria, Paquistão, Federação Rússia e Estados Unidos da América. Trabalhando em conjunto, podem se constituir em voz poderosa na agenda mundial de políticas de promoção da saúde. Podem, ainda, direcionar os seus graves problemas na área, a fim de fortalecerem sua capacidade, nos âmbitos mundial e nacional, no sentido de ampliar a oferta de saúde às suas populações e também à população mundial (WHO, 1998).

Zancan e Adesse (2004) uniram a colaboração da Associação Canadense de Saúde Pública (CPHA), da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), para criar conhecimento e trocar experiências por intermédio do “Projeto de Promoção de Saúde em Ação”. Os autores mostraram que a liderança do Canadá é reconhecida mundialmente e que este intercâmbio técnico fortaleceu e expandiu os ensinamentos e ações já existentes na ENSP/Fiocruz. Afirmaram, também, que os parceiros canadenses e brasileiros se propõem, através de um novo projeto de cooperação, apoiar municípios selecionados nas várias regiões do país, na implementação, avaliação de intervenções e na construção de capacidades para o desenvolvimento local e ação intersetorial. Concluíram que existe um grande número de iniciativas em desenvolvimento, mas são poucas as experiências que se

têm conseguido tirar do papel e levar à prática os conceitos de desenvolvimento humano sustentável, promoção de saúde, particularmente em territórios complexos, como são as grandes cidades.

No Brasil, a Constituição Federal, promulgada em 1988, enfatizou a importância de promover a saúde como direito fundamental de cidadania e defendeu a assistência médico-sanitária integral, universal, com acesso igualitário dos usuários aos serviços, sendo estes hierarquizados e a sua gestão descentralizada. Estabeleceu que as ações de saúde devem ser submetidas a organismos do executivo com representação paritária entre usuários e demais representantes (governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços). Assim, firmaram-se os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade; integralidade; participação e descentralização. Posteriormente, as leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990, e as Normas Operacionais Básicas, nos anos subsequentes, complementaram e moldaram o processo de implantação da política em questão e definiram fóruns federativos de negociação e pactuação, tais como as Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite. Desde então, o processo de implementação do SUS tem sido um desafio, principalmente no que diz respeito à meta de garantir saúde para todos de forma igualitária (MAIO; LIMA, 2009).

Entretanto, antes do surgimento do SUS, em outras ocasiões, a sociedade brasileira já havia dado centralidade política à saúde pública em debates sobre as condições de vida da população. Durante a Primeira República, um grupo de sanitaristas, educadores e engenheiros elegeu o saneamento como primordial para a construção da nacionalidade e da civilização. Em 1950 e 1960, o binômio saúde/desenvolvimento foi bastante discutido, apesar das divergências de opiniões. Embora haja continuidade entre as propostas desses períodos de nossa história e a Reforma Sanitária, iniciada na década de 70, é importante destacar que o movimento sanitarista contemporâneo se diferencia por propor uma articulação entre saúde, democracia e equidade. Portanto, a construção do SUS é um desafio permanente e tem sido muito criticada, tanto em ambiente acadêmico quanto em diferentes espaços institucionais onde é efetivado como política social, devido a sua institucionalização (MAIO; LIMA, 2009).

5.1.4 Aspectos sociais

Os determinantes sociais da saúde (DSS) foram organizados por diversos autores através de modelos explicativos para facilitar sua análise e compreensão. Assim, o modelo de *Dahlgren e Whitehead* expõe estes determinantes em camadas diferentes que vão desde fatores individuais até os denominados macrodeterminantes. A base do modelo representa características individuais que possuem influência sobre a saúde de uma pessoa como idade, sexo e fatores genéticos. Posteriormente, são indicados os comportamentos e estilos de vida individuais, que também são considerados como integrantes dos DSS, pois são fortemente influenciados por fatores sociais.

A próxima camada diz respeito às redes comunitárias e de apoio, demonstrando que o nível de coesão social é fundamental para determinar a saúde. No próximo nível, aparecem as condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, destacando que pessoas em desvantagem social possuem risco aumentado de desencadear problemas de saúde, devido às condições precárias de habitação, maior exposição a fatores nocivos ou estressantes de trabalho e menor acesso aos serviços. Finalmente, no último nível, estão situados os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas (GUNNING-SCHEPERS, 1999).

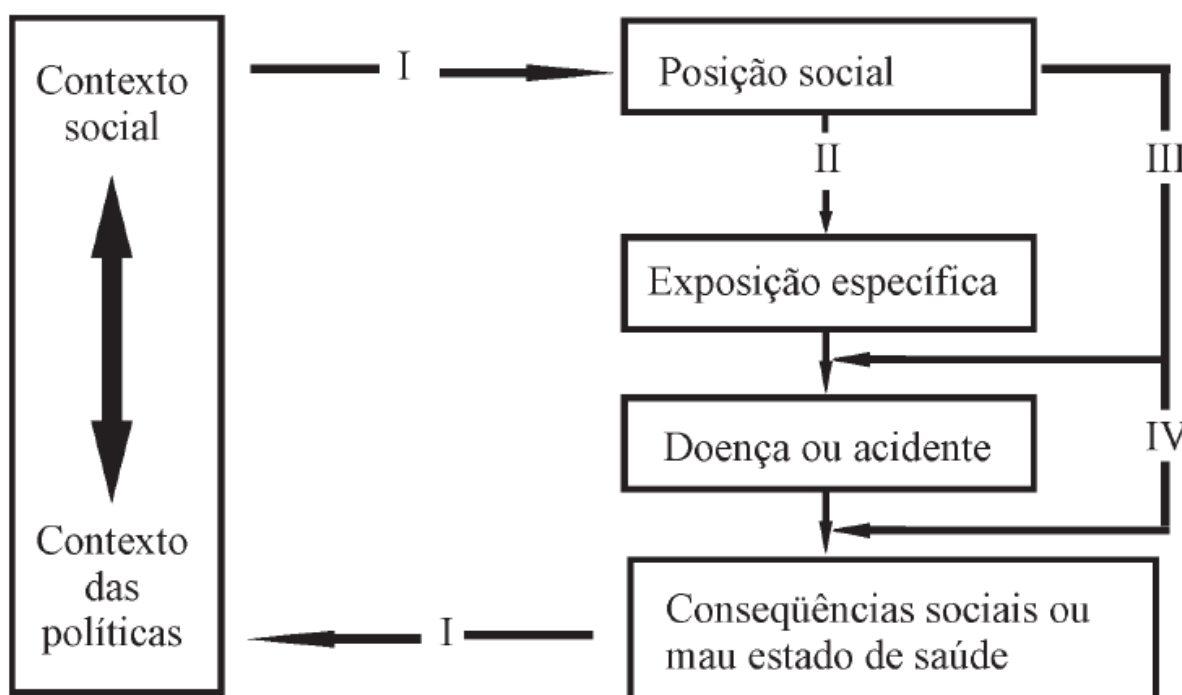
FIGURA 1 - Determinantes Sociais: modelo de *Dahlgren e Whitehead*



FONTE: GUNNING-SCHEPERS (1999)

De acordo com Evans *et al.* (2001) estudiosos adaptaram o modelo de *Diderichsen e Hallqvist*, de 1998, enfatizando a estratificação social gerada pelo contexto social, que coloca as pessoas em posições sociais distintas e provoca condições diferentes de saúde. Este modelo considera o processo através do qual os indivíduos ocupam uma determinada posição social, como o sistema educacional e o mercado de trabalho. Assim, a exposição a fatores nocivos à saúde, a vulnerabilidade à ocorrência de doenças e as consequências sociais ou físicas das morbidades estão relacionadas com a posição social ocupada pelo indivíduo, pois pessoas em condições sociais desfavoráveis estão mais propensas a adquirir problemas de saúde. As consequências sociais referem-se ao impacto que a doença pode ter sobre a situação socioeconômica do indivíduo e sua família.

Figura 2 - Determinantes Sociais: modelo de *Diderichsen e Hallqvist*



FONTE: GUNNING-SCHEPERS (1999)

O modelo biomédico vigente tem como propósito a cura das doenças e a recuperação do indivíduo, isto é, atua quando a doença já está instalada, e não se preocupa com suas causas. Assim, o sucesso depende, também, de uma transformação dos técnicos do setor. As diferenças naturais ou de variações biológicas, ou a livre escolha de comportamentos de risco, não podem ser consideradas causas da iniquidade. Mas, quando estes comportamentos de risco ou

exposição a situações de vida e trabalho insalubres ocorrem por falta de opção da população e o acesso aos serviços de saúde é inadequado, caracteriza-se a iniquidade. Concluíram que a promoção de saúde propõe uma atuação que reverta esta situação, para que a equidade seja alcançada, isto é, possam ser criadas oportunidades para a justiça social, que diferenças biológicas e de livre escolha sejam respeitadas, ao mesmo tempo em que sejam asseguradas condições mínimas para uma sobrevivência digna (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004).

Perante as mudanças sociais, políticas e culturais, o esgotamento do paradigma biomédico e a mudança do perfil epidemiológico desenvolveu-se, nas últimas décadas, um projeto em resposta aos desafios sanitários atuais, sendo uma das principais linhas de atuação da OMS, influenciando a elaboração de políticas de saúde de diversos países. Concluiu que o conceito/estratégia de *empowerment* constitui um eixo central de Promoção de Saúde (CARVALHO, 2004).

Na visão de Braveman (2006), a desigualdade na saúde faz com que grupos sociais desfavorecidos, como população de baixa renda, minoria de raças ou etnias, mulheres, ou outros grupos que experimentaram desigualdades e discriminação social, sofram maiores riscos que os grupos sociais mais favorecidos. A vantagem social refere-se a uma hierarquia social, determinada pela riqueza, pelo poder, e/ou pelo prestígio. Assim, perseguir a equidade na saúde significa perseguir a eliminação de tal desigualdade.

Em março de 2006, foi criada, no Brasil, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), indo ao encontro do movimento global desencadeado pela OMS, no ano anterior, com a criação da *Commission on Social Determinants of Health* (CSDH), objetivando conscientizar a comunidade internacional sobre a importância dos determinantes sociais sobre a saúde de indivíduos e populações e a necessidade de combater às iniquidades por eles geradas. A CNDSS possui constituição diversificada, reforçando assim a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira. O Decreto Presidencial que criou a CNDSS constituiu também um Grupo de Trabalho Intersetorial, integrado por diversos ministérios e pelos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (Conass e Conasems). O trabalho articulado da CNDSS com esse grupo permite que se multipliquem ações integradas

entre as diversas esferas da administração pública e que as propostas já existentes ganhem maior coerência e efetividade (CNDSS, 2006).

Três compromissos orientam a atuação da Comissão:

- compromisso com a ação;
- compromisso com a equidade;
- compromisso com a evidência.

Os principais objetivos da CNDSS são:

- produzir conhecimentos e informações sobre os DSS no Brasil;
- apoiar o desenvolvimento de políticas e programas para a promoção da equidade em saúde;
- promover atividades de mobilização da sociedade civil para tomada de consciência e atuação sobre os DSS (CNDSS, 2006).

Para o alcance desses objetivos, a CNDSS desenvolveu as seguintes linhas de atuação:

- produção de conhecimentos e informações sobre as relações entre os determinantes sociais e a situação de saúde, particularmente as iniquidades de saúde, com vistas a fundamentar políticas e programas;
- promoção, apoio, seguimento e avaliação de políticas, programas e intervenções governamentais e não governamentais realizadas em nível local, regional e nacional;
- desenvolvimento de ações de promoção e mobilização junto a diversos setores da sociedade civil;
- manutenção de uma página institucional na internet com informações sobre as atividades da CNDSS, além de publicações de interesse, como dados, informações e conhecimentos sobre o assunto existentes nos sistemas de informação e na literatura mundial e nacional;
- criação de um espaço de interação para intercâmbio e discussão de grupos estratégicos relacionados aos DSS, como pesquisadores, tomadores de decisão, profissionais de comunicação e outros (CNDSS, 2006).

Segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais influenciam nos problemas de saúde da população e em seus fatores de risco. Entretanto, a Organização Mundial da Saúde adota uma definição mais curta, segundo a qual os determinantes sociais da saúde são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Embora hoje já exista um consenso sobre a importância destes determinantes na situação de saúde, este foi sendo construído ao longo da história (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

No século XIX, predominavam estudos sobre a contaminação da água e dos alimentos e sobre riscos ocupacionais, que respondiam às mudanças sociais e práticas de saúde observadas nos processos de urbanização e industrialização daquele momento. Posteriormente, com o trabalho de bacteriologistas como Koch e Pasteur, aplica-se um novo conceito para explicar o processo saúde-doença. Assim, o conflito entre saúde pública e medicina e entre os enfoques biológico e social do processo saúde-doença começou a ganhar maior significado, predominando ações voltadas para o controle de doenças específicas, baseadas na bacteriologia, o que contribuiu para restringir a atuação da saúde pública, distanciando-a das questões políticas e das reformas sociais e sanitárias mais amplas. Apesar do enfoque médico biológico durante o surgimento da saúde pública como campo científico, em detrimento dos fatores sociopolíticos e ambientais, houve períodos mais centrados em aspectos biológicos, individuais e tecnológicos, intercalados com outros focados nos fatores sociais e ambientais. Nas últimas décadas, avançou-se muito no estudo das relações entre a organização e o desenvolvimento de uma determinada sociedade e as condições de saúde de sua população. O principal desafio, neste caso, é estabelecer uma relação hierárquica entre os fatores sociais, econômicos e políticos e as formas como influenciam a situação de saúde de grupos e pessoas, visto que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

São inúmeras as abordagens em relação ao modo como os determinantes sociais geram iniquidades na saúde da população. Merece destaque o desgaste do chamado “capital social”, ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, como um meio através do qual as iniquidades de renda influenciam negativamente a situação de saúde. Neste contexto, observa-se que as

sociedades com melhores níveis de saúde são as mais igualitárias e com alta coesão social e não as mais ricas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

5.2 Empowerment

5.2.1 Definição e aplicabilidade

Hagquist e Starrin (1997) estudaram a tipologia de diferentes modelos para a educação em saúde nas escolas e dividiram em quatro tipos principais, entre eles os modelos do *empowerment*, que são caracterizados por uma estratégia *bottom-up* (de baixo para cima). Nestes, a participação é essencial e o ambiente da escola e as condições sociais são considerados importantes para a educação em saúde. Todos aqueles que estão envolvidos na escola devem participar ativamente em todas as fases do trabalho, sempre mantendo um diálogo democrático. O ponto de partida é a participação dos alunos na identificação de problemas e necessidades. As outras fases são destinadas à investigação, análise, preparação de uma proposta de alteração, formulação de um programa de ação e implementação de mudanças.

Na fase final do processo, os alunos, professores e outros devem, conjuntamente, acompanhar o que efetivamente resultou do trabalho. Concluíram que a estratégia do *empowerment* tem um potencial considerável em educação sanitária nas escolas, uma vez que é caracterizada por uma perspectiva de baixo para cima e que, embora o conceito de *empowerment* como tal seja relativamente novo, ele integra antigos ingredientes como participação e mobilização (HAGQUIST e STARRIN, 1997).

Empowerment é uma palavra da língua inglesa sem tradução para o português. Uma tradução do verbo *empower* oferece os sentidos de autorizar, de habilitar ou permitir. O sentido de habilitar, tornar hábil, apto, prover de conhecimentos pode ser interpretado nos termos de capacitação. Para a OMS, sua definição é bastante ampla, tendo o significado de uma mobilização de indivíduos e grupos e a tomada de consciência do que está em jogo para alcançar seus objetivos (WHO, 1998).

No que concerne à mobilização, Costa, Ribeiro e Silva (2000) estudaram recentemente hospitais no Rio de Janeiro e São Paulo e uma das constatações foi a

de que 36% desses instituíram a participação de associações e comunidades em itens de decisão do hospital.

Carvalho (2004) definiu *empowerment* como uma forma de redistribuir o poder que se encontra desigualmente distribuído na sociedade. Descreveu duas noções distintas: a psicológica e a comunitária. O *empowerment* psicológico é definido como sendo um sentimento de maior controle sobre a própria vida que os indivíduos experimentam através do pertencimento a distintos grupos, podendo ocorrer sem que haja necessidade de que as pessoas participem de ações políticas coletivas, sendo esta uma perspectiva individualista. Já o comunitário seria um elemento-chave de politização das estratégias da nova promoção de saúde, sendo um processo e um resultado de ações que afetam a distribuição do poder.

O autor destacou que indivíduos são capazes de reconfigurar o contexto social no qual vivem e que isso tem consequências positivas. Concluiu que o conceito de *empowerment* é útil para repensarmos práticas de educação, de gestão de organizações, de reorganização do processo de trabalho em saúde e estratégias de participação comunitária na área. Desta maneira, a implementação de práticas e processos que tenham como meta o "*empowerment* comunitário" demanda abordagens educativas que valorizem a criação de espaços públicos como rodas, grupos de discussão, colegiados, gestores, que logrem promover a participação individual e coletiva na identificação e na análise crítica de problemas vivenciados. Visam, assim, à elaboração de estratégias de ação que busquem a transformação. Sugeriu também trabalharmos com uma noção de parceria entre profissionais, indivíduos e comunidades no lugar da relação hierárquica que confunde o trabalhador com o provedor de serviços e o usuário com o cliente.

Fetterman (2004) definiu quatro etapas básicas para a aplicação do *empowerment*: o desenvolvimento de uma finalidade; o estabelecimento de estratégias de ação; a análise de forças e fraquezas; a elaboração de objetivos para o futuro, deixando que os participantes determinassem suas próprias estratégias. O autor concluiu que, em um momento de grande cinismo sobre negócios, educação e futuro, a avaliação do *empowerment*, no Brasil, confirma que a boa-fé e a esperança ainda existem em indivíduos e em instituições, visto que bons trabalhos vêm sendo realizados tanto em pequena quanto em grande escala. Acrescentou que, apesar de o trabalho baseado em comunidades ainda não ser perfeito e possuir falhas, é uma forma de mudança e transformação. Portanto, um modelo em que a determinação

pessoal seja fundamental, cria uma força em nossas comunidades para fazer o bem e perseguir a justiça social.

O termo *empowerment* tem sido traduzido pelos neologismos de *apoderamiento* (espanhol) e “empoderamento” (português, espanhol), sem significado dicionarizado na língua portuguesa. O termo introduz o paradoxo de que categorias que dispõem de poder possam criar condições para que grupos excluídos socialmente venham a adquiri-lo. *Empowerment*, contudo, não é visto como meio de fortalecer a ação coletiva contra as estruturas de poder. Para expressar a teoria social implícita, é um método de construção de consenso que exige negociação e ajuste social. O papel dos “empoderadores” pertencentes aos serviços públicos é o de estabelecer uma mediação entre as demandas dos grupos de pessoas menos favorecidas ou “excluídas” e os interesses de grupos situados em posições mais favorecidas na sociedade. Assim, a melhoria na qualidade dos serviços e ações de saúde, preventivas ou de promoção, só é possível com a participação efetiva da população, pois somente ela pode mostrar os problemas e as soluções que atendam às suas necessidades (STOTZ; ARAÚJO, 2004).

Porém, no Brasil, a dificuldade de sobrevivência, o déficit educacional, a baixa renda *per capita* e a desconfiança mútua não contribuem para a mobilização popular em prol de um bem comum, gerando uma pequena capacidade de organização da sociedade civil. Mesmo assim, durante os últimos dez anos, as associações de pacientes têm crescido, explicitando objetivos que vão desde a defesa dos direitos dos pacientes até a busca por mais informação, maior autonomia e responsabilidade pela própria saúde. Os grupos voltados às questões do HIV/AIDS, os quais reúnem pacientes, familiares, amigos e profissionais de saúde, têm se destacado no cenário das associações. Portanto, os “promotores de saúde” - especialistas, técnicos, profissionais, lideranças – deveriam ser aliados dos movimentos populares nos conflitos em curso na sociedade. Esses “promotores” poderiam, então, superar a concepção tradicional de promoção que ainda orienta as suas práticas (STOTZ; ARAÚJO, 2004).

A proposição de mudanças no estilo de vida, que podem influenciar o princípio da autonomia das pessoas, tem de ser esclarecida e discutida com os indivíduos em questão. As decisões e deliberações destes têm de ser respeitadas, pois, em certas circunstâncias, decisões tecnicamente satisfatórias podem não ser

aceitas por determinado indivíduo ou grupo (BYDLOWSKI, WESTPHAL; PEREIRA, 2004).

O profissional de saúde também precisaria ser “empoderado”, na medida em que não esteja consciente de seu real papel. Entretanto, nas atuais circunstâncias, o setor público, estatal, não consegue cumprir, sozinho, esta tarefa. Mas, por outro lado, os espaços públicos não estatais, como as organizações não governamentais e as frágeis instâncias responsáveis pelo apoio social, estão longe de representarem áreas alternativas suficientemente consistentes. Assim, sabemos o que fazer hoje, “empoderar”, e quem deve ser “empoderado”, a população e o profissional de saúde, mas não temos claramente estabelecido como, onde e o que fazer. Um possível começo seria realizar pesquisas empíricas que pudessem trazer à luz as representações sociais dos profissionais e dos indivíduos. Estas poderiam constituir uma significativa matéria-prima que ajudaria muito no desenho do conteúdo e da forma destes processos “empoderadores” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2004).

Para a construção de autonomias de sujeitos, sejam estes gestores, técnicos, profissionais, usuários dos serviços de saúde, família, comunidade, enfim, cidadãos, é importante enfrentar os limites postos, sejam sociais, econômicos, culturais ou biológicos. *Empowerment* adota o fenômeno do poder, como trunfo para virar a mesa do jogo e resgatar o sujeito como protagonista, instrumentalizando a indicação de estratégias de superação dos problemas, dando oportunidade para que os poderes se expressem também de baixo para cima, a partir das necessidades dos usuários (PIRES, 2005).

Burwen, Sylvester e Patow (2006) estudaram organizações interessadas em promover saúde. Mostraram que a coordenação entre a associação das organizações comunitárias e os departamentos públicos pode ser mutuamente benéfica. Elas podem utilizar os dados coletados e publicados para determinarem as necessidades de saúde de suas populações e realizarem ações regionais aumentando a eficácia do serviço. Concluíram que as tarefas complementares, que cada setor pode executar, devem ser identificadas e esta integração pode ajudar a assegurar que os serviços mais importantes sejam fornecidos, bem como aumentar os esforços realizados por cada organização isoladamente.

O *empowerment* tem assumido significações que se referem ao desenvolvimento de potencialidades, aumento de informação e percepção, com o objetivo de que exista uma participação real e simbólica que possibilite a

democracia. Este tem sido tema recorrente no discurso político mundial, nas últimas décadas, e uma de suas expressões tem sido a implantação de conselhos gestores nos diversos níveis governamentais em vários países. A criação destes conselhos foi a partir de 1988 e suscitou diversas experiências participativas, embora ainda predominem práticas autoritárias que inviabilizam a participação e o *empowerment* (WENDHAUSEN; BARBOSA; BORBA, 2006).

O objetivo dos autores em seu estudo foi mapear recursos/participação, em quatro conselhos gestores municipais de Itajaí, Santa Catarina, para a saúde, assistência social, segurança alimentar e nutricional e para o conselho do idoso. Os conselheiros foram questionados acerca de suas redes de apoio, a quem recorrem para algum tipo de ação ou reivindicação. Chamou a atenção que, de todos os pesquisados (53), somente três, ou seja, 5,66% citaram diretamente a comunidade e sete, 13,2%, a entidade que representam. Quanto ao perfil dos participantes, constaram que a maioria concentra-se na idade adulta, é do gênero feminino, possui um alto grau de escolaridade e trabalha no setor público. Detectou-se a presença de um elevado número de pessoas ligadas à Igreja, as quais se concentram na representação usuária e/ou não governamental. A maior parte dos entrevistados está em sua primeira gestão e foi indicada, sem processo eletivo. Um terço dos participantes relatou possuir algum tipo de formação sobre a função que exerce, porém não conseguiu explicitá-la (WENDHAUSEN; BARBOSA; BORBA, 2006).

Concluíram que a atuação nesses conselhos deve “desmonopolizar” o poder e o saber, tornando-o um espaço de diálogo e articulação dos envolvidos, o que pressupõe habilidades específicas que poderiam ser garantidas através de capacitação ou educação permanente e formativa. Os momentos de capacitação devem se tornar cotidianos e com metodologias ativas, fundamentadas numa concepção crítica das relações humanas, inspirando uma prática educativa transformadora e participativa, centrada na construção do conhecimento e na aprendizagem de conteúdos vivos, significativos e atualizados, que levam ao *empowerment*, passando a ser o papel de gestão, parceria e responsabilidade que cada ator social assume, junto com o Estado, na aceção de tomar rumos para influenciar no destino dos recursos públicos e na formulação de políticas públicas que representem a necessidade e a vontade dos cidadãos (WENDHAUSEN; BARBOSA; BORBA, 2006).

Wilson *et al.* (2006) avaliaram um projeto de *empowerment* para promover habilidades de solucionar problemas, ação social e participação cívica entre jovens de uma escola de ensino fundamental e médio. O objetivo do programa era identificar e construir capacidades e forças na juventude, como meio de diminuir o uso do álcool, do tabaco, de drogas ilícitas e comportamentos de risco. Discutiu-se a intervenção e os fatores que contribuem à ação social bem-sucedida, incluindo a dinâmica de grupo, a liderança dentro deste, as habilidades do facilitador e o contexto da comunidade e da escola. Os adolescentes foram recrutados em cinco escolas, de populações menos favorecidas, em outubro de 2003, totalizando 122 participantes, divididos em 13 grupos. Dois facilitadores trabalharam em cada grupo, dando instruções para o programa, guiando os grupos em suas decisões, facilitando o diálogo crítico, a organização de estratégias, a gestão, a compreensão multicultural, a familiarização com questões de saúde na comunidade, e o desenvolvimento dos alunos. Os autores concluíram que os trabalhos, neste sentido, devem engajar os participantes na ação social, logo no início da formação do grupo, e reservar tempo suficiente para completar e avaliar o projeto. Planos do programa devem abordar os obstáculos que limitam as iniciativas mais profundas. Os mediadores, para ajudar os jovens, precisam “olhar para o problema por detrás”, para ir além de sua primeira impressão e explorar o contexto social. Apesar dos desafios apresentados, as estratégias podem realizar programas refinados a fim de envolver jovens e adolescentes, na concepção e condução da ação social, no contexto da comunidade, com base em prevenção e investigação (WILSON *et al.*, 2006).

Kleba, Comerlato e Colliselli (2007) estudaram o novo caráter que a gestão pública assumiu, no Brasil, a partir de 1990. Observaram que a sociedade foi “convocada” a participar na definição das políticas sociais por meio da criação de conselhos deliberativos em todos os níveis de governo e em diferentes áreas da administração pública. Esta mudança ampliou não apenas o poder dos diferentes segmentos sociais, garantindo maior participação nos processos constitutivos da política e, conseqüentemente, na organização dos serviços públicos, mas também sua responsabilidade, na medida em que esta requer capacidade de análise, proposição e articulação na defesa de interesses ou concepções.

Esses autores concluíram que participar do planejamento e do controle das políticas públicas exige dos interessados mais do que boa vontade e engajamento

peçoal, requer o domínio de instrumentos como acesso e análise de informações, formulação e negociação de propostas, estabelecimento de prioridades e definição de estratégias, comunicação e negociação com diferentes atores sociais e, o mais complexo, compreensão de conceitos e capacidade de análise social e política.

Tengland (2007) observou que o *empowerment* é um conceito que tem sido muito usado e discutido nos últimos anos, entretanto, nem sempre seu significado central é esclarecido explicitamente. O termo é utilizado de diversas maneiras na literatura, porém estes usos normalmente são similares. O autor relacionou o referido termo com promoção de saúde, dividindo-o em duas categorias principais: como objetivo ou alvo de uma atividade e como um processo, método, ideologia ou filosofia para alcançar estes objetivos. Para ele, como um objetivo, consiste em maneiras diferentes de ajudar os indivíduos a ganharem melhor controle sobre sua vida, equivalendo a um aumento na habilidade geral de alcançar os objetivos pretendidos, ou seja, diminuir os efeitos de fatores externos: físicos, sociais, obstáculos políticos, econômicos; liberdade, oportunidade, conhecimento, desenvolvimento das habilidades e da autonomia.

Sendo assim, é uma meta da promoção de saúde, pois gera autoestima, autonomia, bem-estar e autoconfiança. Já como um processo tem aplicabilidade na promoção de saúde somente em um grupo ou em uma comunidade e envolve fundamentalmente os participantes na formulação do problema, na tomada de decisão e na ação. Entretanto, o autor evidenciou que, especialmente como um processo, ele não é tão facilmente aplicável à população. Dessa forma, para sua implantação, requer mais treinamento dos profissionais da área, ajustes no currículo dos trabalhadores de saúde pública, na promoção e educação em saúde e em outros setores, como trabalho e educação social. Finalmente, requer a coragem dos profissionais de minimizar seu controle e seu poder, acreditar que as pessoas têm potencial e usar as ferramentas necessárias para a mudança (TENGLAND, 2007).

Carvalho e Gastaldo (2008) descreveram o arcabouço teórico e as estratégias centrais da Promoção à Saúde e analisaram um de seus conceitos estruturantes, o conceito de empoderamento, explorando seu potencial para a transformação comunitária e profissional e buscando entender as relações de poder que se estabelecem a partir das práticas e políticas de Promoção à Saúde. O estudo sugeriu que, embora seja pertinente reconhecer os potenciais do empoderamento para a promoção da saúde, são necessárias precauções antes de aplicar esta

estratégia nas práticas sociais e sanitárias, pois a noção de empoderamento, um dos eixos da Promoção à Saúde moderna, admite interpretações diversas.

O empoderamento social/comunitário, por exemplo, é capaz de contribuir para o avanço de políticas públicas intersetoriais com potencial político em prol da cidadania, produzindo sujeitos reflexivos, autônomos e socialmente solidários. Assim, pode contribuir para a consolidação de modelos de saúde de caráter universal e equitativo e para a construção de políticas públicas e sociais que interfiram sobre os múltiplos determinantes do processo saúde/doença. Os autores destacaram as contribuições teóricas e práticas da referida categoria para repensar estratégias de educação para a saúde. Porém, concluíram que a noção de empoderamento apresenta limitações importantes como, por exemplo, a insuficiência da referida categoria para compreender múltiplas formas de opressão que ocorrem no cotidiano social, como as relações de gênero e de raça (CARVALHO e GASTALDO, 2008).

A Estratégia saúde da Família é um locus favorável para o exercício da democracia e fortalecimento da promoção da saúde no Brasil. A participação popular é a possibilidade de os cidadãos exercerem o papel de protagonistas na construção e organização do sistema local de saúde. Assim, é uma atitude e um comportamento a ser construído pela reflexão crítica e pelo amadurecimento do cidadão, sendo imprescindível a consolidação de práticas democráticas no processo de trabalho das equipes de saúde. Estas equipes devem interagir com a comunidade, sendo reconhecidas como integrantes da mesma e como facilitadoras da melhoria das condições de vida, gerando melhores condições de saúde. Para a produção de sujeitos reflexivos autônomos e socialmente solidários, é necessária a busca constante por espaços que valorizem a participação da comunidade e o encontro dos profissionais e usuários do SUS, atuando como parceiros, além de práticas democráticas no campo da saúde. Portanto, o Programa Saúde da Família é um locus favorável para o empoderamento/libertação não só da população, mas dos gestores e profissionais da área da saúde (MARTINS *et al.*, 2009).

Empoderamento é um termo multifacetado que se apresenta como um processo dinâmico, envolvendo aspectos cognitivos, afetivos e condutais. As origens acerca da concepção do empoderamento são diversas. Assim, duas vertentes teóricas são destacadas para este termo polissêmico: a primeira ligada a ações assistencialistas que cumprem políticas de ajustamento estrutural, com o objetivo de

integrar os indivíduos ao sistema capitalista; a segunda vertente defende a autodeterminação de indivíduos e comunidades, objetivando uma participação simbólica e real na busca da democracia e equidade, em que o profissional assume um papel importante na mediação de processos propulsores do empoderamento (KLEBA E WENDAUSEN, 2009).

Assim, Kleba e Wendausen (2009) descreveram o processo de empoderamento a partir de dimensões da vida social em três níveis: psicológica ou individual; grupal ou organizacional; e estrutural ou política. O empoderamento pessoal possibilita a emancipação dos indivíduos, aumenta a autonomia, a liberdade, a compreensão crítica sobre o contexto e as relações sociopolíticas, a autoconfiança, o desejo de ser ativo e de exercer influência sobre o meio e desencadeando convicção acerca da própria competência e capacidade. No nível grupal, desencadeia respeito recíproco e apoio mútuo entre os membros do grupo, promovendo o sentimento de pertencimento, práticas solidárias e de reciprocidade. Além disso, promove estruturas decisórias e participativas, ação social coletiva, articulação em rede com outras pessoas e organizações. Já o empoderamento estrutural favorece e viabiliza o engajamento, a corresponsabilização e a participação social na perspectiva da cidadania. Assim, defende a sensibilização para recursos existentes, a utilização de oportunidades de apoio externo, a mediação de capacidades associativas e a motivação para projetos que promovem ações conjuntas. Os processos de empoderamento são mediadores dos espaços de participação política, facilitam a superação de conflitos e as relações sociais e possibilitam a revisão de papéis e de sentidos na vida cotidiana.

Entretanto, desde a implantação dos conselhos gestores em várias áreas sociais, em 1998, estes ainda não possuem efetividade e qualidade em suas participações. Assim, a participação social é considerada fundamental na aplicação da promoção de saúde, pois permite agregar parceiros que, ao serem empoderados, possam qualificar o processo de mudança do modelo de saúde, de assistência social e de democratização, possibilitando transformações nas condições sociais que afetam a qualidade de vida das pessoas e da sociedade como um todo (KLEBA E WENDAUSEN, 2009).

5.2.2 Resultados esperados

O *empowerment* é visto como emergente em um processo de ação social, no qual indivíduos tomam posse de suas próprias vidas pela interação com outros, o que gera um pensamento crítico em relação à realidade, favorece a construção da capacidade social e pessoal e possibilita a transformação das relações de poder. No nível individual, refere-se à habilidade das pessoas em ganhar conhecimento e controle sobre forças pessoais, sociais, econômicas e políticas para agir na direção da melhoria de sua situação de vida. O caso da aids é representativo da busca de *empowerment* pela mobilização dos pacientes, profissionais e familiares. No contexto dos usuários dos serviços de saúde, o termo significa pacientes passarem a ter uma voz na organização, a adotar postura mais ativa no tratamento, com discussão e questionamentos ao médico, na busca de informação, assumindo também a responsabilidade por sua própria saúde, além de serem informados sobre decisões do tratamento. Alguns aspectos foram discutidos em relação à participação de usuários do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz (IPCEC/Fiocruz), localizado no Rio de Janeiro, que presta atendimento e faz pesquisa na área das doenças infectocontagiosas, na Associação Lutando para Viver (ALpViver), que atua dentro do hospital e apoia estes pacientes com cestas básicas de alimentos e com um local de troca de informações e experiências (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

Os dados foram levantados a partir de pesquisa qualitativa, com entrevistas semiestruturadas, visando apreender percepções e opiniões a respeito do papel e da atuação da ALpViver, no IPCEC. Foi observado que a valorização de uma cultura participativa dentro das instituições de saúde contribui para aumentar a autonomia e elevar a autoestima dos usuários, melhorando a qualidade de vida e de saúde dos mesmos. O estudo mostrou também que houve uma maior integração entre os pacientes, formando laços de amizade e fortalecendo a rede social dentro do hospital, que envolveu também funcionários, familiares e amigos. A sua atuação implicou então a formação de uma rede de apoio e o fortalecimento desta contra o isolamento, proporcionou a retomada da sociabilidade. A iniciativa contribuiu para que os pacientes ganhassem mais autonomia e cuidassem melhor da própria saúde, sem a necessidade permanente do aval e/ou da intervenção do médico. A maior convivência entre pacientes/pacientes e pacientes/profissionais também possibilitou

a detecção de algumas dificuldades que podem interferir na eficácia do tratamento. Sendo assim, os autores concluíram que a ALpViver, através de ações de apoio social, possibilitou a formação e o estreitamento de uma rede de relações sociais e ajuda mútua. Estas ações contribuíram para o *empowerment* no sentido do desenvolvimento e da descoberta de capacidades individuais, do aumento da autoestima e de um papel mais ativo no tratamento (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

Becker *et al.* (2004) discutiram o conceito de *empowerment* em promoção de saúde, através da análise de uma intervenção territorial, a Iniciativa de Vila Paciência, uma proposta de ação social realizada na Zona Oeste do Rio de Janeiro, em um contexto de grande vulnerabilidade. Trata-se de uma experiência em que o *empowerment* pessoal e coletivo constituiu objetivo central. O processo avaliativo foi estruturado em três níveis complementares: o diagnóstico comunitário, seus resultados e implicações; o estudo das intervenções realizadas pelos próprios moradores, capacitados por uma metodologia participativa de planejamento e solução de problemas, chamada de *Problem Solving for Better Health (PSBH)*; e a sistematização de depoimentos e relatos dos participantes sobre as experiências vivenciadas no programa.

A metodologia PSBH, chamada no Brasil de Construção Compartilhada de Soluções em Saúde, pode ser definida como uma ferramenta de capacitação de profissionais e lideranças comunitárias para o enfrentamento de suas dificuldades e obstáculos. Caracteriza-se por permitir que os participantes aprendam a priorizar e analisar os problemas e recursos de suas comunidades ou organizações, elaborando projetos de intervenção que solucionem ou contribuam para resolver estes problemas. A construção participativa é a marca do programa, a interação entre a ação técnica e a iniciativa popular constitui o eixo estrutural, que confere identidade ao mesmo. O trabalho contribuiu para elevar a autoestima e fortalecer o potencial dos moradores, que perceberam que são capazes de realizar uma ação concreta para suas famílias e comunidade. Além disso, fortaleceu um clima de solidariedade e trabalho em rede (BECKER *et al.*, 2004).

Este movimento favoreceu também o surgimento de grupos que se articularam no sentido de criar instâncias de representação e organização comunitária. Muitas outras atividades informais e espontâneas vêm surgindo e são agregadas à iniciativa. O processo resultou em moradores mais “empoderados” para a conquista de melhores condições de vida para suas comunidades. Um dos

principais resultados foi o aumento da mobilização comunitária e o envolvimento progressivo da comunidade, que resultou no estabelecimento de uma maior autonomia de seus moradores no que se refere à organização de suas ações locais. Os moradores produzem, atualmente, suas próprias atividades comunitárias e, deste modo, superam o imobilismo e avançam na consolidação de uma organização social mais fortalecida (BECKER *et al.*, 2004).

Reis e Vianna (2004) avaliaram ações de promoção de saúde no Centro de Saúde Escola Germana Sinval Faria (CSEGSF) da ENSP/Fiocruz, localizado no Rio de Janeiro. Entrevistaram pessoas relacionadas com ações do CSEGSF, por meio de questionário semiestruturado baseado em indicadores como controle social, preocupação com justiça e equidade, participação para o desenvolvimento social e econômico saudável e capacitação profissional para mudanças de atitude. Os resultados mostraram que muitos usuários não fazem parte do conselho gestor e dos centros de estudos, que são reuniões abertas. Além disso, a maioria dos entrevistados (78%) correlacionou promoção de saúde e responsabilidades institucionais e profissionais. Somente o restante correlacionou com iniciativas individuais e 28% acharam que a participação precisa melhorar. A relação profissional/usuário foi considerada boa por 71% dos participantes. Destacaram as parcerias com instituições governamentais, não governamentais, empresariais, escolas e creches, assim como a contribuição para as mudanças no estilo de vida dos que frequentam o serviço.

Esses autores concluíram que ações de capacitação profissional para mudanças de atitude estão restritas a iniciativas individuais, apontando a importância de políticas e ações direcionadas ao desenvolvimento profissional. Sendo assim, ainda existe um grande caminho a percorrer no campo da formação política, tanto dos profissionais do setor, que têm participação desarticulada nos processos decisórios e de reorientação, quanto da população, seja como membros do conselho gestor ou como lideranças comunitárias.

Arneson e Ekberg (2005) avaliaram uma intervenção com o objetivo de promover *empowerment* e saúde entre empregados de três organizações do setor público na Suécia, Europa, através de uma estratégia *bottom-up* (de baixo para cima). O estudo foi executado em 13 grupos, de seis a oito pessoas, que se encontraram uma vez por semana, num período de quatro meses. Os grupos criaram objetivos e desenvolveram estratégias para alcançá-los; criticaram e

discutiram as carências e as necessidades da gestão e do local e propuseram novos métodos de trabalho. Após a intervenção, 30 informantes foram entrevistados em sete grupos. Foi relatado que a autoconscientização melhorou, resultando em aumento na autoestima e reforço da saúde. Após a reflexão sobre as condições, eles priorizaram a si mesmos e a sua saúde, em vez de dar prioridade à produção.

As discussões explicitaram sua situação de trabalho e facilitaram a compreensão das experiências e reflexões dos colegas. Os trabalhadores compartilharam suas experiências e opiniões. Esta visão causou confiança e uma sensação de não estarem sozinhos. Disseram ter ganhado o conhecimento e a compreensão sobre si, tanto profissionalmente como particularmente. Concluíram que a coerência do grupo facilitou situações diárias de trabalho quando algum tipo de apoio era necessário. Assim, o trabalho conjunto foi uma grande vantagem do processo e rentável socialmente.

Bandesha e Litva (2005) estudaram as diferenças na percepção da participação, entre a comunidade e o profissional de saúde, em um projeto, no sul da Ásia. Através de entrevistas realizadas para explorar as opiniões dos profissionais e da comunidade, utilizaram uma estrutura qualitativa e constataram que a população em questão não sentiu ter participação ativa no projeto, devido à falta de consciência cultural que dificultou a participação. Os entrevistados concordaram que houve um aumento na autoconfiança dos participantes e a criação de uma população mais informada. Entretanto, houve pouca sustentação para reivindicações de melhorias na coesão social e mudanças diretamente no estilo de vida. Concluíram que a promoção de saúde rejeita antigas e individualistas tentativas e abraça a base comunitária para reduzir desigualdades, mas converter a participação em realidade é um grande desafio, pois os indivíduos devem estar dispostos.

Mendonça, Andrade e Ferreira (2005) avaliaram a participação de adolescentes do projeto Guanabara da Universidade Federal de Minas Gerais em atividades de saúde e utilizaram duas metodologias: participação a partir do planejamento e a partir das atividades planejadas. Contribuíram para este estudo 37 adolescentes de escola pública, na faixa etária de 12 a 14 anos, de menor condição socioeconômica, divididos em dois grupos. As atividades foram planejadas e desenvolvidas de maneira participativa somente pelo grupo 1. Já o grupo 2 entrou após a conclusão do planejamento. As ações foram avaliadas segundo a relação educador/educando e o desenvolvimento de cada grupo.

No grupo 1, observou-se colaboração, autonomia, participação decisória e operacional e desenvolvimento do direito de opinar, modificar, questionar ou inventar ações. O grupo 2 demonstrou colaboração, dependência e limitou-se a seguir o que havia sido determinado, apesar de ter tido a oportunidade de opinar, sugerir e fazer modificações no planejamento durante a execução das atividades. Assim, não desenvolveram o poder de decisão. Portanto, a metodologia que inclui o planejamento das atividades possibilitou ao grupo 1 uma postura de independência, iniciativa e execução das atividades, com percentuais mais expressivos de participação operacional, planejadora e/ou decisória; ainda mais efetiva quando o tema foi escolhido espontaneamente, sem influência das monitoras. A atuação a partir do planejamento pôde favorecer a formação de um sujeito mais autônomo e com maior capacidade de decisão. O indivíduo é um sujeito em transformação quanto quer e pode realizar alguma coisa. O querer está relacionado às necessidades, ao desejo, à emoção, à afetividade e aos valores assimilados. No entanto, é necessário também o poder, como capacidade de agir, de realizar, tanto o poder material e estrutural quanto na forma de conhecimento e habilidades (MENDONÇA, ANDRADE E FERREIRA, 2005).

Almeida, Dimenstein e Severo (2010) analisaram o funcionamento de uma associação que agrega pacientes dos serviços de saúde mental, familiares e profissionais, com a finalidade de identificar os efeitos que este funcionamento produz no cotidiano desses usuários e os obstáculos que entravam sua organização. Esta investigação evidenciou o enfraquecimento das tentativas de empoderamento dos usuários devido à complexidade de fatores institucionais, políticos e financeiros, como, por exemplo, o enrijecimento e burocratização da rotina da associação, a passividade dos usuários e a participação predominantemente dos técnicos nas tomadas de decisões. Além da pouca participação e exercício do controle social por parte dos usuários e familiares, também foi observada uma desarticulação da associação com outros movimentos sociais locais. Os autores concluíram que estabelecer contatos e alianças com outros movimentos sociais, organizações não governamentais e projetos de ação social é essencial na dinâmica da rede de serviços substitutivos ao manicômio e em outros setores da sociedade.

Figueiró e Dimenstein (2010) discutiram a ajuda mútua e o empoderamento entre usuários de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Fazendo uso da entrevista e de observação participante, relataram que o modo de funcionamento, a

concepção terapêutico-clínica que norteia os profissionais e serviços, a dinâmica de funcionamento e a gestão dos CAPSs, principalmente a “heterogestão” das atividades, dificultam possíveis articulações entre os usuários, atitudes de ajuda mútua e empoderamento. Assim, os CAPSs estudados mostraram-se como espaços de captura e de anulação do potencial de seus usuários. Os autores concluíram que precisamos acreditar no ser humano e em sua capacidade de se apropriar da própria vida, vencer obstáculos, transpor limites e expandir possibilidades. Porém, enquanto essa for a realidade da atenção em saúde mental, dificilmente conseguiremos os avanços nas dimensões culturais e de cidadania, referentes ao processo de reforma psiquiátrica brasileira.

6 DISCUSSÃO

A Primeira Conferência Nacional de Saúde, no Canadá, em 1981, introduziu a ideia de que o contexto social é um poderoso determinante da saúde, pois molda o comportamento individual e esta começou a ser discutida mais detalhadamente. Assim, a promoção de saúde passou a ser centrada nos fatores sociais e ambientais (BRASIL, 2002).

Promoção de Saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida, ou seja, atua nas condições e recursos fundamentais que são: paz, habitação, saneamento básico, educação, alimentação, trabalho, renda, transporte, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. Tendências demográficas tais como urbanização, aumento da população idosa, prevalência de doenças crônicas, comportamento sedentário, resistência a antibióticos e a outros medicamentos disponíveis, aumento do uso abusivo de drogas e a violência civil e doméstica ameaçam o bem-estar de centenas de milhões de pessoas (BRASIL, 1990; WHO, 1986; WHO, 1997).

Ações em outros setores, além do setor saúde, com a finalidade de promover melhorias, foram citadas por um número considerável de autores que evidenciaram que a promoção de saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setores sociais, econômicos, políticos, públicos, privados, organizações voluntárias e não governamentais, autoridades locais, indústria, mídia e instituições. Envolvem indivíduos, famílias, comunidades e profissionais de saúde (WHO, 1978; WHO, 1986; BRASIL, 1988; WHO, 1988; WHO, 2000).

As ações comunitárias foram evidenciadas por diversos autores, demonstrando que a promoção de saúde trabalha através do reforço de ações concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando à melhoria das condições de vida. Somente a população pode mostrar os problemas e as soluções que atendam às suas necessidades. Entretanto, no Brasil, a dificuldade de sobrevivência, o déficit educacional, a baixa renda *per capita* e a desconfiança mútua não contribuem para a mobilização popular, gerando uma pequena

capacidade de organização da sociedade civil, mas, durante os últimos dez anos, as associações têm crescido (CARVALHO, 2004; COSTA, 1998; STOTZ; ARAÚJO, 2004; WHO, 1986, 1988, 1991, 1992, 1997).

O *empowerment* adota o fenômeno do poder para resgatar o sujeito como protagonista, por meio de estratégias de superação dos problemas identificados, dando oportunidade para que este se expresse também de baixo para cima, a partir das necessidades dos usuários. Assim, introduz o paradoxo de que categorias que dispõem de poder possam criar condições para que grupos excluídos socialmente venham a adquiri-lo, ou seja, é uma forma de redistribuir o poder que se encontra desigualmente distribuído na sociedade. Portanto, este é um método de construção de consenso que exige negociação e ajuste social. Consiste em maneiras diferentes de ajudar os indivíduos a ganhar melhor controle sobre sua vida, aumentar sua habilidade geral de alcançar metas pretendidas e diminuir os efeitos de fatores externos (físicos, sociais, obstáculos políticos, econômicos), fornecendo liberdade, oportunidade, conhecimento e autonomia.

Sendo assim, ele é um dos focos da promoção de saúde, pois gera autoestima, autonomia, bem-estar e autoconfiança. *Empowerment* foi interpretado como capacitação, mas, segundo a OMS, sua definição é bastante ampla, tendo o significado de uma mobilização de indivíduos e grupos e a tomada de consciência para alcançar seus objetivos. No contexto dos usuários dos serviços de saúde, significa os pacientes passarem a ter uma voz na organização, a adotar postura mais ativa no tratamento, com discussão e questionamentos ao médico, na busca de informação, assumindo a responsabilidade por sua própria saúde (ANDRADE; VAITSMAN, 2002; CARVALHO, 2004; PIRES, 2005; STOTZ; ARAÚJO, 2004; TEGLAND, 2007; WHO, 1998).

Um número considerável de estudos, incluídos na presente revisão, avaliou intervenções cujo objetivo era promover o *empowerment* em grupos diversos, incluindo escolas, associações de pacientes em centros de saúde e hospitais, comunidades, empregados de organizações do setor público e associações interessadas em promover saúde.

Hagquist e Starrin (1997), Mendonça, Andrade e Ferreira (2005) e Wilson *et al.* (2006) corroboram que a estratégia do *empowerment* tem um potencial considerável em educação sanitária nas escolas. Além disso, a metodologia inclui o planejamento das atividades pelo grupo envolvido e possibilita uma postura de

independência, colaboração e autonomia na execução das ações e maior participação operacional, planejadora e decisória. Por outro lado, se o mesmo começa a participar após a conclusão do planejamento, observa-se dependência, passividade, limitação e não ocorre o desenvolvimento do poder de decisão.

Portanto, se o planejamento de uma atividade tiver colaboração de todos os envolvidos, estará acontecendo uma formação para a autonomia. Sendo assim, concluíram que, apesar dos desafios apresentados, esta estratégia pode realizar programas refinados para envolver adolescentes e jovens, na concepção e condução da ação social.

Costa, Ribeiro e Silva (2000) constataram que 36% dos hospitais no Rio de Janeiro e São Paulo aceitaram a participação de associações e comunidades em seus itens de decisão. Andrade e Vaitsman (2002) e Reis e Vianna (2004) também estudaram associações de usuários dentro de unidades que prestam serviços de saúde. O estudo de Andrade e Vaitsman (2002) mostrou que a associação em questão proporcionou maior integração entre pacientes e profissionais; formou laços de amizade; fortaleceu a rede de apoio social dentro do hospital; retomou a sociabilidade; envolveu funcionários, familiares e amigos; gerou maior autonomia e cuidado com a própria saúde, sem a necessidade permanente do aval e/ou da intervenção do médico.

Concluíram que a associação proporcionou a descoberta de capacidades individuais; aumentou a autoestima, gerou um papel mais ativo no tratamento e constituiu mecanismos de aproximação dos pacientes em direção a objetivos comuns, atuando no verdadeiro sentido do *empowerment*. Entretanto, os resultados de Reis e Vianna (2004) mostraram que muitos usuários não participam desses grupos, por livre escolha. A maioria dos entrevistados (78%) correlacionou promoção de saúde e responsabilidades institucionais e profissionais, somente o restante correlacionou com iniciativas individuais e 28% acharam que a participação precisa melhorar. Ainda existe um grande caminho a percorrer no campo da formação política, tanto dos profissionais de saúde, que têm participação desarticulada no processo de reorientação e nos processos decisórios, quanto da população, seja como membros de conselhos gestores ou como lideranças comunitárias.

Intervenções desenvolvidas em comunidades foram avaliadas por Mello *et al.* (1998) e Becker *et al.* (2004), em que concluíram que o diálogo durante os trabalhos proporcionou a democratização do saber, que se transformou em sugestões para

ações objetivas e reais visando transformar as condições de vida da população, e que este tipo de intervenção contribuiu para elevar a autoestima e fortalecer o potencial dos moradores, que perceberam que são capazes de realizar uma ação concreta para suas famílias e comunidade. Além disso, fortalece um clima de solidariedade e trabalho em rede, bem como o surgimento de grupos que se articulam no sentido de criar instâncias de representação e organização comunitária.

Assim, o processo resultou em moradores mais “empoderados” para a conquista de melhores condições de vida. O projeto influenciou nos chamados determinantes da saúde e na capacitação da comunidade para desenvolver sua autonomia e ampliar suas conquistas, circunscrevendo a experiência no campo da promoção de saúde. Entretanto, os estudos de Bandesha e Litva (2005) constataram que a população em questão não participou ativamente no projeto devido à falta de consciência cultural. Houve melhora na autoconfiança dos participantes e criou-se uma população mais informada, mas houve pouca sustentação para reivindicações de melhorias na coesão social e mudanças diretamente no estilo de vida. Concluíram que a promoção de saúde abraça a base comunitária para reduzir desigualdades, mas converter a participação em realidade é um grande desafio.

Arneson e Ekberg (2005) promoveram o *empowerment* e a saúde entre empregados de organizações do setor público, na Suécia, Europa, e constataram que a maioria dos trabalhadores mudou sua maneira de pensar; houve melhora na autoconscientização, com aumento na autoestima e reforço da saúde; e que as discussões explicitaram sua situação de trabalho e facilitaram a compreensão das experiências e reflexões dos colegas. Todos consideraram que predeterminar o objetivo global da intervenção foi relevante. A coerência do grupo facilitou situações diárias de trabalho quando algum tipo de apoio era necessário. Assim, o trabalho em grupo foi uma grande vantagem do processo e rentável socialmente.

O estudo em organizações interessadas em promover saúde mostrou que a cooperação entre organizações comunitárias e departamentos públicos de saúde pode ser mutuamente benéfica, pois as organizações podem utilizar os dados coletados e publicados pelos departamentos para determinar as necessidades de saúde de suas populações e realizar ações regionais, aumentando a eficácia do serviço (BURWEN; SYLVESTER; PATOW, 2006).

Finalmente, Lefèvre e Lefèvre (2004) concluíram que sabemos o que fazer hoje, “empoderar”, e quem deve ser “empoderado”, ou seja, a população e o

profissional de saúde, mas não temos muito claro como, onde e o que fazer. Um dos começos possíveis seria a realização de pesquisas empíricas que pudessem esclarecer as representações sociais dos profissionais e dos indivíduos. Isso ajudaria muito no desenho do conteúdo e da forma destes processos “empoderadores”.

Um novo caráter é assumido pela gestão pública, no Brasil, a partir de 1990, por meio da criação de Conselhos Gestores, com a pequena participação da comunidade. Assim, a atuação nos conselhos gestores deve “desmonopolizar” o poder e o saber, tornando-o um espaço de diálogo e articulações dos envolvidos, o que pressupõe habilidades específicas que poderiam ser garantidas através de capacitação ou educação permanente e formativa (KLEBA; COMERLATO; COLLISILLI, 2007; WENDHAUSEN; BARBOSA; BORDA, 2006).

A avaliação do *empowerment*, no Brasil, confirma que a boa-fé e a esperança ainda existem em indivíduos e em instituições, visto que bons trabalhos vêm sendo realizados tanto em pequena quanto em grande escala (FETTERMAN, 2004). No entanto, Zancan e Adesse (2004) afirmaram que existe um grande número de iniciativas em desenvolvimento, mas são poucas as experiências que têm conseguido tirar do papel e levar à prática os conceitos de desenvolvimento humano sustentável, promoção da saúde, particularmente em territórios complexos como são as grandes cidades.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção de saúde é um campo de conhecimento na história da saúde pública que se encontra em plena ebulição. Nos últimos 30 anos, temos assistido a um crescimento exponencial dessa área, que tem realçado profundamente as concepções e práticas públicas no setor. De acordo com o glossário elaborado pela *World Health Organization* (WHO), a promoção de saúde representa um amplo processo social e político, que abrange não só ações dirigidas a fortalecer as habilidades e capacidades dos indivíduos, mas também orientadas para a mudança social, ambiental e econômica, a fim de atenuar seu impacto sobre a saúde pública e individual. É um processo que permite às pessoas o aumento do controle sobre os determinantes de saúde, aplicação de suas competências e recursos coletivamente, definição de prioridades e satisfação das respectivas necessidades sanitárias.

A aplicabilidade do *empowerment* em promoção de saúde é um processo através do qual as pessoas ganham maior controle sobre decisões e ações, que afetam a qualidade de vida. Pode ser definido como um método social, cultural, psicológico ou político, pelo qual indivíduos e grupos sociais são capazes de exprimir suas necessidades, suas preocupações atuais e conceber estratégias para a participação na tomada de decisões.

Com base no trabalho “*empowerment: uma alternativa em promoção de saúde*”, concluiu-se que:

- Promoção de Saúde é processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida, ou seja, atua nas condições e recursos fundamentais que são: paz, habitação, saneamento básico, educação, alimentação, trabalho, renda, transporte, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. Tendências demográficas, tais como urbanização, aumento da população idosa, prevalência de doenças crônicas, comportamento sedentário, resistência a antibióticos e a outros medicamentos disponíveis, aumento do uso abusivo de drogas e a violência civil e doméstica ameaçam o bem-estar de centenas de milhões de pessoas;

- A promoção de saúde demanda ações em outros setores, além do setor saúde, sendo necessária uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setores sociais, econômicos, políticos, públicos, privados, organizações voluntárias e não governamentais, autoridades locais, indústria, mídia e instituições. Envolvendo indivíduos, famílias, comunidades e profissionais de saúde;
- O *empowerment* é um método utilizado para promover saúde, em que indivíduos ou um grupo de pessoas desenvolvem potenciais e habilidades a fim de melhorar sua qualidade de vida;
- É um processo eficaz, pois aumenta a autoestima, gera organização, determinação, colaboração, integração e autonomia no grupo em questão, permitindo controle e superação dos problemas identificados. Além disso, um de seus focos é a continuidade e esta é observada na maioria das intervenções;
- O empoderamento da comunidade é ótima alternativa para o enfrentamento dos problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe de saúde bucal Vilela I, visto que a maioria destes é de origem social. Além disso, esta estratégia é adequada para gerar organização na comunidade, maior autonomia da população e potencializar suas ações, formando assim redes sociais com potencial para avaliar, sugerir, cooperar e complementar ações deficientes da gestão de saúde do município.
- No Brasil, iniciativas com o objetivo de melhorar as condições de saúde de grupos específicos, através do desenvolvimento do *empowerment*, têm sido desenvolvidas de forma muito pontual. Entretanto, para muitas pessoas, estas constituem a única forma de mudança e transformação. Sendo assim, existe a carência de políticas e ações em promoção de saúde e também de investigações científicas que apontem estratégias apropriadas e adequadas a cada contexto.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K. S.; DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K. *Empowerment and psychosocial care: notes on a mental health association*. **Interface - Comunic. Saúde/Educ.**, v.14, n.34, p.577-89, jul./set. 2010.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio Social e Redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.

ARNESON, H.; EKBERG, K. Evaluation of empowerment processes in a workplace health promotion intervention based on learning in Sweden. **Health Promotion International**, Inglaterra, v. 20, n. 4, p. 351-359, Dec. 2005.

BANDESHA, G.; LITVA, A. Perceptions of community participation and health gain in a community project for the South Asian population: a qualitative study. **Journal of Public Health**, Inglaterra, v. 27, n. 3, p. 241-245, July 2005.

BECKER, D. *et al.* *Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde*. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 655-667, jul./set. 2004.

BRASIL. Constituição Federal de 1988, secção II Da Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, out. 1988.

BRASIL. Lei nº 8080. Ministério da Saúde, Brasília, set. 1990.

BRASIL. As Cartas da Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde, Brasília, 2002.

BRAVEMAN, P. Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement. **Annual Review of Public Health**, California, U.S.A., v. 27, n. 1, p. 167-194, Apr. 2006.

BURWEN, D. R.; SYLVESTER, C. C.; PATOW, C. A. Developing a Community Health Promotion Agenda for a Manager Care Organization. **Health Promotion Practice**, Londres, Inglaterra, v. 7, n. 1, p. 86-94, Jan. 2006.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p.77-93, 2007.

BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. B. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 14-24, jan./abr. 2004.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, jul./ago. 2004.

CARVALHO, S. R. e GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n.2, p. 2029-2040, 2008.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **Carta aberta aos candidatos à Presidência da República**. Set. 2006. Disponível em: www.determinantes.fiocruz.br. Acesso em: 18/10/2012.

COSTA, N. R. Transição dos movimentos sociais contribuição para o debate da reforma sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 207-225, abr./jun. 1998.

COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M.; SILVA, P. L. B. Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 427-442, 2000.

EVANS, T. *et al.* Challenging inequities in health from ethics to action. **Oxford: Oxford University Press**, 2001.

FETTERMAN, D. Empowerment evaluation in Brazil: building capacity and facilitating self-determination. **Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 45, p. 1065-1075, out./dez. 2004.

FIGUEIRÓ, R. A.; DIMENSTEIN, M. O Cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura? **Revista de Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 431-446, Maio/Ago. 2010.

GUNNING-SCHEPERS, L. J. Models: instruments for evidence based policy. **J Epidemiology Community Health**, n. 53, p. 263, 1999.

HAGQUIST, C.; STARRIN, B. Health education in schools – from information to empowerment models. **Health Promotion International**, Inglaterra, v. 12, n. 3, p. 225-232, Sept. 1997.

KLEBA, M. E.; COMERLATTO, D.; COLLISELLI, L. Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente em saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 335-342, abr./jun. 2007.

KLEBA, M. E.; WENDAUSEN A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.4, p.733-743, 2009.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Saúde, Empoderamento e Triangulação. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 32 – 38, maio/ago. 2004.

MAIO, M. C.; LIMA, N. T. Fórum. O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.7, p.1611-1613, jul, 2009.

MARTINS, P. C. *et al.* Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde: possibilidades e desafios apresentados ao Programa de Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 679-694, 2009.

MELLO, D. A. *et al.* Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participativa articulada à educação popular (Distrito São João dos Queiroz, Quixadá, Ceará, Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 13, p. 583-595, jul./set. 1998.

MENDONÇA, J. P.; ANDRADE, R. A. C.; FERREIRA, E. F. Educação em saúde no projeto Guanabara – UFMG: Avaliação de Atividades. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 41, n. 3, p. 242-254, jul./set. 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Declaração Ministerial do México para a promoção da saúde. **Quinta Conferência Global sobre promoção da Saúde**, Cidade do México, jun. 2000. Disponível em: <<http://www.paho.org/spanish/hpp/mexdec2000.doc>> Acesso em: 10 Ago. 2012.

PIRES, M. R. G. M. Politicidade do cuidado e avaliação em saúde: instrumentalizando o resgate da autonomia de sujeitos no âmbito de programas e políticas de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, supl. 1, p. 71-81, dez. 2005.

REIS, I. N. C.; VIANNA, M. B. Proposta e análise de indicadores para reorientação do serviço na promoção da saúde: um estudo de caso no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 697-709, jul./set. 2004.

STOTZ, E. N.; ARAÚJO, J. W. G. Promoção de Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 5 -19, maio/ago. 2004.

TENGLAND, P. *Empowerment: A goal or a means for health promotion?* **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 10, p. 197-207, 2007.

WENDHAUSEN, A. L. P.; BARBOSA, T. M.; BORBA, M. C. Empoderamento e Recursos para a participação em Conselhos Gestores. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 131-144, set./dez. 2006.

WILSON, N. *et al.* GETTING TO Social Action: The Youth empowerment Strategies (YES!) Project. **Health Promotion Practice**, Inglaterra, v. 7, n. 7, p. 1-9, July 2006.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION), Declaration of Alma-Ata. **International Conference on Primary Health Care**, Alma-Ata (URSS), Sept. 1978. Disponível em: < [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata .pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)>. Acesso em: 1 Ago. 2012.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION), Ottawa Charter for Health Promotion. **First International Conference on Health Promotion**, Ottawa, Canadá, Nov. 1986. Disponível em : <[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa _charter_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)> Acesso em: 10 Ago. 2012.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION), Adelaide Recommendations on Health Public Policy. **Second International Conference on Health Promotion**, Adelaide, Austrália, Apr. 1988. Disponível em:<[http://www.who.int /healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index2.html](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index2.html)> Acesso em: 10 Ago. 2012.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. **Third International Conference on Health Promotion**, Sundsvall, Sweden, June 1991. Disponível em:<[http://www.who.int/healthpromotion /conferences/previous/sundsvall/en](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en)> Acesso em: 10 Ago. 2012.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Jakarta declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. **Fourth International Conference on Health Promotion**, Jakarta, Indonésia, July 1997. Disponível em:<[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_po rtuguese.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf)> Acesso em: 15 Ago.t. 2012.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Health promotion Glossary, **Health Promotion International**, Inglaterra, v. 13, n. 4, p. 349-364, Dec. 1998.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Policy and partnership for action: Addressing the determinants of health, **Sixth Global Conference on Health promotion**, Bangkok, Aug. 2005. Disponível em: <[http://www.who.int/health promotion /conferences/6gchp /en/](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/en/)> Acesso em: 11 set. 2012.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Declaración de Bogotá, **Conferência Internacional de Promoção da Saúde**, Bogotá, Colômbia, nov. 1992. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/resolutions/bogota/es/> Acesso em: 15 ago. 2012.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). *Nairobi call to action*, **Seventh Global Conference on Health promotion**, Nairobi, Quênia, out. 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/documents/en/index.html> > Acesso em: 10 out. 2012.

ZANCAN, L.; ADESSEL, L. Informe sobre a cooperação Brasil-Canadá em promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 739-744, jul./set. 2004.