

1 INTRODUÇÃO

A presente tese surgiu do interesse de explorar novas perguntas sobre *empowerment*, participação e dialogicidade, categorias teóricas da Educação Crítica, incorporadas ao campo da Promoção da Saúde. Este interesse vem sendo construído ao longo dos anos e se afirma, originalmente, da minha dissertação de mestrado¹ e pelas possibilidades que o exercício profissional como pedagoga, no campo da saúde pública, tem me proporcionado. De alguma forma estes fatos apontam para uma continuidade da investigação sobre as inter-relações dos conteúdos desses dois campos de conhecimentos que articulamos na atual pesquisa.

O propósito desta tese é analisar, no contexto da Promoção da Saúde, as concepções das categorias de *empowerment*², participação e dialogicidade, presentes nos documentos oficiais sobre o tema, divulgados pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde; tendo por referência a Teoria Educacional Crítica, considerando que a Promoção da Saúde intenciona possibilitar uma práxis transformadora da realidade da saúde.

Embora reconheçamos que a Teoria Educacional Crítica seja constituída por diferentes categorias teóricas, entendemos que analisar alguns de seus significados conceituais pode contribuir para a compreensão e a credibilidade junto aos profissionais de saúde e a sociedade em geral. Desse modo, torna-se possível desenvolver a formação do pensamento crítico para explorar o alcance dos objetivos teóricos e incrementar a prática no campo da Promoção da Saúde.

A leitura dos documentos oficiais da Promoção da Saúde, discriminados no decorrer desta tese, aponta para grande quantidade de temas que extrapolam o âmbito dos conceitos tradicionais representantes do cuidar da saúde de sujeitos e coletivos, originando outros, tais como: qualidade de vida; saúde como direito

¹ Ao longo do curso de Mestrado (1998-2000), realizado na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/MS, os resultados do estudo que realizei me informaram da importância de aprofundar o posicionamento da educação crítica como um dos elementos fundamentais da Promoção da Saúde.

² Considerando-se a dificuldade de uma tradução fidedigna de *empowerment* para a língua portuguesa, a riqueza etimológica que o termo original comporta e a complexidade de significados e práticas que assume nas sociedades contemporâneas, esta tese adota o termo originalmente em inglês.

humano associado ao desenvolvimento socioeconômico; oportunidades e acesso a bens e serviços públicos; justiça social e respeito às diferenças culturais; mobilização popular; intersetorialidade; construção de parcerias e responsabilidade social e de governos para com a saúde de todos, além de *empowerment*, participação e dialogicidade, entre outros.

Contudo, essa amplitude temática, ao mesmo tempo em que favorece a expansão do conhecimento relacionado à Promoção da Saúde, por incorporar saberes de outras áreas do conhecimento e estabelecer que saúde não é apenas a superação da doença (Ferreira, 2002; Serrano, 2003; Carvalho, 2005), cria ambigüidades internas nos documentos, pela ausência de uma teoria razoavelmente sistematizada sobre as premissas que poderiam orientar uma reflexão crítica sobre a teoria e a prática no campo promocional (Castiel, 2004; Bunton & Macdonald, 1992 a,b *apud* Carvalho, 2005). Esta teoria necessita ser representada como uma forma de ação, para que os sujeitos (educador e educando) possam dialogar e participar dos processos e decisões sobre sua saúde, o que necessariamente não precisa ser específica da área da saúde.

Atualmente, encontra-se na literatura geral sobre Promoção da Saúde uma profusão de linhas ou eixos sobre o tema em diferentes áreas do conhecimento, com intencionalidades distintas entre si, podendo abarcar “desde posturas conservadoras até perspectivas críticas ditas radicais ou libertárias” (Castiel, 2004, p. 617).

Essas diferentes definições e entendimentos, com sua multiplicidade de posições políticas e ações, vêm representando para a produção de conhecimentos nesse campo, avanços significativos. No entanto, a Teoria Educacional Crítica tem a oferecer à Promoção da Saúde uma contribuição decisiva para seu desenvolvimento, haja vista que estas três categorias fundamentais, *empowerment*, participação e dialogicidade são pertinentes à sua formulação.

Com esta direcionalidade, os objetivos da tese visam:

- Identificar nas Cartas e Declarações sobre Promoção da Saúde, no período compreendido entre 1986 a 2005, as concepções apresentadas de *empowerment*, participação e dialogicidade; e
- Caracterizar as temáticas e os sentidos que expressam *empowerment*, participação e dialogicidade, respectivamente, nas Cartas e Declarações

sobre Promoção da Saúde, a partir da discussão fundamentada na Teoria Educacional Crítica (TEC).

Nos últimos anos, a Promoção da Saúde vem ganhando importância para a área da saúde. Devido sua amplitude temática, conforme referido, ela pode e deve ser analisada de várias perspectivas teóricas e práticas, o que permite que receba contribuições de diferentes áreas do conhecimento. Idêntico é o processo na área da Educação. Esta representa o diálogo com um conjunto amplo de ciências, cuja finalidade é a mediação entre o individual e o coletivo, no contexto da vida social, interagindo por meio da ação pedagógica, inserida numa prática social concreta: a humanização, a socialização e a singularidade das pessoas. Sendo seu ideal maior o compromisso emancipatório *na e para* a formação do ser humano, capaz de recriar e auto recriar-se continuamente como sujeito autônomo e livre.

A saúde e a educação sempre acompanharam e permanecem acompanhando, como conhecimentos intrínsecos, a evolução e formação histórica, social e cultural da humanidade. A interlocução entre esses dois campos é, portanto, imprescindível. A educação possibilita o diálogo entre o conhecimento sobre saúde e seu exercício no cotidiano das pessoas e coletivos.

O novo paradigma da Promoção da Saúde, cujo ideário funda-se na equidade e na qualidade de vida para todos e os conceitos da Teoria Educacional Crítica responsabilizando todos os sujeitos envolvidos, no sentido do desenvolvimento da capacidade de crítica e de sua maior participação autônoma no processo de apreensão da realidade criam possibilidades para a compreensão sobre *empowerment*, participação e dialogicidade, como mandatários para uma prática transformadora, tal como proposto pela Promoção da Saúde.

Há muito se discute que as transformações que vêm ocorrendo nas sociedades contemporâneas influenciam mudanças no campo da saúde e esse processo impõe reflexões importantes para aqueles que atuam na área da saúde, o que justifica amplamente esta pesquisa.

Novas tecnologias de intervenção surgem continuamente, propondo ações tanto sobre o corpo doente quanto sobre o saudável. Aumenta-se a eficácia instrumental das tecnobiociências, assim como se amplia cada vez mais o espectro das evidências científicas que demonstram a contribuição da saúde para alcançar a

qualidade de vida, individual e coletiva, e suas conexões com o desenvolvimento econômico e social. Busca-se, neste movimento, possibilitar não só a saúde das pessoas e das populações como também a justiça social e a solidariedade humana.

Em face desses desafios, novas formas de pensar e fazer saúde vêm se firmando nos últimos vinte anos, apontando a necessidade de refletir sobre um novo paradigma para o conceito de saúde e sua promoção (WHO, 1978; WHO, 1984; BRASIL, 2002).

A discussão sobre o conceito de saúde e Promoção da Saúde potencializa-se no cenário internacional a partir dos anos 1980 (Lalonde, 1974/1996; Blum, 1979; Dever, 1980) e um dos marcos importantes para essas reflexões é a proposta de Promoção da Saúde, divulgada pela Organização Mundial da Saúde, quando da realização da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (WHO, 1986).

Essa conferência produziu um documento intitulado *Carta de Ottawa* (WHO, 1986), que permanece até os dias atuais como a referência contemporânea sobre o tema no mundo inteiro, tendo orientado, inclusive, as demais conferências internacionais sobre Promoção da Saúde, que foram realizadas nos anos seguintes.

Nessa Carta, o conceito de Promoção da Saúde afirma a idéia de saúde como um direito humano fundamental associado ao desenvolvimento socioeconômico. Nela, idéias defendidas no passado pelos pioneiros da saúde pública, que associavam as condições de vida com a saúde das populações (Sigerist, 1946; Winslow, 1920; Guimarães, 1985; McKeown e Lowe, 1986, Comstock, 1986, *apud* Perine, 1998), são resgatadas e contextualizadas na contemporaneidade ao afirmar que: “a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão para a qualidade de vida” (WHO, 1986, p.1).

A dimensão individual da saúde para a preservação, recuperação e desenvolvimento da vida é igualmente valorizada na Carta de Ottawa:

A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde para todos os seus membros (WHO, 1986 p.4).

Ao incorporar às discussões a dimensão social e individual, não apenas como explicação, mas como elementos importantes para promover a saúde, o

documento aponta para a necessidade de superar essa dicotomia. A Carta propõe que a relação indivíduo-sociedade seja compreendida como indissociável visando à emancipação dos indivíduos pelo entendimento deles como sujeitos. Nesse processo, a educação desempenha importante papel para o desenvolvimento humano, entendido aqui como sinônimo também de vida e saúde.

A própria definição de Promoção da Saúde, apresentada por esse documento, permite-nos inferir que a educação perpassa todo esse processo: “Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO, 1986 p.1).

A participação desponta como um de seus pressupostos mais importantes, seja do ponto de vista conceitual, seja do ponto de vista prático, pois valoriza a população como protagonista *dos e nos* processos de planejamento, execução e avaliação de políticas públicas sociais e de saúde. Nesse sentido, impõe-se a capacitação como possibilidade educacional para que a população decida e intervenha sobre projetos que dizem respeito a sua saúde individual e coletiva.

Tanto na Carta de Ottawa quanto nas demais conferências internacionais de Promoção da Saúde (WHO, 1986; 1988; 1991; 1992; 1997; 2000 e 2005), a categoria³ participação está presente:

1) na dimensão política, quando relaciona a saúde como um componente essencial do desenvolvimento humano, reafirmando sua relação positiva ou negativa com os determinantes da saúde⁴, o que implica, entre outros, estimular e apoiar a intersetorialidade entre as esferas de governo, o setor privado e a sociedade civil, o que somente será possível por meio da participação/educação;

³ Categoria é uma palavra de origem grega: *Kategoria*, ‘atributo’, pelo latim *categoria* (Dicionário Aurélio Eletrônico, 1999). Segundo Japiassú & Marcondes, 1996 p.40: “o termo categoria, freqüentemente considerado como sinônimo de noção ou de conceito designa, mais adequadamente, a unidade de significação de um discurso epistemológico”.

⁴ O Art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, estabelece que: “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, 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; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Brasil, 1990a). Na Declaração de Jacarta (WHO, 1997), os determinantes da saúde apresentam-se como pré-requisitos para a saúde humana englobando um amplo espectro de fatores como: “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” (Brasil, 2002, p.2).

2) aparece na dimensão coletiva, através da descentralização do poder às comunidades locais, estimulando a participação social e apoiando a comunidade a assumir o papel de parceira no planejamento, nos processos de tomada de decisões e na avaliação das iniciativas de Promoção da Saúde; e

3) por último, a participação está presente no nível individual expressa por processos de aprendizagem e fortalecimento do poder e da autonomia (*empowerment*) entendidos como capacidade de crítica para a melhoria de sua qualidade de vida.

No Brasil, em particular, eventos como a VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986) e a promulgação da Constituição Brasileira (BRASIL, 1988), a “constituição cidadã”, reconhecem oficialmente a participação e o controle social como mecanismos essenciais para fortalecer a democratização do espaço público a fim de ampliar a cidadania ativa e a justiça social, de um modo geral e na saúde, em particular. O reconhecimento da participação popular na gestão pública está vinculado com o processo de democratização e descentralização do poder e de suas práticas institucionalizadas, com o objetivo de transformar a relação do Estado com a Sociedade Civil.

Cabe assinalar que o tema da participação é muito valorizado também no campo da educação, pela importância do envolvimento dos atores no processo educativo resultando na sua formação e na conquista da cidadania (Demo, 1988; Freire, 1996; Lima, 2003).

Assim, o princípio da participação tem em si um potencial transformador, envolvendo a noção de práxis, notadamente na área da educação, pois não é possível pensá-la teoricamente sem a sua correlação com a prática. A práxis educativa é uma atividade que é, ao mesmo tempo, crítica e prática, na qual a ação dos indivíduos fundamenta-se numa teoria que explicita a realidade, a fim de transformá-la, e a articula de forma crítica para questionar a imposição da história de que a realidade é uma continuidade natural dos fatos (Konder, 1992; Severino, 2005). Nesse contexto, essa atividade deve ser compreendida e incentivada nas suas dimensões individual e social.

Outra categoria do discurso da Promoção da Saúde é o *empowerment*. Ainda que o termo em si, a palavra *empowerment*, tenha sido explicitada somente na Carta de Bangkok (WHO, 2005), ele está presente, de forma subjacente, em

todos os documentos, visto que o processo educacional exigido pela participação gera capacidades de agir e pensar, de *empowerment*.

Empowerment tem sido objeto de discussão com adesões e críticas fundamentadas (Riger, 1993; Wallerstein, 1994; Rissel, 1994; Rodwell, 1996; Vasconcelos, 2003; Traynor, 2003; Castiel, 2004; Carvalho, 2004a, b; 2005). Isto pode ser justificado pelo fato de não ter uma definição clara e por isso assumir distintas perspectivas teóricas e práticas, mas também por sua importância e pelo potencial que esse termo pode ter para a Promoção da Saúde.

De maneira geral, nos documentos oficiais da OMS (WHO, 1986; 1988; 1991; 1992; 1997; 2000 e 2005), *empowerment* pauta seus significados em torno das noções de autonomia e autodeterminação dos indivíduos e das comunidades, do aumento do poder e da capacidade da população para tomar decisões, para controlar e ter a possibilidade de decidir sobre sua saúde e o meio ambiente, a fim de transformá-los.

Nesta perspectiva, *empowerment* envolve um processo educacional que implica na construção de consciência crítica para superar limitações individuais e compreender os limites impostos pela sociedade a fim de criar possibilidades para a transformação da realidade social. Com isso estabelece também uma relação com a noção de práxis, presente na idéia de participação, pois a possibilidade de transformação só pode ocorrer quando fundamentada na relação teoria e prática.

A educação é uma práxis e não apenas uma reflexão sobre o mundo, cujo fundamento é o próprio mundo. Reiterando a definição anteriormente citada, Konder acrescenta que a práxis é:

a atividade concreta pela qual os sujeitos humanos se afirmam no mundo, modificando a realidade objetiva e, para poderem alterá-la, transformando-se a si mesmos. É a ação que, para se aprofundar de maneira mais conseqüente, precisa da reflexão, do auto-questionamento, da teoria; e é a teoria que remete à ação, que enfrenta o desafio de verificar seus acertos e desacertos, cotejando-os com a prática (Konder, 1992, p.115).

A ação transformadora em saúde implica ampliarmos a capacidade de compreensão e de intervenção, o que significa, entre outros fatos, construirmos consciência crítica sobre o conhecimento gerado no cotidiano dos serviços de saúde e sobre assuntos de saúde, como os patogênicos, culturais, emocionais, sociais, econômicos e de gestão que afetam a vida de indivíduos e coletivos.

Rodwell (1996) afirma que, de maneira geral, a literatura no campo da Promoção da Saúde incorpora a noção de capacitação e desenvolvimento de habilidades às definições e usos de *empowerment*, ademais da discussão acima: “current health promotion ideology accepts empowerment as enabling and supporting people to set their own health agendas and to take control of their health status through skills development and critical consciousness raising” (Green & Raeburn, 1988 *apud* Rodwell, 1996, p.6).⁵

No entanto, para o *empowerment* ser capaz de contribuir para a educação de sujeitos autônomos e reflexivos, faz-se necessário o compromisso autêntico dos profissionais de saúde para:

ouvir as experiências das vidas das pessoas, compreendendo estas experiências nas palavras que as pessoas usam para expressá-las e negociando ações mútuas para melhorar aquelas situações que as pessoas gostariam de alterar” (Labonté, 1994 p. 77 *apud* Rabello, 2006).

Outro princípio axiológico da Promoção da Saúde, a dialogicidade, implica reconhecer o outro, os clientes dos serviços de saúde, como sujeitos e não como objetos de intervenção, materializada através do sistema de saúde e corporificada nas práticas em relação ao processo saúde-adoecimento. Esse reconhecimento conduz ao diálogo construído na relação sujeito-sujeito, fundamental para a aprendizagem.

O diálogo é uma categoria discutida e aprimorada no campo da educação e um instrumento fundamental para as ações de Promoção da Saúde. Segundo as teorias críticas da educação, também conhecidas como ideologicamente progressistas, o diálogo visa à formação da consciência crítica para a compreensão da realidade, a fim de capacitar as pessoas para intervirem nos processos de transformação social (Freire, 1993; Zitkoski, 2006).

Paulo Freire, educador brasileiro, acredita firmemente que o diálogo é uma das maneiras mais fecundas e produtivas para a formação do sujeito crítico:

⁵ A ideologia atual da promoção da saúde considera *empowerment* como capacitar e apoiar as pessoas para que determinem suas próprias prioridades e assumam o controle de seus estados de saúde por meio do aperfeiçoamento de habilidades e do desenvolvimento de sua consciência crítica (Rodwell, 1996, p.6 *apud* Green & Raeburn, 1988). As traduções do inglês para o português, feitas das citações apresentadas nesta tese, são de responsabilidade da pesquisadora.

O diálogo se impõe como caminho pelo qual os homens ganham significação enquanto homens. Por isso, o diálogo é uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar idéias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de idéias a serem consumidas pelos permutantes” (Freire, 1993 p.79).

É no refletir do agir que a dialogicidade, a práxis do diálogo, deve ser entendida como a chave das comunicações e práticas entre profissionais e clientes dos serviços de saúde:

O diálogo não é só um encontro de dois sujeitos que buscam apenas o significado das coisas – o saber – mas, um encontro que se realiza na práxis (ação + reflexão), no engajamento, no compromisso com a transformação social (Gadotti, 2000, p.142).

O sujeito que dialoga tem mais chances de participar, construindo conhecimentos para decidir e intervir sobre assuntos de interesse coletivo na esfera pública, bem como sobre si mesmo visando sua autonomia e emancipação por meio de processos auto-reflexivos.

No entanto, essas não são as únicas categorias expressas na Carta de Ottawa como dimensões transversais fundamentais para a consolidação da proposta de Promoção da Saúde. Outras são apresentadas no documento, de modo a contemplar a complexidade das múltiplas determinações sociais, a subjetividade e a intersubjetividade que permeiam o campo da saúde; subjetividade podendo ser compreendida como uma construção de singularidades onde cada ator social reconstrói novas maneiras de se relacionar com o outro e de vivenciar conscientemente situações mais amplas que envolvem o processo saúde e doença e, não apenas uma subjetividade construída sobre o corpo do indivíduo no sentido orgânico e racional (Guimarães & Meneghel, 2003), e a intersubjetividade como a interação comunicativa entre os sujeitos em suas construções de mundo (Bannell, 2006).

Assim, a Carta de Ottawa considera a Promoção da Saúde como um campo conceitual e de práticas da saúde e estabelece que suas diretrizes políticas e técnicas devam ser estruturadas mediante a articulação de cinco diferentes campos de ação. Destaca, ainda, que o propósito das ações desenvolvidas nestes campos é reduzir as diferenças no estado de saúde da população, ensejando oportunidades e recursos, que permitam a todas as pessoas realizarem completamente seu

potencial de saúde (WHO, 1986; OPS, 1996, p. 367-372; Brasil/MS/FIOCRUZ/IEC, 1996 p.7), como segue:

- Elaboração de políticas públicas saudáveis;
- Criação de ambientes favoráveis à saúde;
- Reorganização dos sistemas e serviços de saúde;
- Fortalecimento da ação comunitária e
- Desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais e sociais.

Nesse sentido, a Carta de Ottawa, representou intenções de políticas públicas internacionais, sendo estas temáticas ratificadas e ampliadas posteriormente em seis conferências internacionais sobre Promoção da Saúde, resultando na publicação dos seguintes documentos pela OMS/OPAS: Declaração de Adelaide, 1988; Declaração de Sundsvall, 1991; Declaração de Santafé de Bogotá, 1992; Declaração de Jacarta, 1997; Declaração do México, 2000 e a Carta de Bangkok, 2005.

Numa visão ampliada sobre os cinco campos de ação, podemos afirmar que eles representam:

Um conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde; e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população um maior controle sobre sua saúde e condições de vida, a nível individual e coletivo (Gutierrez 1996, p.117 *apud* Buss, 2003, p.19).

A Promoção da Saúde, como política pública, ganha maior visibilidade no cenário mundial a partir dos anos 1980, com propostas e recomendações escritas nos documentos relativos às conferências internacionais anteriormente citadas. Todas estas validadas pelos corpos diretivos da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, assinadas por chefes de Estado e representantes de países da Europa e das Américas com o intuito de ampliar a discussão e introduzir novos elementos ao tema da saúde e sua promoção⁶.

⁶ Embora não seja objeto de estudo desta tese é importante destacar que, no plano nacional, o Brasil aprovou recentemente sua primeira Política Nacional de Promoção da Saúde, promulgada pelo Ministério da Saúde em 30 de março de 2006 (Brasil, 2006).

Não obstante, deve-se considerar que os documentos redigidos no âmbito de organismos internacionais, como a OMS e OPAS, geralmente são amplos e com pouca especificidade conceitual e prática sobre quais são as atividades de Promoção da Saúde (Rabello, 2006). Isto se dá para atender a múltiplos interesses que tanto podem ser mercadológicos, de cunho neoliberal, como podem também estar comprometidos com a mudança social, com vistas a ampliar e possibilitar a liberdade e a igualdade entre países, regiões e localidades visando à saúde de indivíduos e coletivos (Caplan, 1993 *apud* Carvalho, 2005).

Vinte anos depois da realização da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde pode-se constatar que outros adeptos ou críticos do tema, surgidos após a publicação da Carta Ottawa, desenvolveram idéias originais a partir deste documento, tendo também criticado, aperfeiçoado e aplicado seus princípios.

Entendemos que esta tese não esgotará todas as possibilidades da discussão destas categorias selecionadas, no entanto, é uma contribuição reflexiva à Promoção da Saúde, considerando que a inter-relação entre saúde e educação é fundamental para o avanço nas condições de saúde das pessoas e conseqüentemente dos coletivos.

A tese é composta de cinco capítulos, a seguir discriminados:

1. Saúde, sua Promoção e a Educação Crítica.
2. Construção do Marco Conceitual para a análise da tese.
3. Apresentação da metodologia utilizada.
4. Discussão de resultados, cotejando cada categoria analítica escolhida.
5. Considerações finais.