

5 Discussão dos Resultados Finais

Este capítulo trata da interpretação das análises elaboradas nos tópicos desta tese, 4.3.1.1 e 4.3.1.2, **Resultados parciais da categorização analítica *a priori*: conjunto de quadros-síntese, do Quadro 1 ao Quadro 21 e Resultados parciais da categorização *a posteriori*: conjunto de quadros-síntese da categorização empírica, do Quadro 22 ao Quadro 24**, respectivamente, realizadas com base nas Cartas e Declarações sobre Promoção da Saúde no período de 1986 a 2005.

No intuito de viabilizar a interpretação conclusiva das análises supracitadas, foram construídos três quadros para identificar em cada um, separadamente, o predomínio dos temas mais relevantes de *empowerment*, participação e dialogicidade. Isto possibilitou a conformação de seus respectivos núcleos de sentido.

5.1 Interpretação sobre *Empowerment*

O quadro abaixo conforma a síntese interpretativa do *empowerment* nos documentos oficiais que se utilizou para a análise nesta tese.

Quadro 25 Interpretação de *empowerment* nos Documentos Oficiais de Promoção da Saúde

	Tema	Núcleos de Sentido
<i>Empowerment</i>	Capacitar / Capacitação	1. Transferir conhecimento 2. Controle da própria vida
	Potencialidades	1. Desenvolver potencialidades

Consideramos importante problematizar as definições que este conceito vem adquirindo nas sociedades contemporâneas, ainda que não se tenha a pretensão de esgotá-lo, com vistas a uma melhor compreensão do quadro acima.

A ausência de consenso não se limita ao seu conceito. Em geral, a literatura sobre *empowerment*, inclusive na Promoção da Saúde, apresenta dificuldades quanto a sua classificação. Para uns é considerado como uma estratégia/princípio (Rissel, 1994 *apud* Carvalho, 2004); enquanto outros discutem se *empowerment* é um processo ou um produto (Israel, 1994; Bredeson, 1989 *apud* Rodwell, 1996). Já Carvalho (2004 a, b; 2005) faz uma distinção de *empowerment* a partir de dois enfoques: o psicológico e o comunitário. Em seus textos é possível encontrar *empowerment* como “uma categoria” ou, ainda, como “um conceito/estratégia” da Promoção da Saúde (Op cit., 2004a p. 3).

A própria tradução, do inglês para o português, denuncia contradições, visto que *empowerment* é uma palavra inglesa sem tradução direta para o português e é o substantivo do verbo *to empower* que quer dizer dar, autorizar, empossar, conceder, facultar poder à alguém. Sua tradução abarca, ainda, as idéias de transmitir poder, favorecer com uma habilidade ou capacitar de forma legal ou com autoridade, o poder a alguém (Random House Webster’s College Dictionary, 1995; Michaelis, 1994).

No entanto, a noção de poder que o conceito expressa traduz desigualdades de condição, de *status quo* ou de lugar em nossas sociedades, quando da sua apropriação teórico-prática relacional, uma vez que significa transferir, dar poder a um indivíduo ou grupo. Sua tradução para o português, *grosso modo*, tem figurado na literatura brasileira como empoderamento.

Nos países desenvolvidos *empowerment* é reconhecido como uma prática dos profissionais de saúde na relação com os seus clientes ou com seus cuidadores, uma vez que se permite a estes participar e decidir sobre os rumos de sua saúde no contexto assistencial, como afirma Traynor (2003, p. 129):

Patient empowerment is widely pictured as practice which respects patient’s abilities to make decisions, values their input into such decisions and features practitioners who are able to allow their patients the space to reject their advice¹

¹ O empowerment dos pacientes é amplamente apresentado como prática que respeita as habilidades dos pacientes em tomar decisões, que valoriza suas ponderações ao tomar tais decisões

O mesmo autor chama a atenção para a suposta capacidade de tomar decisões ou ter autonomia para decidir sobre a vida e a saúde poder representar *empowerment* ou não, pelas limitações com as quais é concebido e, também, por aquelas que o poder impõe na prática a ambos.

Um profissional de saúde pode sentir-se *empowered* em relação a um paciente pelo seu conhecimento, *status*, mas pode sentir-se absolutamente *disempowered* em relação a decisões que estão no âmbito de poder, por exemplo, do sistema de saúde. Os pacientes, por sua vez, mesmo quando têm o poder para decidir sobre sua própria saúde podem não fazê-lo por razões de fragilidade emocional ou física; por falta de domínio de uma linguagem e conhecimentos específicos ou, ainda, por absoluta desvalorização da opinião e percepção que têm sobre sua doença ou estado de saúde por parte dos profissionais de saúde (Traynor, 2003).

Outra dificuldade diz respeito à sua construção teórica. *Empowerment* sustenta-se nos ideais de democracia e de cidadania, envolvendo a noção de valores humanitários, que lhe deram forma, e o sentido de liberdade que se constituiu em um dos seus fins. É difícil precisar sua gênese histórica, uma vez que remonta à defesa dos direitos humanos de mulheres, homens, crianças e minorias oprimidas ou perseguidas por razões político-ideológica, étnica, cultural, de gênero e de orientação sexual (Vasconcelos, 2003).

Desde os anos 90, o conceito tem sido apropriado por diversas disciplinas e práticas de profissionais do serviço social, psicologia, saúde e saúde mental e mais recentemente pela Promoção da Saúde, concorrendo para a formulação de uma variedade de definições com diferentes propósitos, individual, organizacional e comunitário e intenções, visando interesses teóricos, políticos e ideológicos com distinções entre si (Vasconcelos, 2003).

De forma simplificada, o que unifica ou diferencia possíveis idéias e práticas de *empowerment* é que o seu significado traduz a idéia de poder e pode ser identificado como processo de mudança e transformação individual e coletiva, sem que isto necessariamente signifique processos homogêneos, lineares ou cumulativos:

e que caracteriza profissionais que estão aptos a permitir a seus pacientes o espaço para rejeitar suas recomendações.

O campo do *empowerment* pode constituir arenas de conflito dinâmicas, relacionais, sem distinções claras, com focos permanentes de conflito, deslocamentos e tentativas dos diferentes atores sociais de integrar e apropriar as necessidades e experiências sociais básicas, as interpelações ideológicas e tradições culturais relevantes para os grupos sociais envolvidos (Vasconcelos, 1988; 1989; Bowles & Gentis, 1986 *apud* Vasconcelos, 2003, p.59).

Então, trabalhar com a noção de *empowerment* exige uma reflexão sobre sua construção histórica e cultural, o que também “implica em importar toda a complexidade do poder como fenômeno teórico, político, social e subjetivo” (Vasconcelos, 2003, p.57).

Nessa perspectiva, a questão do poder expressa nos ideais de *empowerment*, exige o reconhecimento de suas formas e representações no nível micro e macro e que, dependendo dos vínculos que se estabeleçam entre os níveis macro do poder- estruturas econômicas, políticas e sociais, e o nível micro- a vida cotidiana dos indivíduos, suas experiências socioculturais, desejos, suas possibilidades e limitações para enfrentamento de problemas e soluções, entre outros, os propósitos e as estratégias de *empowerment* podem representar ou não, um elemento para a emancipação dos indivíduos e para a transformação social.

Uma das formas de representação dessas duas dimensões tem figurado na literatura como *empowerment* comunitário e *empowerment* psicológico (Carvalho, 2004 a, b; 2005; Rissel, 1994; Riger, 1993). Geralmente os dois enfoques são discutidos de maneira fragmentada, trazendo dificuldades para avançar no seu entendimento e na prática.

O *empowerment* individual ou psicológico fundamenta-se na linha behaviorista comportamental; nele o poder é referido ao indivíduo na crença de que será capaz de tomar decisões e ter controle sobre sua vida pessoal, bastando apenas que sua mente seja treinada para tal. Parte-se do ponto de vista de que estruturas e processos no interior da mente do indivíduo são os determinantes de seu comportamento, capazes de totalizar e explicar a própria realidade na qual está inserido (Riger, 1993).

Essa noção de *empowerment* apresenta limitações e deve ser examinada com cuidado para evitar deturpações de ordem teórica e prática. Ao atribuir apenas ao indivíduo a responsabilidade pela promoção de sua saúde cria a ilusão

de poder, pois desconsidera que há uma mútua relação entre as determinações das macroestruturas e a ação subjetiva de sujeitos individuais e coletivos:

The individual's experience of power or powerlessness may be unrelated to actual ability to influence, and an increase in the sense of empowerment does not always reflect an increase in actual power. Indeed, a sense of empowerment may be an illusion when so much of life is controlled by the politics and practices at a macro level. This does not mean that individuals can have no influence or that individual's perceptions are unimportant, but rather to reduce power to individual psychology ignores that political and historical context in which people operate. Confusing one's actual ability to control resources with a sense of empowerment depoliticizes the latter (Riger, 1993 p. 282).²

A noção de poder do ponto de vista da educação crítica significa uma possibilidade que permite as pessoas participarem na compreensão e da transformação de sua sociedade. Nesse sentido o poder representa práticas concretas cujo objetivo é desenvolver capacidades individuais e configurar habilidades sociais mais amplas, por meio das quais diferentes experiências e subjetividades são construídas para criar uma participação democrática substantiva nas sociedades contemporâneas (Giroux, 1987).

Segundo Paulo Freire, o processo de conhecimento que os sujeitos constroem no *empowerment* individual por si só não é suficiente para a transformação social. Embora possa promover no indivíduo experiências de autonomia e liberdade, pode facilmente transformar-se em posturas e atitudes individualistas. Somente será ultrapassado se for considerada a indissociabilidade entre as dimensões individuais e sociais do *empowerment*:

Even when you individually feel yourself most free, if this feeling is not a social feeling, if you are not able to use your recent freedom to help others be free by transforming the totality of society, then you are exercising only an individualist attitude towards empowerment or freedom... While individual empowerment, the feeling of being changed, is not enough concerning the transformation of the

²A experiência individual de poder ou falta de poder pode não estar relacionada à real habilidade de influenciar, e um aumento no sentido de *empowerment* nem sempre reflete um aumento no poder real. Entretanto, uma noção de *empowerment* pode ser uma ilusão quando muito da vida é controlado pelas políticas e práticas no âmbito macro. Isto não significa que os indivíduos não possam ter influência ou que as percepções individuais não sejam importantes, mas significa reduzir o poder da psicologia individual que ignore o contexto histórico e político nos quais as pessoas operam. Confundir a habilidade real de um indivíduo de controlar os recursos com o sentido de *empowerment*, o despolitiza. (Riger, 1993 p. 282).

whole society, it is absolutely necessary for the process of social transformation (Wallerstein & Bernstein, 1994 p.143 *apud* Freire, 1987 p.109-10).³

O *empowerment* social ou comunitário é definido “como um processo de ação social, no qual indivíduos e grupos agem para obter o controle sobre suas vidas no contexto de transformação do seu ambiente político e social” (Wallerstein & Bernstein, 1994 p.141).

Essa noção considera fundamental reconhecer as especificidades do contexto dos indivíduos e comunidades como das estruturas sociais no qual o *empowerment* ocorre. Ao adotar esta perspectiva, o processo de mudança pode se realizar de forma interativa.

No *empowerment* social/comunitário as instituições e comunidades se transformam num movimento dialético. Se a participação nas ações comunitárias promove a conscientização e a auto-valorização das pessoas, há neste ato um processo de transformação. Então, na medida em que as pessoas que participam se transformam, transformando-se a si mesmas elas podem questionar e criticar as próprias estruturas sociais (Giroux, 1999).

No que se refere à Promoção da Saúde, esta definição é particularmente importante. Não obstante, os documentos oficiais incorporem em seus discursos a valorização do indivíduo e ou grupos de indivíduos como atores sociais e abordarem a saúde sob os pilares das dimensões social, econômica, política, cultural, biológica, ambiental entre outras, as dimensões individual e social do *empowerment* aparecem dissociadas. Nesse sentido o processo educacional pode tornar-se *disempowering*, uma vez que não problematiza o entendimento e a crítica do meio social e político que constitui o contexto dos indivíduos e das estruturas sociais.

Sem fazer distinções, Vasconcelos, 2003 define *empowerment* como:

³ Mesmo quando você se sente individualmente o mais livre, se este sentimento não for um sentimento social, se você não estiver apto a usar a recém adquirida liberdade para ajudar aos outros a serem livres por transformar a totalidade da sociedade, então você está exercendo apenas uma atitude individualista com relação ao *empowerment* ou à liberdade [...]. O *empowerment* individual como sentimento de ser transformado, não é suficiente com respeito à mudança de toda a sociedade, mas é absolutamente necessário para o processo de transformação social (Freire, 1987 p.109-10 *apud* Wallerstein & Bernstein, 1994 p.143).

aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social.

Chama a atenção para a complexidade e heterogeneidade desse conceito, que se desenvolve de forma mais vigorosa a partir de meados do século XX tornando-se tema central das políticas sociais, serviço social, de saúde e saúde mental na Europa e Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia.

De maneira geral, *empowerment* tem sido entendido como fortalecimento, aumento do poder e da autonomia, adquirir controle, ganhar habilidades e conhecimentos, referindo-se ora ao indivíduo ora ao coletivo. Numa definição ampla, podemos afirmar que: “*empowerment refers to mechanism by which people, organizations, and communities gain mastery over their affairs*” (Rappaport 1987, p.122 *apud* Riger, 1993 p. 280).⁴

Empowerment, então, pode servir para silenciar ou moldar as vozes dos oprimidos ou pode servir de resistência às relações sociais opressivas no sentido de legitimar suas vozes como cidadãos críticos e ativos (Giroux, 1986; 1997).

Retomando a discussão do Quadro 25, embora o *empowerment* não seja um conceito genuíno do campo da saúde, destaca-se como um dos elementos centrais e como objetivo essencial, de forma implícita ou explícita, da Promoção da Saúde (WHO, 1986, 1988, 1991, 1992, 1997, 2000 e 2005), em sua vinculação à Teoria Educacional Crítica: “*There are few concepts in health promotion with as much potential as that termed ‘empowerment’. It embodies the ‘raison d’être’ of health promotion*” (RISSEL 1994, p. 40).⁵

Se de fato, no campo da Promoção da Saúde, o conceito de *empowerment* tem tanto potencial ou é considerado sua razão de ser, por que, então, é difícil defini-lo? Por que sua prática não desperta a atenção e a valorização necessárias das pessoas envolvidas com a saúde, sejam profissionais ou usuários?

Algumas respostas a essas questões já foram discutidas no decorrer desta tese: a ausência de fundamentos teóricos mais claros; a não contextualização do

⁴ “*empowerment* refere-se ao mecanismo por meio do qual pessoas, organizações e comunidades ganham habilidade sobre seus assuntos/negócios” (Rappaport 1987, p.122 *apud* Riger, 1993 p. 280).

⁵ Há poucos conceitos na promoção da saúde com tanto potencial quanto o chamado *empowerment*. Ele incorpora a razão de ser da promoção da saúde (Rissel 1994, p. 40).

empowerment no campo da Promoção da Saúde; a dificuldade de transpor os obstáculos estruturais das sociedades e do sistema e serviços de saúde; a ausência de propósitos para definir diretrizes que possam iluminar as práticas neste campo; a dificuldade em articular as dimensões individual e coletiva existentes no interior deste conceito e dimensionar a importância das políticas públicas para fomentar e apoiar processos de *empowerment*; e, ainda, o seu desconhecimento por parte da maioria dos profissionais de saúde.

Estes são apenas alguns exemplos de obstáculos que podem gerar ambigüidades, aumentando as barreiras para o seu entendimento, dificultando, assim, as práticas de *empowerment*.

Há que considerar, ainda, que este é um conceito jovem no campo da Promoção da Saúde e suas idéias não alcançaram um consenso suficiente para gerar programas específicos ou projetos de investigação científica sobre as reais possibilidades do *empowerment* nesse campo.

Tomando-se exclusivamente os conteúdos das Cartas e Declarações, Quadros 1 a 25, a idéia de *empowerment* está implícita podendo ser associada, mais diretamente, a dois dos cinco campos de ação da promoção⁶, assumindo significados distintos: o coletivo voltado para a ação social de grupos de indivíduos e comunidades e o individual, no nível pessoal para adquirir controle sobre a própria vida.

O *empowerment* comunitário pode estar referido como uma das estratégias para o “fortalecimento de ações comunitárias”, uma vez que a ênfase na ação comunitária é referida como sendo um dos seus componentes importantes (RISSEL, 1994). Seu objetivo é desenvolver o poder e a habilidade das comunidades para intervir nos assuntos de saúde no âmbito político e organizacional.

Já o *empowerment* individual ou psicológico, pode ser associado ao “desenvolvimento de habilidades pessoais” cuja finalidade é capacitar as pessoas

⁶ As diretrizes políticas e técnicas da Promoção da Saúde devem ser estruturadas a partir da combinação de cinco diferentes campos de ação (WHO, 1986):

1. Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
2. Criação de ambientes favoráveis à saúde;
3. Fortalecimento de ações comunitárias;
4. Desenvolvimento de habilidades pessoais;
5. Reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

para fazer escolhas favoráveis e satisfazer necessidades pessoais para controlar sua própria saúde e o meio ambiente.

Concluindo a análise, *empowerment* no conjunto das Cartas e Declarações sobre Promoção da Saúde, Quadro 25, apresenta-se predominantemente como propostas de capacitar/capacitação. Observa-se que o sentido predominante é a transferência de conhecimentos com vistas ao exercício do controle da própria vida e da saúde, por parte dos indivíduos e coletivos. Na outra vertente, encontramos as potencialidades que se referem às acumulações que poderão ser traduzidas em habilidades necessárias à Promoção da Saúde.

Por fim, embora se reconheça a importância pedagógica de capacitar / capacitação e o desenvolvimento de potencialidades para a Promoção da Saúde, enquanto uma práxis transformadora da realidade social de da saúde, estes só terão significado do ponto de vista da TEC se forem compreendidos no sentido de formação / construção de saberes, conhecimentos capazes de desenvolver a auto-reflexão e a consciência crítica sobre a saúde individual e coletiva.

5.2 Interpretação sobre Participação

O quadro abaixo configura a síntese interpretativa da participação nos documentos oficiais que se utilizou para a análise nesta tese.

Quadro 26 Interpretação da participação nos Documentos Oficiais de Promoção da Saúde

	Tema	Núcleos de Sentido
Participação	Controle Social	1. Capacidade para decidir e agir
	Poder de Decisão	1. Compartilhar direitos e deveres
	Poder	1. Agir

A definição de participação também não comporta um conceito fixo ou estanque. Representa uma construção histórica, assumindo significados em diferentes tempos e lugares de acordo com os contextos sociais, políticos e culturais que a caracterizam em cada sociedade (Carvalho, 2002; Pinsky, 2003).

De forma ampla, a participação associa-se à idéia de um projeto político de democratização do poder público, onde homens e mulheres lutam pelo direito a uma vida justa e igualitária e para garantir e fortalecer uma cidadania ativa que se distingue da noção de cidadania passiva, na qual direitos e deveres são outorgados pelo Estado:

a participação é identificada com os argumentos da democratização que têm como referência o fortalecimento dos espaços de socialização, de descentralização do poder e de crescente autonomização das decisões, o que acaba, portanto, por enfatizar um papel mais autônomo dos sujeitos sociais. Por outro lado, a participação é vista a partir da criação de espaços e formas de articulação do Estado com os sujeitos sociais, que assim se configura em um instrumento de socialização da política, reforçando o seu papel como meio para realizar interesses e direitos sociais que demandam uma atuação pública (Cunill Grau, 1991, *apud* Jacobi, 2000, p. 19).

No Brasil, a participação é um direito jurídico estatuído pela Constituição Federal⁷ (Brasil, 1988) e representa um instrumento legal amparado por uma legislação ampla que institui a participação da população na gestão do sistema de saúde nas diferentes esferas de governo (Brasil, 1990 a,b; Brasil/MS, 01/1991, 01/1993, 01/1996, 2001; 2002). No Art. 198, está estatuído que uma das diretrizes que devem orientar o Sistema Único de Saúde (SUS) é a participação (Brasil, 1988)⁸.

Sua materialização ocorre por meio dos Conselhos de Saúde, onde o desenvolvimento de estratégias, por parte dos governantes e gestores, cria

⁷ A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988, no Art. 196, do Capítulo II – Seguridade Social, afirma que “A saúde é 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” (BRASIL, 1988, p.88).

⁸ No mesmo documento, na Seção sobre Saúde, afirma-se que: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação comunitária” (BRASIL, 1988, p.88).

oportunidades para que a população participe *dos e nos* processos de decisão, elaboração e avaliação de políticas públicas, por meio de seus representantes.

Sendo um princípio consagrado como direito, a participação tem como uma de suas representações o controle social. No entanto, para que o controle social conduza ao aprofundamento da democratização, é indispensável que a participação desses atores da população, se concretize, só assim será possível oportunizar possibilidades para a descentralização do poder.

A institucionalização da participação popular no planejamento, na gestão e no controle social dos serviços de saúde significa uma conquista que amplia os alcances da democracia.

Há muito o quê conquistar para que a participação transite do plano teórico para o plano da ação, visto que a participação não é uma conquista definitiva, uma vez que representa um fenômeno complexo com múltiplas faces de poder político e legitimidade; de avanços e recuos de formas distintas de conflitos, resistências, disputas por recursos e influências, possibilitando ou não, a expressão da voz e da vontade populares (Freire, 1996). Resulta da práxis dos atores envolvidos.

Não obstante as dificuldades em articular teoria e prática, o tema da participação tem figurado como discurso quase que obrigatório nas produções da área da saúde. Este objetiva introduzir novas formas de intervenção, não somente numa perspectiva instrumental, mas também na perspectiva da participação como processo de conscientização, envolvendo, direta e cotidianamente, a população nos assuntos de interesse dela.

Tanto na literatura em geral, como em textos de referência sobre Promoção da Saúde, cresce o interesse sobre ações e estratégias de participação e a conscientização de que para a transformação da sociedade, faz-se necessário que toda forma de intervenção venha a ser assumida amplamente pela população, seja esta atingida direta e ou indiretamente pelos problemas.

Assim sendo, em decorrência da necessidade de compreender questões globais que afetam a saúde das populações e de buscar soluções locais, nos últimos trinta anos, documentos importantes foram divulgados, antes mesmo da publicação das Cartas e Declarações sobre Promoção da Saúde, reiterando a importância da participação dos diferentes segmentos da população⁹.

⁹ Como exemplo, podemos citar: Uma nova perspectiva na saúde dos canadenses dando origem ao Relatório Lalonde (1978); a meta estabelecida pela OMS de Saúde para Todos no Ano 2000 que

A Carta de Ottawa, ao definir Promoção da Saúde, associa participação à idéia de controle social, no sentido amplo do poder, cuja expressão de ambos pode manifestar-se tanto no nível individual quanto no coletivo, por meio de sua intervenção direta ou indireta sobre a própria saúde e o meio ambiente. Nesse sentido, a idéia de participação deve estar relacionada com a capacidade para decidir e agir, o que implica pensá-la como um princípio da Teoria Educacional Crítica, capaz de possibilitar a emancipação em vez do entendimento de regulação dos indivíduos e coletivos e centralização do poder.

Segundo Giroux (1986), a educação deveria estabelecer relações e conexões com a idéia de emancipação humana:

em uma sociedade desfigurada pela opressão de classes, pela opressão sexual e racial e em perigo crônico de guerra e destruição ambiental, a única educação digna desse nome é aquela que forma pessoas capazes de tomar parte em sua própria liberação. [...] a escola deve contribuir para a formação das pessoas com o conhecimento, as habilidades e conceitos relevantes para a reconstrução das sociedades, para desenvolver uma compreensão crítica de si mesmos, bem como do que significa viver em uma sociedade democrática (Op.cit p.155-156).

Essa emancipação associa-se à cidadania e à democratização e descentralização do poder estatal e organizacional, conforme vimos em Jacobi (2000), no entanto, não podemos compreender a participação como um pressuposto imediato de conquista de poder pelos menos favorecidos, de direitos e deveres iguais para todos os cidadãos, como garantia de gestão participativa entre os atores; de afirmação de valores democráticos ou como elemento inibidor de poderes abusivos nas esferas de decisão política e organizacional (Jacobi, 2000).

Concluindo, a participação não é algo imanente, ela não ocorre pelo fato de ser instituída legalmente ou proposta nos estatutos organizacionais. Sua realização como um dos instrumentos da cidadania e da democracia, não ocorre apenas por meio de sua consagração no âmbito jurídico, tampouco a sua institucionalização é uma realidade dada em nossas sociedades, não sendo garantia de envolvimento dos indivíduos e coletivos para a mobilização social em defesa de seus interesses (Jacobi, 2000; Lima, 2003).

foi apoiada na Conferência de Alma-Ata (OMS, 1978), dando origem a Estratégia de Atenção Primária, uma medida com respaldo internacional, a proposta intitulada Além do Cuidado da Saúde (EURO/OMS, 1984), entre outros.

Independentemente do âmbito de atuação em que ocorra, seja saúde, educação, movimentos sociais e ou na defesa de causas ambientais, a participação exige processos educativos que contemplem uma dupla via: o individual e o coletivo. Estes devem ser concebidos como indissociáveis, nos quais a aprendizagem e a consciência individual possam criar as condições para uma práxis, para interagir e interferir na formação do coletivo e este coletivo criar novas condições e possibilidades para a educação do indivíduo.

Nesse contexto, entendemos que a participação representa controle social, se possibilitar a capacidade de decidir e agir, dos indivíduos e dos coletivos. O poder de decisão implica o compartilhamento de direitos e deveres por toda a sociedade, tanto quanto pelo Estado, no sentido da necessidade do exercício da auto-responsabilidade dos indivíduos e comunidades sobre as apreensões que lhes permitam cuidar de sua própria saúde em seus âmbitos individual e coletivo; tanto quanto do Estado no provimento dos serviços e ações de saúde e de educação. E o poder, em si, se expressa pelo agir orientado por uma consciência desenvolvida por um processo de educação crítica (Quadro 26).

5.3 Interpretação sobre Dialogicidade

O quadro abaixo demonstra que não há uma síntese interpretativa da dialogicidade nos documentos oficiais que se utilizou para a análise nesta tese.

Quadro 27 Interpretação da dialogicidade nos Documentos Oficiais de Promoção da Saúde

Dialogicidade	Tema	Núcleos de Sentido

Não foi encontrado no *corpus* das Cartas e Declarações sobre Promoção da Saúde os sentidos de dialogicidade como categoria empírica, apesar de sua importância como uma categoria-chave, capaz de re-significar o *empowerment* e a

participação na Promoção da Saúde de indivíduos e coletivos. Entendemos que isso se dá pela própria essência da dialogicidade, pois ela representa o refletir do agir, ausente nos documentos analisados, na perspectiva da Teoria Educacional Crítica.

Por esta razão, registramos o quadro em branco, para nos lembrarmos que há que se desenvolver um esforço adicional, para buscar um espaço no refletir do agir em Promoção da Saúde. Não obstante a ausência de dados apontamos algumas reflexões sem a pretensão de exaurir todo o potencial que sua discussão oferece.

A dialogicidade, assim como *empowerment* e participação, não é um termo oriundo do campo da Promoção da Saúde. Na literatura sobre este tema é mais comum encontrar a noção de diálogo, geralmente associada à educação e à comunicação em saúde.

É na obra de Paulo Freire, principalmente na *Pedagogia do Oprimido* que a dialogicidade representa um dos fundamentos para uma educação transformadora e para a humanização das sociedades (Freire, 1993). Nas palavras do autor, a dialogicidade compreende uma das características essenciais da vida humana, como também caracteriza a “essência da educação como prática da liberdade” (Op. cit., p.77).

Sua materialização ocorre por intermédio do diálogo entre os indivíduos que ao pronunciarem e vivenciarem a ‘palavra verdadeira’: “que é trabalho, que é práxis, é transformar o mundo [...] por isso, ninguém pode dizer a palavra sozinho ou dizê-la para os outros, num ato de prescrição, com o qual rouba a palavra aos demais” (Freire 1993, p.78), problematizam sua própria existência no mundo, abrindo possibilidades para um ‘novo pronunciar’, para re-significar sua palavra, seu entendimento e ação sobre o mundo, por meio dos quais buscam sua emancipação e a transformação das sociedades contemporâneas (Zitkoski, 2006).

Desde os primeiros textos, Paulo Freire defende o diálogo como condição humana e o enfatiza como uma exigência existencial de todos nós, por sermos sujeitos da práxis social. Para ele, a práxis social pode ser interpretada quando ‘o mundo real nos constitui e, ao mesmo tempo é constituído por nós’ (Zitkoski, 2006 p. 16). Nesse movimento que é histórico, a teoria se une à prática e vice-versa, constituindo-se não por uma relação de superposição ou como derivação de

um campo sobre o outro, mas numa interação dialética, com fins de reflexão para a transformação da realidade.

Concebida como ‘a prática do diálogo [...] que mantém viva a dialeticidade entre ação e reflexão’ (Zitkoski, 2006 p. 22), a dialogicidade é a práxis do diálogo. Na concepção freireana, o sentido da dialética está em compreender a vida humana em sua totalidade e em permanente processo de autoconstrução, o que engloba, não apenas as relações sociais, mas a mente e o corpo, nossas emoções e eticidade, a cidadania, a cultura e socialização de indivíduos e coletivos, entre outros. Portanto, no entender do autor a ação sem reflexão é ativismo e a reflexão sem a ação é verbalismo (Freire, 1993).

O diálogo educacional referido por Paulo Freire, é constituído por alguns elementos considerados essenciais, tal como o reconhecimento do outro como sujeito. Nesta perspectiva, bastante explorada pelo pensamento de Freire, a relação entre educador e educando fundamenta-se na relação sujeito-sujeito cujas premissas são o diálogo aberto e a argumentação dos participantes (Zitkoski, 2006). Para Freire, educador e educando são capazes de construir conhecimentos juntos, ancorados numa relação de igualdade e respeito. O respeito interpretado na sua acepção da solidariedade como reciprocidade entre sujeitos, o que exige de ambos a humildade, como uma atitude reflexiva ante o saber e as experiências do outro.

Para tanto, faz-se necessário que a cultura, as necessidades e potencialidades, as vivências e os elementos da cotidianidade, próprias dos indivíduos e coletivos, tornem-se uma referência no contexto de aprendizagem em qualquer campo do saber, entre eles o da Promoção da Saúde.

A condição de igualdade e a atitude respeitosa, entre os sujeitos, criam possibilidades para o escutar, principalmente a fala, os gestos e as diferenças do outro (Freire, 2007). O que não significa anular-se, ao contrário, cria a disponibilidade para perceber e incorporar às relações, novos elementos que contribuem crítica e criativamente ao processo educacional: “o educador que escuta aprende a difícil lição de transformar o seu discurso, às vezes necessário, ao aluno, em uma fala com ele” (ibid., p.113). Essa afirmação pode ser utilizada para os profissionais de saúde, no caso da Promoção da Saúde, o que nos remete à compreensão do porquê da ausência da dialogicidade nos documentos da Promoção da Saúde, analisados nesta tese.