Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

AS TRAMAS DO EMPODERAMENTO:

O termo empoderamento em ações de promoção da saúde da gestão
pública de saúde sob a perspectiva dos sujeitos

Elisabete Agrela de Andrade

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Doutor em Saúde
Pública

Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Maria
Bógus

SÃO PAULO

2015

AS TRAMAS DO EMPODERAMENTO:

O termo empoderamento em ações de promoção da saúde da gestão pública de saúde brasileira sob a perspectiva dos sujeitos

Elisabete Agrela de Andrade

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Maria Bógus

SÃO PAULO

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

.

Para Paulo, meu esteio.

Para Murilo, minha razão de viver.

AGRACEDIMENTOS

À Cláudia Maria Bógus, por toda sua paciente e generosa orientação, mas principalmente, pelo “barco” e incentivo para “navegar em mares nunca dantes navegados”;

Aos coordenadores, profissionais e usuários pelas contribuições para essa construção;

Ao CNPQ pela concessão da bolsa de doutorado no Brasil e na Espanha;

Ao professor Miquel Domènech pelas conexões com a psicologia social crítica;

Aos novos amigos da UAB pelo incitamento ao pensamento nômade;

Aos velhos amigos do CEPEDOC por tantos ensinamentos;

Aos professores, desde a qualificação até a pré-banca, pelas reflexões e contribuições;

Aos funcionários e amigos da FSP por tantas ajudas;

À família pelo apoio cotidiano;

Aos meus tão amados pais pela companhia incondicional em todas as maluquices da minha história;

Aos ventos uivantes pelos sopros causadores de “deslucamentos”;

À vida pela insistência em pulsar.

*“Atenção para escutar o que você
quer saber de verdade.”*

Arnaldo Antunes / Marisa Monte / Carlinhos Brown, 2006.

*“Possamos ao menos reforçar a
contestabilidade das formas de ser que têm sido inventadas para
nós e começar a inventar a nós mesmos de forma diferente.”*

ROSE, 2011.

RESUMO

Tomado como um dos princípios chave do referencial da promoção da saúde, o empoderamento é considerado um termo complexo e gerador de diferentes interpretações. Recebe influência do discurso psicológico - com a noção de poder interior – e do discurso pedagógico – conscientização para ter poder. Este trabalho discutiu o termo adotando o poder como relacional e a produção de subjetividade como lugar de potência. Diante da escassez de literatura nesta perspectiva, almejou-se contribuir para o preenchimento desta lacuna e servir para sua reflexão no campo da saúde. O objetivo do trabalho foi compreender o uso do termo empoderamento, no campo da Saúde Pública, a partir das percepções dos sujeitos envolvidos em dois projetos de promoção da saúde. Realizou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa. Os instrumentos para coleta de dados foram análise documental, entrevista, grupo focal e observação. Os sujeitos foram trabalhadores e usuários de duas ações públicas de saúde. A análise dos dados foi feita por meio da articulação entre os dados obtidos em campo e o referencial teórico que orientou o estudo. Os resultados mostraram que a compreensão do termo é composta por diversas linhas e relações. Foram agrupados em três dimensões: política, gestão e subjetiva. Na dimensão política foram analisados: a participação social como um dos aspectos do empoderamento; a construção de redes como um importante instrumento neste sentido; a autonomia e o empoderamento como dependentes entre si e o pastorado como a preocupação em ensinar ‘caminhos corretos’. Na dimensão da gestão foram discutidos: a influência do discurso econômico neoliberal no trabalho; o questionamento quanto ao interesse do Estado em ter um grupo potente e a necessidade de empoderamento dos próprios profissionais. E na dimensão subjetiva foram tratados: o termo associado aos espaços de emergência de potencialidades; ao fortalecimento dos sujeitos no território; aos encontros disparadores de amizades; à autoestima e , ainda, à importância das relações entre os sujeitos. A análise do material mostrou que o empoderamento acontece quando os sujeitos estão em relação uns com os outros, em agenciamentos, em encontros de manifestações de potências de subjetividades. Por outro lado, o termo também foi utilizado como álibi de ações que pretendem ensinar a ter “vida saudável” assumindo o risco de destituírem os sujeitos de sua potência. Conclui-se que o termo empoderamento pode contribuir para a eminência da potência e da inventividade, desde que se compreendam as diferentes linhas que tecem os cenários, o que exige uma atuação vigilante para que não seja reprodutora de preconceções e padronizações de comportamento e condutas.

Descritores: Promoção da saúde; empoderamento; participação social; saúde pública.

ABSTRACT

Taken as one of the key principles of the reference of the health promotion, empowerment is considered a term complex and generator of different interpretations. Receive influence of the psychological discourse - with the concept of interior power - and the pedagogical discourse -awareness to have powered. This study discussed the term embracing the power as relational and the production of subjectivity as a place of power. In face the scarcity of literature in this perspective, aimed to contribute to fill this gap and serve to their reflection in the field of health. The objective of the study was to understand the use of the term empowerment, in the field of Public Health, from the perceptions of the subjects involved in two health promotion strategies. Qualitative research was done. The data collection was done through documentary analysis, interviews, focus groups and observation. The subjects were workers and users of two actions of public health. The analysis of the data was performed by linkage between the data obtained in the field and the theoretical reference that guided the study. The results showed that the understanding of the term is composed of several lines and relations. Were grouped in three dimensions: policy, management and subjective. The political dimension were analyzed: the social participation as one aspect of empowerment; the construction of networks as an important instrument in this sense; the autonomy and empowerment as dependent on each other and the pastorate as the concern in teaching 'correct paths'. In the dimension of management were discussed: the influence of economic neoliberal discourse in the work; any doubt regarding the interest of the State to have a powerful group and the need for the empowerment of the workers themselves. And in the subjective dimension were treated: the term associated with the area of emergence of potentialities; the strengthening of the subjects; the meetings triggers of friendships; the self-esteem and, still, the importance of the relations between the subjects. The analysis of the material showed that the empowerment happens when the subjects are in relationship with each other, in negotiation, in manifestations meetings of powers of subjectivities. On the other hand, the term was also used as an excuse for actions that they intend to teach have "healthy life" and assuming the risk of ousting the subject of their power. It is concluded that the use of the term empowerment can contribute to the eminence of the power and inventiveness, if they understand the different lines that compose the scenarios, which demands a vigilant attitude so that it is not replicate of pre-conceptions and standardization of behaviors and conducts.

Descriptors: Health promotion; empowerment; social participation; public health.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	7
1. INTRODUÇÃO	11
1.1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DA PESQUISA	19
1.1.1 <i>Tempo de incertezas</i>	19
1.1.2 <i>A produção de subjetividades na contemporaneidade</i>	21
1.1.3 <i>A questão fulcral do poder</i>	33
1.2 O OBJETO DA PESQUISA	38
1.2.1 <i>Origens do termo</i>	38
1.2.2 <i>Influências do termo</i>	44
1.3 O CENÁRIO DA PESQUISA.....	59
1.3.1 <i>A Saúde Pública</i>	59
1.3.2 <i>A chegada da promoção da saúde no Brasil</i>	64
1.3.3 <i>As conferências de promoção da saúde</i>	70
1.3.4 <i>O empoderamento nas cartas de promoção da saúde</i>	74
2. OBJETIVO	81
2.1. OBJETIVO GERAL	81
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	81
3. MATERIAL E MÉTODO	83
3.1. TIPO DE ESTUDO	83
3.2. SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES	87
3.3. O CENÁRIO DE ESTUDO	90
3.4. TRABALHO DE CAMPO.....	95
3.2.1. <i>Técnicas de coleta dos dados</i>	95
3.4.2. <i>Técnica de registro dos dados</i>	102
3.4.3. <i>Técnica de análise dos dados</i>	103
3.5. OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	103
3.6. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	105

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	107
4.1. A REDE NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	107
4.2. O EMPODERAMENTO NAS AÇÕES	114
4.2.1. <i>Dimensão política</i>	119
4.2.1.1. Redes.....	119
4.2.1.2. Participação.....	127
4.2.1.3. Autonomia	139
4.2.1.4. Pastorado.....	143
4.2.2. <i>Dimensão gestão</i>	148
4.2.2.1. Discurso econômico neoliberal.....	148
4.2.2.2. Interesse do Estado	154
4.2.2.3. Relações de trabalho	159
4.2.3. <i>Dimensão subjetiva</i>	166
4.2.3.1. Espaços públicos de luzes.....	168
4.2.3.2. Fortalecimento dos sujeitos no território.	172
4.2.3.3. Encontros	174
4.2.3.4. Amizades	176
4.2.3.5. Autoestima	179
4.2.3.6. Relações	181
4.3. SÍNTESE DAS DISCUSSÕES	183
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	189
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	195
7. ANEXOS	215
7.1. ANEXO 1: TMO DE CONSENTIMENTO.....	215
7.2. ANEXO 2: PARECER CONSUBSTANCIADO CEP	216
7.3. ANEXO 3: ROTEIROS	217
CURRÍCULO LATTES.....	220

Lista de figuras

Figura 1 - Síntese das influências na construção do termo empoderamento.....	58
Figura 2 - Síntese das conferências de promoção da saúde.....	71
Figura 3 - Linha do tempo da promoção da saúde	73
Figura 4 - Síntese das técnicas de pesquisa de campo	95
Figura 5 - Síntese da coleta de dados:	102
Figura 6 - Síntese da operacionalização da pesquisa de campo	104
Figura 7 - Distribuição dos projetos da Rede Nacional de promoção da saúde, eixos da PNPS, M.S., Brasil, 2011.....	109
Figura 8 – Distribuição dos registros de articulação intersetorial da Rede Nacional de promoção da saúde, M.S., Brasil, 2011.....	110
Figura 9 - Tramas dos significados atribuídos ao termo empoderamento.....	118

Lista de abreviações

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CGDANT – Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis

CGPNPS – Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde.

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

FORMSUS – Formulário SUS

FSP – Faculdade de Saúde Pública

IUHPE – International Union for Health Promotion and Education

MS – Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família

NPVPS - Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan Americana da Saúde

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

RNPS – Rede Nacional De Promoção da Saúde

RNAF – Rede Nacional de Atividade Física

RNNPVPS - Rede Nacional de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

USP – Universidade de São Paulo

WHO – World Health Organization

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

*Um homem foi pedir um barco à porta do rei.
E tu para que queres um barco, pode-se saber, foi o que o rei de facto perguntou.
Para ir à procura da ilha desconhecida, respondeu o homem.
Que ilha desconhecida, perguntou o rei.
A ilha desconhecida repetiu o homem.
Disparate, já não há ilhas desconhecidas.
Quem foi que te disse rei, que já não há ilhas desconhecidas.
Estão todas nos mapas.
Nos mapas só estão ilhas conhecidas.
E que ilha é essa que queres ir à procura.
Se eu te pudesse dizer, então não seria desconhecida.
(O conto da ilha desconhecida, José Saramago, 1998, p. 17).*

Quando iniciei o curso de doutorado, de alguma forma, fiz o caminho que Saramago conta: pedi um barco à universidade com a pretensão de procurar algo que entendia que era desconhecido. Com tantas ilhas já existentes, com tantas produções sobre o tema que escolhi, ainda considerava que havia algo não nomeado, algo desconhecido.

A procura da ilha desconhecida é anterior à entrada no curso. Desde o início da minha formação profissional tinha uma, nada modesta, preocupação: não queria trabalhar com o que fazia o sujeito adoecer, mas com o que o fazia insistir em viver.

Na graduação, acompanhei vários mestres em belas viagens às ilhas já catalogadas nos mapas da psicologia. Como aprendiz, ouvi e adquiri marcas que se fixaram, e delas nunca quis me livrar como: “*são efeitos do encontro que tornam visíveis a presença do sujeito, libertando-o do que até então se definiu como falta ou falha*”.

Concluída a graduação, embarquei em outra viagem: por quase dez anos trabalhei na saúde mental em Centro de Atenção Psicossocial e, bem como, em Acompanhamento Terapêutico. Novos mestres encontrei e por outras ilhas viajei. Alguns zunidos e sinais da viagem anterior persistiam e outros novos foram aparecendo, que também não quis me livrar como: *“a intervenção ganha inventividade no encontro, o que é possível construir nesses encontros que propicie novas potências?”*

Depois de um tempo de atuação, senti necessidade de pensar um pouco mais, daí sigo para minha próxima viagem: frequentar as terras da academia. Fiz o mestrado, onde tentei aprender a lidar com a bússola da ciência. Novos sons e outras linhas foram fazendo parte de mim: políticas públicas, Sistema Único de Saúde e, principalmente, promoção da saúde. Estudando uma intervenção pública, entendi que precisava ouvir os sujeitos para pensar em promoção da saúde. E dessas, também não quis me livrar.

Enfim a chegada ao doutorado e, neste momento, carregava barulhos, linhas e marcas das viagens anteriores que também precisavam compor essa nova empreitada. Juntei a bagagem e foi então que pedi ao rei um barco e, recebendo-o, para procurar uma ilha desconhecida. Não sabia o que iria encontrar, mas era isso que me fazia um marujo apaixonado e com vontade de procurar.

Durante o período do doutorado fui me apropriando do referencial da promoção da saúde, que me permitiu pensar as várias dimensões do processo de saúde e, assim, procurando pelo o que não fazia o sujeito adoecer. Também, tive oportunidade de realizar um estágio na Universidade Autônoma de Barcelona para atualizar meu referencial teórico sobre subjetividade e compreender como o sujeito vem sendo separado de sua potência. E, para refletir sobre o que fazia o sujeito insistir em viver, entendi que o termo empoderamento da promoção da saúde poderia dar algumas pistas.

Em minhas leituras, havia uma incomodação na forma com que o empoderamento era defendido pelo discurso da promoção da saúde. A impressão que

tinha era que havia uma redução do termo, o qual poderia dizer da potência dos sujeitos, como se estivéssemos perdendo toda a força que ele transportava.

Destarte, no doutorado, propus-me compreender o uso do termo empoderamento em ações de promoção da saúde. E, como uma das funções do trabalho acadêmico é de contribuir para as ações concretas, busquei ações desenvolvidas sob coordenação da gestão pública de saúde.

Dessa forma, na introdução conto com que óculos vamos olhar para a pesquisa, onde apresento o referencial teórico utilizado. Descrevo, também, como nasceu o termo empoderamento e possíveis influências em sua aplicação, e para encerrar esta parte, apresento um sobrevoo sobre o histórico do cenário que estamos imersos, qual seja, da saúde pública e da promoção da saúde.

No capítulo dois, apresento os objetivos e, no seguinte, há a apreciação do método utilizado. No capítulo quatro, proporciono os resultados e suas possíveis discussões. E, finalmente no último capítulo, exponho as considerações finais do trabalho.

1. INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho foi analisar o uso discursivo do termo¹ empoderamento em projetos de promoção da saúde no campo da saúde pública. Iniciamos com uma série de indagações teóricas, que instigaram a construção desta pesquisa. Para sua realização, buscamos ações que atuassem dentro do escopo da promoção da saúde na sob coordenação da gestão pública de saúde.

Uma primeira questão que deparamos diz respeito ao uso da palavra, uma vez que, utilizaremos *empowerment*² ou empoderamento? Nas referências bibliográficas, por vezes, encontramos em inglês, por outras, em português. Neste sentido, adaptado do inglês, o termo empoderamento é considerado um anglicismo³. Optamos pelo uso “abrasileirado” justamente porque interessa como foi traduzido em práticas.

Antes, gostaríamos de partilhar de uma provocação proposta por FUGANTI (2009): na língua de origem do termo, a inglesa, a palavra *power* tanto significa poder quanto potência. Na língua portuguesa, gozamos da vantagem de dispor de duas palavras distintas, derivadas do latim para nomeá-la: poder e potência, assim como no francês *pouvoir* e *pouissance*. Com esta provocação, *empowerment* poderia ser traduzido tanto como empoderamento ou empotenciamento, sendo que, questionamos se o mais ‘adequado’ então não seria traduzi-lo por empotenciamento

¹GONH (2004) distingue conceito de categoria ou termo. Para ser chamado de conceito, precisa ter um status teórico, o que não acontece no caso do empoderamento. Por isso, a autora utiliza termo ou categoria para a palavra.

² Na origem inglesa, diferentes dicionários da língua não são homogêneos em suas definições: o termo *empower* no dicionário COLLINS significa “to give (someone) the power or authority to do something” traduzido como “autorizar alguém para fazer algo”. Já o dicionário OXFORD “to make (someone) stronger and more confident, especially in controlling their life and claiming their rights” (Fazer (alguém) mais forte e mais confiante, especialmente no controle de sua vida e reivindicando seus direitos).

³**Anglicismo** é um termo ou expressão da língua inglesa introduzida à outra língua, seja devido à necessidade de designar objetos ou fenômenos novos, para os quais não existe designação adequada na língua alvo, seja por qualquer motivo como, por exemplo, dificuldades em traduções.

e, com isso, desviaríamos das extensas discussões teóricas que o conceito poder carrega, usufruindo da intensidade das teorias sobre potência⁴.

O empoderamento é tomado como um dos princípios-chave (AKERMAN, 2002) (SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003) ou um dos núcleos filosóficos (CARVALHO, 2008) ou como o Santo Graal (RISSEL, 1994) da promoção da saúde. De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde, em sua versão revisada (2014), o empoderamento configura-se entre os valores e princípios fundamentais das práticas e ações no campo de atuação da promoção da saúde.

É definido pela Organização Mundial da Saúde (1998) em dois níveis: o empoderamento individual se refere principalmente à capacidade do indivíduo de tomar decisões e exercer controle sobre suas vidas pessoais e o empoderamento comunitário, que supõe que os indivíduos atuem em conjunto para alcançar uma maior influência e controle sobre os determinantes da saúde e qualidade de vida da sua comunidade. Quando o termo é absorvido pelo campo da promoção da saúde, assume forte direcionamento ao envolvimento dos sujeitos em processos decisórios.

Entretanto, há consenso na literatura quanto à insuficiência de estudos sobre o termo e desencadeamentos com projetos de promoção da saúde, o que leva a seu uso tanto poder servir para emancipação dos sujeitos, como para o aprisionamento em um modelo proposto pela cultura contemporânea. Como discute ROSE (2001) há práticas que, com o objetivo de “dar poder” e restaurar os sujeitos ao *status* de cidadãos, têm a versatilidade de serem utilizadas como formas de emancipação e, também, no sentido de dominação dos sujeitos.

Situação também tratada por GOHN (2004), CARVALHO (2007), FERREIRA e CASTIEL (2009), os quais afirmam que o uso indiscriminado do termo empoderamento sem uma análise crítica pode servir muito mais como manutenção do *status quo* do que compromisso com projetos de mudança social. Ou

⁴ Ao longo do texto usamos empoderamento e empotenciamento.

seja, o empoderamento pode ser mais um paliativo (uma concessão) do que um desafio ao sistema (LABONTE, 1994).

Quanto às ações, desconhecemos o que as pessoas que estão envolvidas em projetos de promoção da saúde pensam do tema. Apesar dos alertas sobre a importância de ouvir os sujeitos, não tomamos seus saberes como parte deste constructo teórico, não sabemos o que pensam e se o termo vem sendo utilizado para produção ou normatização da vida. Diante do exposto, indaga-se: Como podem contribuir para essa reflexão? Como considerá-los na constituição do termo?

Igualmente, queremos conhecer quais são os saberes que alguns dos sujeitos que estão envolvidos nestes projetos de promoção da saúde podem oferecer. O que pensam quando atravessados por dois discursos antagônicos? De um lado, o discurso do empoderamento, o qual solicita uma postura ativa na própria vida e na polis, e de outro, o discurso do neoliberalismo que suscita o individualismo, favorece a ausência do Estado na gestão dos direitos básicos, a cultura hedonista, entre outros aspectos.

Como então pensar o termo na contemporaneidade? Como pensá-lo sob a influência do neoliberalismo? Será possível atualizá-lo? Idealizamos que realizar este trabalho a partir do relato de pessoas que estão envolvidas no processo pode contribuir para a atualização do discurso teórico assim como pode apresentar subsídios que contribuam na construção de ações promotoras de saúde.

Deste emaranhado de dúvidas, nasceu a pretensão desse trabalho: analisar a compreensão do empoderamento pelos sujeitos que estão envolvidos em experiências de promoção da saúde. Ou seja, buscamos analisar, ou “fazer uma leitura” da atual utilização do termo empoderamento em dois projetos de promoção da saúde no âmbito da gestão pública de saúde, a partir dos sujeitos dessas ações (coordenadores⁵, profissionais e usuários). Sem o propósito de buscar uma verdade sobre o termo, almejamos conhecer seu funcionamento a partir dos depoimentos dos

⁵ Optamos em nominar por coordenadores os sujeitos responsáveis pelas ações na gestão pública municipal

que estão envolvidos nesses processos e que participam cotidianamente do espaço das políticas públicas de saúde.

Concordamos com VEIGA NETO (2007) quando afirma que *“não há lugar para a pergunta o que é isso, mas sim, perguntar como funcionam e acontecem para que possamos ensaiar alternativas que venham a funcionar de outra forma”* (p. 19). Assim, a questão da pesquisa foi: no cotidiano das ações de promoção da saúde, como é compreendido o empoderamento?

Imbuídos da noção de que fazer uma leitura crítica do termo não é ser contra ele, mas, é abrir a possibilidade de renová-lo, em nossas reflexões pressupomos a existência de duas influências sobre o termo: a psicológica e a pedagógica. Essas vertentes geram algumas controvérsias ou conflitos inerentes ao seu uso. A primeira, centralizada no psiquismo do sujeito, propõe uma leitura psicologizante, que reforça ideias de que o empoderamento depende do desenvolvimento de características pessoais, de uma ‘interioridade’ do sujeito, justificando a criação de intervenções terapêuticas com o cunho de autoajuda. Na segunda, a centralidade fica por conta da educação. Entendida como ‘salvadora de todos os males’, traz consigo a intenção de conscientização das pessoas quanto à opressão que vivem para que possam transformar tais situações de exploração a que estão submetidas.

Nossa preocupação é quanto a uma possível armadilha no uso dessas influências: de pressupor antecipadamente que há um sujeito impotente e incapaz de cuidar-se e, por isso, precisa ser ajudado. Diante do risco de querer tutelar esses sujeitos, em nome do empoderamento, tanto podemos endossar estratégias de normatização, como podemos contribuir para a noção de que são os sujeitos responsáveis por seu sucesso ou fracasso. Assim, em nome de um empoderamento, podemos culpabilizá-los e/ou responsabilizá-los.

Isto porque entendemos que a sociedade contemporânea impõe padrões de consumo, comportamento e hábitos, seja por meio das mídias, das relações cotidianas ou dos espaços que circulamos. A todo tempo, há bombardeios de

modelos padronizados de sociedade e de sujeito. Como estas idealizações em grande parte são inalcançáveis, fomenta-se a noção de que se os sujeitos que forem empoderados poderão alcançar tais modelos perfeitos. Os que não conseguem tornam-se culpados e/ou responsáveis pelo “seu fracasso”.

Um exemplo dessa situação é o crescimento da depressão, ao invés de livrar o sujeito do estereótipo de felicidade eterna de ‘família Dorian’⁶, há um investimento para que todos tenham uma boa autoestima e consigam reproduzir esse modelo. Como não conseguem construir sua própria família, como a supracitada, entram em depressão, pois se pressupõe que não foram empreendedores, ou suficientemente bons, perfazendo assim a ideia de que são indivíduos ‘mal resolvidos’ e, diante destes pressupostos, medicamos e construímos estratégias de empoderamento para que consigam chegar ao ideal.

Defendemos a utilização de uma terceira via baseada na teoria pós-estruturalista, como uma alternativa para compreensão do termo. A partir das contribuições de autores, como Foucault, Deleuze e outros, compreendemos que a produção de subjetividades dá-se nas relações de poder, nos agenciamentos e nos encontros, que o poder é compreendido como algo que circula, que está em todos os lugares. Por isso, não há subjetividades sem poder, sem potência e, por mais que existam discursos de dominação, haverá resistências dos sujeitos que, instituídos deste fator, carregam a capacidade de reinventar-se.

Na construção de nosso trabalho, foi chegado o momento de conectar os pensamentos às ações concretas. Por estarmos buscando contribuir para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), tivemos o esforço de procurar ações desenvolvidas sob coordenação da gestão pública de saúde, em práticas que atuam dentro do escopo da promoção da saúde. Para exequibilidade da pesquisa,

⁶Família Dorian um jargão convencionado que se refere à uma propaganda de marketing que vincula a o uso do produto à um modelo idealizado de família perfeita e feliz.

estabelecemos que escolheríamos duas ações públicas de saúde em municípios com trajetória de trabalho dentro destes pressupostos.

Foi então que em 2011, no Seminário de Efetividade da Promoção da Saúde, conhecemos o trabalho realizado pelo Ministério da Saúde (MS) de fomento implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) no país. Assumimos que este seria um campo fértil para o campo de nosso trabalho. Elegemos duas ações desenvolvidas em dois municípios participantes do que foi-nos apresentado neste evento: a Rede Nacional de Promoção da Saúde (RNPS).

A RNPS é composta por municípios que recebem apoio técnico e financiamento federal para desenvolvimento de ações que abordem os eixos temáticos da PNPS. As ações dividem-se entre os seguintes eixos: Prática Corporal/Atividade Física; Redução da Morbidade por Acidentes de Trânsito; Prevenção da Violência e Estímulo à Cultura da Paz; Redução da Morbidade em Decorência do Uso Abusivo de Álcool e outras Drogas; Prevenção e Controle do Tabagismo; Alimentação Saudável e Promoção do Desenvolvimento Sustentável (MALTA, 2009).

Como não foi objeto deste estudo a RNPS, já que ela só foi uma forma de chegar aos municípios com percurso na área da promoção da saúde coordenada pela gestão pública, foi preocupação deixar claro, desde o primeiro contato com o MS e com os espaços visitados, que em nenhum momento do trabalho haveria a intenção de fazer comparações ou avaliação das ações, a intenção era conceitual.

Como se tratava de um extenso universo, cerca de 1500 municípios participavam da RNPS em 2010, estabelecemos critérios para a escolha de dois municípios. Como a intenção era de entender uma das diretrizes da promoção da saúde, preocupamo-nos em buscar municípios que tivessem um percurso histórico de trabalho no campo da promoção da saúde. Foram então considerados critérios de escolha a partir do cadastro de municípios fornecidos pelo MS: (1) Municípios que faziam parte da RNPS (2) Municípios com percurso histórico de 2006 a 2010 ininterruptamente, por ter um percurso de trabalho, o qual contribui para

fortalecimento das ações, chegando a 50 municípios; (2) Municípios que mantiveram ações até 2014, para viabilizar a coleta de dados atual (3) Municípios que forneceram melhores e mais completas informações solicitadas pelo MS⁷; Elegemos os dois primeiros municípios e entramos em contato com os responsáveis pelo cadastro das propostas no M.S., que nos indicaram as ações, profissionais e espaços para a execução da pesquisa.

Encontradas as duas ações, realizamos nosso campo junto aos sujeitos do programa “Academia da Cidade” em Recife e do projeto “Guarulhos Cidade que Protege” em Guarulhos. Foram considerados sujeitos das ações, coordenadores, profissionais e usuários envolvidos. De caráter qualitativo, buscamos escutar e compreender o discurso dos sujeitos envolvidos nesses casos, procurando conhecer como se constitui o processo de empoderamento nestes contextos, visto que poderiam trazer questões relevantes para a compreensão do referido processo. Para tal, realizamos entrevista com coordenação, grupos focais com profissionais e grupos focais com usuários, além da observação e da análise documental das ações. A combinação das técnicas possibilitou a discussão sobre o termo empoderamento.

Para o desenvolvimento desse trabalho, partimos de algumas premissas: um tema de pesquisa nunca está acabado, está sempre se articulando com novos ares que vão criando outra coisa que não aquela de um minuto atrás. Ainda, que este trabalho de antemão, já é precário, pois os fenômenos são vivos e esta é apenas uma parte de todo um processo, já que não é possível conhecer toda sua pluralidade, que o pesquisador é humano e que vai construindo sua própria caixa de ferramentas com os autores que vão esbarrando na vida, certamente há tantos outros que poderiam contribuir, mas, como dito, o pesquisador é humano e tem que fazer escolhas.

⁷ Segundo o MS, são considerados aspectos necessários: se apresenta informações sobre características da população, situação de saúde local, ações já desenvolvidas, elementos de gestão; promoção da saúde institucionalizada no plano municipal de saúde; público-alvo do projeto, etc.; se a descrição dos objetivos está clara, apresentando articulação com o(s) eixo(s) da PNPS proposto(s) no projeto; potencialidade de realização (exequibilidade); se a proposta de ação é coerência com os objetivos do projeto, descrição das estratégias, das ações, das atividades, das formas de execução, das parcerias e metas definidas; acompanhamento das ações, apresentação de indicadores, clareza na articulação com a Estratégia de Saúde da Família.

Quiçá, possamos exercer a função de intelectual que FOUCAULT (1993) propõe: longe de sermos conselheiros do que deve ou não ser feito, nossa função é fornecer instrumentos de análise, localizar pontos fortes e frágeis.

Sonho com o intelectual destruidor das evidências e das universalidades, que localiza e indica nas inércias e coações do presente, os pontos fracos, as brechas, as linhas de força; que sem cessar se desloca, não sabe exatamente onde estará ou o que pensará amanhã, por estar muito atento ao presente; que contribui, no lugar em que está, de passagem, a colocar a questão da revolução, se ela vale a pena e qual. Quero dizer que os únicos que podem responder são os que aceitam arriscar a vida para fazê-la (FOUCAULT, 1993 p. 242).

1.1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DA PESQUISA

Uma teoria é como uma caixa de ferramentas, nada tem a ver com significante... É preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesma. Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico, é que ela não vale nada ou que o momento ainda não chegou. (DELEUZE in FOUCAULT, 1993 p. 71).

1.1.1 Tempo de incertezas

Neste trabalho, tomamos de empréstimo algumas discussões dos estudos sociais da ciência e tecnologia (ESCT) feitas principalmente por Michael Callon, um estudioso da chamada *teoria ator-rede*⁸, segundo a qual só é possível compreender a ação humana e a constituição de coletivos levando em conta a materialidade, as tecnologias e os não humanos.

Para CALLON ET al. (2009) vivemos o que chamam de “tempo das incertezas”. Se no período da ‘sociedade do conhecimento’ o discurso positivista gerou a confiança de que as ciências responderiam às questões da humanidade, atualmente os cidadãos vivem um momento de incredulidade quanto às inovações científicas e seus processos de negociação e disputas políticas. Ou seja, sob o investimento tecnológico científico pairam dúvidas.

Exemplos dessa descrença nas ciências são vários: quais os efeitos do uso da energia nuclear ou do telefone celular, ou dos alimentos transgênicos na saúde das pessoas? Não temos respostas claras, pois exigem estudos em longo prazo. Diferente da ideia de risco, as incertezas estão relacionadas às questões ainda ignoradas e a tomada de decisões é nova, quando os ‘problemas’ são embrionários e pouco ou nada conhecidos.

⁸ Não é intenção de a pesquisa utilizar a extensa teoria de ator-rede, mas de se apropriar de alguns de seus conceitos como uma ferramenta teórica, como parte da ‘caixa de ferramentas’.

Com a intenção de problematizar a objetividade e a neutralidade disseminada pelo positivismo da ciência, os autores propõem uma abordagem simétrica entre ciência, tecnologia e a sociedade. Compreendem que os saberes científicos são tão importantes quanto outros saberes, que os saberes dos experts são tão importantes quanto os dos cidadãos.

Em consonância com o pensamento de FOUCAULT (1993 *p.* 71), o qual afirma que apenas recentemente os intelectuais descobriram que as massas não precisam deles para saber, elas também sabem o que pode ser bom para elas e o dizem muito bem, mas há um discurso de poder que invalida tais saberes, sem a preocupação em agregá-los.

Em um exercício de rompimento do limite entre ciência e sociedade, CALLON ET al. (2009) discutem como, numa sociedade imprevisível, são geradas diversas controvérsias que revelam incertezas. O que não quer dizer que se paralisam o discurso, mas fornecem a oportunidade de rever estratégias e abrir o debate. As incertezas enriquecem o significado de uma situação e mostram que soluções precisam ser buscadas coletivamente. Assim a questão é como integrar as diferentes dimensões do debate para chegar a uma solução ‘robusta’.

As incertezas não nos motivam a desistir das demandas por racionalidades, mas ao contrário, quanto maiores as zonas de ignorância, maiores são as necessidades de construções de conhecimento. Uma das contribuições de CALLON ET al.⁹ (2009) diz que em momentos de incertezas, novas decisões devem ser tomadas coletivamente. Com novos atores compondo o cenário de discussões, controvérsias são exploradas, sendo possível desconstruir discursos autoritários.

Somado a isso, nossa sociedade vive a forte preocupação de alcançar satisfação em curto prazo, onde não é mais possível falar de futuro, pois o que importa é o presente. No período industrial ainda eram possíveis previsões, mesmo que questionáveis. No capitalismo atual, vivemos a incredulidade de pensar no

⁹Este autor defende a utilização do que chamou de foros híbridos, espaços capazes de absorver os saberes dos experts e leigos na busca de soluções coletivas, são aparelhos para explorar e aprender sobre diferentes mundos possíveis.

futuro, pois tudo é incerto, qualquer tipo de pensamento de longo prazo é um risco (VEIGA-NETO, 2011).

A discussão sobre a construção da ciência como veículo de verdades vem sendo amplamente debatida na literatura. Interessa-nos aqui apontar que, atualmente, vivemos tempos de incertezas, ou seja, em um cenário onde “tudo é duvidoso” (FOUCAULT, 1994, p. 135), subjetividades são produzidas, eis uma preocupação.

1.1.2 A produção de subjetividades na contemporaneidade

Estamos imersos na contemporaneidade composta de muitos conceitos, tais *desafios conceituais contemporâneos*, como chamou ROSE (2011, p. 16) influenciam na constituição do sujeito. E por mais que haja esforços, tornou-se impossível a universalização e naturalização da pessoa como centro, autoconsciente e idêntica a si mesmo. Novas produções de subjetividades acontecem.

Dessa forma, ao longo deste estudo sobre empoderamento, nos deparamos com a produção de subjetividades. Mas de que subjetividades estamos falando? Questão que lembra um caleidoscópio: muitos estudiosos se ocuparam do mesmo tema com diferentes pontos de vista, possibilitando olhares sob diversos prismas. A intenção aqui é apresentar uma forma possível de enxergá-la, um jeito de olhar esse caleidoscópio.

A compreensão sobre a produção de subjetividades na contemporaneidade passa pela discussão a respeito do lugar o sujeito ocupa na produção de conhecimentos e ações. Se entendermos o sujeito como sujeito de potência, ações são construídas com esse enfoque, mas se compreendemos o sujeito como incapaz ou hipossuficiente, ações terão cunho normatizadores.

A noção da hipossuficiência do sujeito, introduzida por FERNANDEZ (2012), é baseada na proposta de Boaventura S. Santos de que hoje o discurso científico reforça o ‘apagamento do sujeito’ ocultando narrativas ou discursos

diversos ao modelo hegemônico, e na definição de Ayres de que o sujeito se constitui na relação com o mundo, no caminho contrário à fixação de identidades. O autor explica que, pela noção de hipossuficiência, a racionalidade dominante atribui ao sujeito uma identidade fixa, a que chamamos de padronizada, retirando sua capacidade de dizer de si.

Tratar-se-ia, nesse caso, de uma identificação atribuída como uma característica essencial e permanente do outro. Tal fixação, e fazendo uso de uma metáfora, não apenas mede um sujeito com a régua daquele que mede – ignorando a multiplicidade das régua, inclusive aquela do sujeito medido –, mas o faz de forma definitiva – desconsiderando qualquer possibilidade de extensão ou contração ao longo do tempo e da experiência desse mesmo sujeito. Ou seja, isso retira do sujeito sua capacidade de construção permanente da própria identidade. (FERNANDEZ 2012, p. 596).

Nesse caminho, FERNANDEZ (2012) discute como existem discursos na promoção da saúde, baseados no cientificismo, que prescrevem condutas e parecem prescindir os sujeitos, pois esses são compreendidos como incapazes de ação e tomada de decisão sobre sua saúde e condições de vida. Neste sentido, o sujeito não é pensado em sua potência e complexidade.

Para refletir sobre a produção de subjetividades em sua potência, precisamos cogitar sobre o que estamos considerando sobre sujeito. De início, vários autores vêm discutindo o que chamam de desmoronamento da subjetividade humana nos moldes conhecidos, ou seja, hoje se tornou irreversível pensar em um sujeito interior, em sujeitos ou subjetividades deslocadas da história, da linguagem, da cultura, das relações de poder, entre outros atravessamentos (SILVA, 2009; DOMÈNECH ET al., 2001). Com isso a questão que devemos refletir não é mais “quem é o sujeito?”, mas “do que estamos falando quando pensamos em sujeito?”.

Muitas das compreensões da constituição de sujeito¹⁰ basearam-se no conhecido “mito da interioridade” (BOUVERESSE, 1976 *apud* FERREIRA, 2006), que defende a existência de operações internas ao sujeito que fundamenta a experiência individual, levando a criação de conceitos que descreveriam esses estados internos e inacessíveis, dos quais somente o sujeito teria conhecimento e que conteria apenas uma relação causal com o exterior.

Essa ideia de interioridade vem desde Santo Agostinho quando situa em um espaço interior o que tem a ver com a alma e, após, temos Descartes quando propõe o “eu penso, logo existo” (DOMÈNECH ET al., 2001). Ou seja, a dicotomia interno-externo de inspiração cartesiana propõe a noção de mente como espaço interno em oposição ao mundo exterior. Essa dicotomia está apoiada na impressão de que, por trás do nosso comportamento, há uma distinção entre mundo físico e mundo dos fenômenos mentais, um contraste entre o mundo dos objetos e o mundo das ideias (FERREIRA, 2006).

Uma forma comum de trabalhar esse dualismo ‘interior-exterior’ ou ‘indivíduo-sociedade’ foi a criação da definição de ser humano como ‘ser social’. Há duas versões para pensa-lo: uma versão, entendida por DOMÈNECH ET al., (2001), como débil, porque propõe noções como internalização, educação ou socialização, que carregam a ideia de que há um interior que se constitui a partir do efeito que o espaço social exerce, ou seja, há um interior que é ‘in-formado’ pelo fora. E uma segunda versão que questiona a pré-existência de um interior, dissolvendo a dicotomia interior-exterior, defendida pelo construcionismo social, que compreende a subjetividade como parte do tecido relacional ou da trama social, rejeitando, assim, tanto a possibilidade de um ‘eu’ isolado e alheio ao contexto quanto uma identidade que se molda ou ‘in-forma’ a partir do mundo exterior. Essa versão enfatiza o papel da linguagem na constituição dos mundos mentais.

¹⁰Como lembra TEIXEIRA (2001) no século XVII o tema sujeito não estava em voga, essa noção surge na Idade Média. Descartes utilizava-se do termo cogito, pensamento, interioridade, que foi transformado em sujeito pelo idealismo alemão de Kant e Fichte.

Entretanto, DOMÈNECH ET al. (2001) apontam para os limites dessa proposta do construcionismo social, pois a linguagem é uma ‘espécie de fala negociada’ entre indivíduos localizados em uma situação concreta e exclusiva desses, ou seja, essa proposta não rompe com o logocentrismo presente, pois o ‘eu’ enquanto ‘narra-se’ está implicado em um evento linguístico unificado e totalizado. ROSE (2011) também entende como uma explicação insatisfatória pelo mesmo motivo, ou seja, está à mercê do dispositivo linguagem – discurso – significado.

A partir dessa crítica, DOMÈNECH ET al. (2001) entendem que não é uma questão conhecer o significado de uma palavra, de uma narração ou um relato, mas sim, entender o que ela denota, com o que se conecta, qual a multiplicidade de relações que estão envolvidas. Destarte, a linguagem deixa de ser a matéria prima para ser parte do complexo envolvido na constituição subjetiva.

Desta reflexão, o “eu” caracterizado como uma interioridade de crenças, condutas, discursos e valores, torna-se interrogável (ROSE, 2011). O que se propõe é entender a subjetividade *“em um complexo de aparatos, práticas, maquinações e composições dentro dos quais o ser humano foi fabricado, e que pressupõe e participam de relações particulares com nós mesmos”*. (ROSE, 2011, p. 23).

Discussão semelhante foi proposta por SPINK e RASERA (2013) quando problematizam a insistente separação entre construções teóricas universalizantes e os desafios singulares das práticas sociais do cotidiano. Diante das dicotomias sujeito e objeto, indivíduo e sociedade, humanos e natureza, tecnologias e modos de vida, entre outros, propõe a construção de uma leitura crítica que aposte no hibridismo entre essas diferentes categorias, focalizando em uma leitura polissêmica da vida no cotidiano.

Essa proposta mais híbrida de pensar as subjetividades compõe-se de autores como Foucault, Nietzsche e Deleuze, entre outros, que formam a versão pós-estruturalista. Aqui, o sujeito não é algo já consolidado, como uma entidade que existe antes do mundo social, sendo que ele se institui cotidianamente, havendo um deslocamento dos pressupostos modernos e iluministas de sujeito para uma reflexão

quanto à impossibilidade de existir uma essência humana, já que ele se constitui em cada relação que estabelece (VEIGA NETO 2003; 2007).

Assim, cabe então a questão proposta por FOUCAULT (*apud* VEIGA NETO, 2007) que não é importante descobrir “quem somos nós” o que sim interessa é como chegamos a ser o que somos hoje, para então contestar o que fomos. De que forma fomos fabricados como sujeitos? Fomos aprisionados por um modelo de individualização e por relações de poder, por isso é importante conhecer como fomos fabricados até chegarmos ao que somos hoje.

Diante do exposto, é mister apresentarmos, brevemente, a constituição do sujeito e das relações de poder, com enfoque na construção foucaultiana. Entretanto, cabe lembrar que nossa opção enfrenta dois mitos que circulam no meio acadêmico, como descreveu PASSOS (2008): um de que Foucault negaria o sujeito, e o outro de que teria produzido uma visão pessimista ou negativa do poder, entendendo como algo que domina tudo.

FOUCAULT (2004) defende-se afirmando que não é que o sujeito não existe, como muito foi acusado, mas o que recusa é que se faça uma prévia teoria do sujeito. O sujeito se constitui através de práticas e jogos de verdade, não é possível assim pensá-lo a priori. Assim, o autor desconstrói a ideia de sujeito ideal e discute como as formas de exercício do poder configuram modos de subjetivação. Em sua definição o sujeito:

É uma forma, e essa forma nem sempre é, sobretudo, idêntica a si mesma. Você não tem consigo próprio o mesmo tipo de relações quando você se constitui como sujeito político que vai votar ou toma a palavra em uma assembleia, ou quando você busca realizar o seu desejo em uma relação sexual. Há, indubitavelmente, relações e interferências entre essas diferentes formas do sujeito; porém, não estamos na presença do mesmo tipo de sujeito. Em cada caso, se exercem, se estabelecem consigo mesmo formas de relação diferentes. (FOUCAULT, 2004, p. 276).

De acordo com VEIGA NETO (2007), para Foucault, nos constituímos como sujeitos pela composição de três aspectos ou eixos: pelo saber (ser-saber) ou como sujeito de conhecimento; pela ação de uns sobre os outros (ser-poder) como sujeito de ação sobre os outros; e pela ação de cada um consigo próprio (ser-consigo) ou sujeito de ação sobre nós mesmos.

Neste momento, são relevantes alguns esclarecimentos sobre a construção do pensamento foucaultiano. Assim, esses três eixos ou fases são descritos no que os teóricos chamam de “os três Foucault”, onde o sujeito moderno é um produto de saberes, é resultado de uma rede de poderes e da relação de si consigo mesmo. A primeira fase compreende o estudo da arqueologia do saber, a segunda a genealogia do saber e a terceira, e menos explorada¹¹, a ética (VEIGA NETO, 2007).

O primeiro domínio ou fase de Foucault, utilizando-se da arqueologia ser saber, buscou descrever o que chamou de “instituições de sequestro”, ou seja, as instituições constituídas para disciplinarização dos indivíduos, como as prisões, os hospitais e as escolas.

A segunda fase ou domínio de Foucault, mais conhecida e utilizada no campo da saúde pública, trata-se do período em que o autor buscou entender os processos de poder envolvidos na constituição do sujeito. Para tanto, utilizou-se do método genealógico. Uma forma de gênese histórica preocupada não com o momento que deu origem a uma questão, mas estudar as relações de poder envolvidas. Como coloca VEIGA NETO (op. cit.), uma descrição histórica que desnaturalize enunciados entendidos como descobertos, mas que de fato são invenções.

É deste período, quando Foucault faz uma genealogia do nascimento da medicina social, onde a compreende na forma coletiva, como uma estratégia BIOPOLÍTICA do capitalismo. Explicando: como o corpo é força de trabalho e

¹¹ Essa discussão Foucault fez em História da sexualidade II e III, os dois últimos livros do autor. Essa última fase é tida por incompleta porque a proposta era de trabalhá-la em seis volumes, mas com sua morte, parou no quarto volume que por ter ficado incompleto não foi publicado. Assim, as discussões deste terceiro domínio podem ser compensadas por produções de outros autores que levaram adiante essa discussão.

produção, o controle da sociedade e dos indivíduos dá-se pelos corpos, assim é sobre o corpo que a sociedade capitalista investe, “o corpo é uma realidade BIOPOLÍTICA” (FOUCAULT, 1979, p. 80).

Por muito tempo foi privilégio do soberano o direito de vida e morte. O pai romano tinha o direito de dispor da vida de seus filhos, pois se foi ele quem deu a vida tinha o direito de tirá-la. Ampliado esse poder ao rei, que podia mandar matar, o direito à vida não é um privilégio, pois o poder soberano tem o “o direito de causar a morte ou de deixar viver”. Com as transformações dos mecanismos de poder ao longo da história, o direito do soberano de causar a morte ou deixar viver é substituído pelo poder político de causar a vida e devolver a morte, ou seja, com o direito de gerir a vida, o poder político permite ou não o direito de morrer.

Como o propósito de gerir vida a todo custo, primeiro adestrou-se o corpo com o poder disciplinar, depois se se criaram intervenções reguladoras desses corpos, como os níveis de saúde, controle de natalidade, de longevidade, de saúde pública, ao que Foucault chamou de BIOPOLÍTICA. O poder já não é mais de poder matar, mas investir sobre a vida no sentido da disciplina dos corpos e regulação da população, sendo assim possível o nascimento do poder sobre a vida ou a BIOPOLÍTICA. Com o nascimento da BIOPOLÍTICA, não é mais o jogo de direito de vida e de morte do soberano em “fazer morrer e deixar viver”, mas pelo jogo de administração dos corpos em “fazer viver e deixar morrer” (FOUCAULT 1999; 2009).

A velha potência da morte em que se simbolizava o poder soberano é agora, cuidadosamente, recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida (FOUCAULT, 2009 p. 132).

Se entre os séculos XVII e XVIII os mecanismos de poder centram em tecnologias disciplinares, a partir do século XVII configura-se o poder sobre os corpos, que não exclui a anterior, mas focaliza em mecanismos regulatórios de disciplina da vida. Com a era do “biopoder”, proliferam tecnologias políticas que irão investir sobre os corpos, sobre a saúde, formas de alimentação, de moradia,

condições de vida, para que todos vivam sob controle. Criam-se normas reguladoras que separam os súditos obedientes dos inimigos do novo rei (FOUCAULT, 2009).

A terceira e última fase de Foucault é chamada da fase da ética, onde ele mostra que o sujeito¹² é passível de transformação, que se constrói e se forma por meio de muitas ações, práticas, técnicas, etc. Até então Foucault estudou o sujeito e os jogos de verdade a partir das práticas coercitivas, como no caso da psiquiatria. Nessa fase, buscou compreendê-lo a partir do trabalho de si greco-romana, como um deslocamento do estudo das práticas coercitivas para as práticas de auto formação do sujeito. Diferente do que é entendido hoje como uma forma egoísta ou individualista, o cuidado de si proveniente dos gregos e romanos propõe que para conduzir-se bem e praticar adequadamente a liberdade era necessário ocupar-se de si, cuidar de si (FOUCAULT, 2004).

Cabe a ressalva de que o trabalho de si sobre si mesmo não pode ser compreendido como um processo de liberação, pois correríamos o risco de remeter a ideia de que existe uma essência humana mascarada ou aprisionada, que só deveríamos “romper esses ferrolhos repressivos para que o homem se reconcilie consigo mesmo” (FOUCAULT 2004, *p.* 266).

Como as relações de poder estão em todas as relações humanas, seja na família, nas relações pedagógicas ou no campo político, a dominação acontece quando essas relações de poder deixam de ser móveis e não permitem modificações pelos envolvidos. Ou seja, quando relações de poder ficam cristalizadas, não há práticas de liberdade ou essas são restritas. E se não houver o mínimo de liberdade, não haverá ética. E a ética leva ao cuidado de si. Para isso, o autor instiga-nos a uma função que nos cabe: questionar todas as formas de dominação para uma nova ética com o mínimo possível dela (dominação) para que os sujeitos possam constituir-se livremente pelo próprio domínio (FOUCAULT, 2004).

¹²Para a existência de uma ética como estética de existência, o autor trabalha dois conceitos: o do cuidado de si e da *parresia*. O primeiro consiste em uma posição mais ativa em relação ao poder, onde o tema resistência assume maior ênfase, pois o cuidado de si não pode ser entendido sem pensar nas relações de poder e resistência política, ou seja, não se dá no isolamento, mas nas relações com os outros. A *parresia* como o dizer verdadeiro, implica na coragem em dizer a verdade como uma expressão de si mesmo.

Assim, as três fases descritas permitem compreender os três modos que transformaram os seres humanos em sujeitos: um campo dos saberes, práticas de poder e o trabalho sobre si mesmo. Ou seja, não há um sujeito puro e a priori, mas sistemas de poder e verdade que produzem indivíduos normais, dóceis e úteis. Por isso, a elaboração da subjetividade se dá a partir da liberação dos sujeitos “*das obrigações e das estruturas falsamente necessárias e essenciais que pesam sobre sua constituição*” (PORTOCARRERO, 2006 p. 283).

Depois das contribuições de Foucault para compreensão do sujeito a partir desses três pontos, coube à Deleuze a ampliação de suas discussões inacabadas¹³ sobre subjetividades. É a partir do conceito de agenciamento que aproximamos os dois, em que, diferente da noção de que existe um sujeito a priori, é a partir do agenciamento de uma multiplicidade de ‘afectos’ que há produção de subjetividades, como uma alternativa à discussão levantada: mas se não há o sujeito individual, se não há a interioridade, como fica o sujeito?

Como dito por Foucault, não significa a inexistência do sujeito ou que não há subjetivação, mas se torna imprescindível desvencilharmo-nos da noção que há um interior inatingível, um “eu” preso em estruturas pré-concebidas.

Diante da problemática colocada pelo mito da interioridade, o conceito de singularidade ajuda-nos a pensar as subjetividades contemporâneas. Se a ideia de indivíduo interior traz uma condição de fechamento em alguns predicados no qual define uma identidade, implica que outros predicados sejam excluídos. Se for tímido, não pode ser expansivo, se for explosivo não pode ser calmo. Pelo conceito de singularidade propõe-se que não há esse fechamento e que o sujeito vai se constituindo a partir das relações com suas fronteiras, com a multiplicidade “se abre ao infinito dos predicados pelos quais ela passa, ao mesmo tempo em que perde seu centro, isto é, sua identidade como conceito e como eu” (DELEUZE e GUATTARI in ZOURABICHVILI, 2004 p. 54).

¹³ Como dito anteriormente, a terceira fase de Foucault é considerada inacabada porque, com sua morte, foram escritos apenas três dos seis volumes propostos pelo autor.

No pensamento proposto por DELEUZE e GUATTARI, (1997, p. 41), não há a busca por um sujeito universal pensante, mas invoca o singular, que não se funde em uma totalidade concreta, mas que se desenrola sem preocupação de ter um horizonte a chegar. O agenciamento é todo o conjunto de singularidades, que recusa uma individuação ou personalização, mas, ao contrário está sempre em imanência. Da abertura para outras conexões, composições e produções se dão os agenciamentos.

A produção de subjetividades, segundo GUATTARI e ROLNIK (1996), acontece sob diferentes influências, resultado de vários fatores: sua história, suas redes sociais, suas crenças, valores, desejos, medos, sentimentos, racionalidades, seus encontros com o mundo. Assim, para compreensão do sujeito, há de se considerar sua complexidade, que transcende os limites do psicológico e não se reduz ao nível individual, pois a subjetividade é uma produção social, sempre inacabada que se dá por uma heterogeneidade de componentes.

Imbuído do espírito foucaultiano e deleuzeano, ROSE (2001) argumenta que os sujeitos devem ser compreendidos como ‘agenciamentos’ que vivem em metamorfose ou mudam de propriedade a cada conexão, o sujeito é formado por conexões mutantes com as quais se associa. Nessa concepção, são chamados de rizomas essa multiplicidade de linhas que constituem o sujeito nas diversas relações que estabelece.

Também tomando de empréstimo a construção de Deleuze, CALLON (2008) utiliza o termo agenciamento para descrever diferentes formas de agências. Por esse referencial há uma inversão de questões, ou seja, não interessa saber o que os humanos irão construir via conhecimentos e agenciamentos, mas importa saber quais são os agenciamentos construídos e suas consequências.

Segundo CALLON e CALISKAN (2005), o termo na origem francesa é próximo ao termo “arranjo”, e transmite a ideia de combinação de elementos heterogêneos ajustados uns aos outros, com capacidades de agir de formas diferentes. Na teoria ator rede, proposta por esses autores, as agências não são compostas apenas

de corpos humanos, mas também de ferramentas, equipamentos, aparelhos que prolongam seu corpo, ou seja, denotam arranjos que tem a capacidade de agir e ter sentido. O exemplo de CALLON e CALISKAN (2005) é o de um corretor da bolsa e sua calculadora, sem ela ele não tem capacidade de conhecimento. Faz-se necessário descrever a história desses agenciamentos, isso porque a exploração, descrição e análise dessas diferentes formas de agência (e agenciamentos), constituem um projeto de investigação imenso a ser realizado.

Para tais autores, diferentes agências podem misturar-se e fundir-se com outros humanos e não humanos. Os humanos, enquanto agenciamento individual, estão inseridos em instituições, convenções, relações pessoais, grupos que compartilham valores, todos os aspectos assumem consequências importantes sobre nossa compreensão de subjetivações. Aqui o sujeito se transforma permanentemente, está sempre incluído em uma dinâmica de agenciamentos. Para entender as subjetividades é preciso que sejam colocadas em contexto de movimentos mais amplos que atravessam suas constituições. Ao invés de pensar o sujeito pré-definido, a proposta de pensá-lo a partir de agenciamentos possibilita vê-lo em dinamicidade.

Os agenciamentos também se constituem com máquinas. Com as novas tecnologias genéticas, transplante de órgãos, corações artificiais, marca-passos, sensações artificiais produzidas por fármacos, entre outras tantas novas criações, o sujeito reinventa-se, a máquina também se torna parte do sujeito (ROSE, 2011). São novas tecnologias que colocam em questão nossa subjetividade, como propõe SILVA (2011) que *“onde termina o humano e onde começa a máquina?”* ou *“onde termina a máquina e onde começa o humano?”*

Assim, nada mais é puro na atualidade, tudo é uma mistura desse homem, mundo e máquina. Por um lado, o humano é mecanizado, por outro a máquina é humanizada. Dessa junção nasce a criatura pós-moderna, denominada “ciborgue”.

Do lado do organismo: seres humanos que se tornam, em variados graus, “artificiais”. Do lado da máquina: seres artificiais que não apenas simulam características dos humanos,

mas que se apresentam melhorados relativamente a esses últimos. (SILVA, 2011, p. 11).

Essa imagem de ciborgue proposta por HARAWAY (2011), ajuda-nos a repensar as produções de sujeitos hoje, já que coloca em xeque a centralidade humana ligada ao modelo de sujeito do pensamento, da reflexão, da racionalidade, como propôs o modelo cartesiano. O ciborgue propõe-nos refletir em termos de fluxos e intensidades, de correntes e circuitos, de relações, sendo que justamente o agenciamento destes que produz subjetividades.

Vencer os Jogos Olímpicos na era do ciborgue não tem a ver simplesmente com correr mais rápido. Tem a ver com a interação entre medicina, dieta, práticas de treinamento, vestimentas e fabricação de equipamentos, visualização e controle de tempo. (HARAWAY, 2011, p. 23).

Nessa perspectiva, o sujeito constitui-se com um grau de potência singular com possibilidades de afetar e ser afetado. Tais afetações dão-se no campo da experimentação, em ato que vão gerar relações de trocas, compondo um laço social. No entanto, hoje somos vítimas ou cúmplices do que o autor denominou de “sequestro do comum”, ou seja, compartilhamos diversos consensos, ou clichês, colocados para defender uma forma de vida dita “comum”, sobrando pouco ou nenhum espaço para a inventividade. Por tudo isso, soa cada dia mais artificial pensar subjetividades sem considera-la em constante ‘continuação’ com a necessidade de se reinventar a cada momento (PELBART, 2008).

Deleuze recria o conceito de dobra como forma explicativa dos processos de subjetivação. Desconstruindo a oposição interior/exterior, a dobra supõe um movimento de fusão e intercâmbio, sem uma identidade fechada, pura e separada. (ROSE, 2011; DOMENECH ET al., 2001).

Ao entender que os sujeitos constituem-se nas relações que estabelecem, deslocamos a ideia de sujeito da falta para o reconhecimento de que o sujeito compõe-se entre agenciamentos, discursos e relações complexas. Estas analogias são atravessadas por “discursos de verdade”, por “instituições de sequestro” e “relações

de poder”, seja pela mídia, política, economia ou pelo outro. Cabe-nos discutir como criar cenários com o mínimo de dominação e com possibilidade de liberdade para que essas subjetividades possam resistir e inventar-se.

Portanto, para que se exerça uma relação de poder, é preciso que haja sempre, dos dois lados, pelo menos certa forma de liberdade. Mesmo quando a relação de poder é completamente desequilibrada, quando verdadeiramente se pode dizer que um tem todo poder sobre o outro, um poder só pode se exercer sobre o outro à medida que ainda reste a esse último a possibilidade de se matar, de pular pela janela ou de matar o outro. Isso significa que, nas relações de poder, há necessariamente possibilidade de resistência, pois se não houvesse possibilidade de resistência – de resistência violenta, de fuga, de subterfúgios, de estratégias que invertam a situação –, não haveria de forma alguma relações de poder. (FOUCAULT, 2004, p. 277).

1.1.3 A questão fulcral do poder

A discussão sobre produção de subjetividade relacionada ao termo empoderamento remete ao que entendemos como sua questão fulcral: o poder. Os referenciais teóricos atuais sobre o termo pouco esclarecem a compreensão de poder que defendem. Há muitos caminhos para esta reflexão, uma vez que o campo das ciências sociais é vastíssimo em teorias de poder. Mas, mantendo nossa escolha teórica, partilharemos das contribuições foucaultianas para a compreensão deste amplo conceito.

Como reforça o próprio autor, ele só estudou diferentes mecanismos de poder para entender sua preocupação maior: quem era o sujeito que se formava a partir de relações de poder.

Eu gostaria de dizer, antes de mais nada, qual foi o objetivo do meu trabalho nos últimos vinte anos. Não foi analisar o fenômeno do poder nem elaborar os fundamentos de tal análise. Meu objetivo, ao contrário, foi criar uma história dos diferentes

modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos tornaram-se sujeitos (FOUCAULT, 1995, p. 231).

Como dito anteriormente, há um mito em acreditar que o poder é negativo e que domina tudo, criando a dificuldade em reconhecer o que PASSOS (2008) chama de lado produtivo e positivo do poder, como um jogo de forças essencial à vida. Contudo, para além do discurso de poder em termos jurídicos, dominantes e massacrantes.

Quando se fala de poder, as pessoas pensam imediatamente em uma estrutura política, em um governo, em uma classe social dominante, no senhor diante do escravo etc. Não é absolutamente o que penso quando falo das relações de poder. Quero dizer que, nas relações humanas, quaisquer que sejam elas – quer se tratem de comunicar verbalmente, como o fazemos agora, ou se trate de relações amorosas, institucionais ou econômicas –, o poder está sempre presente: quero dizer, na relação em que cada um procura dirigir a conduta do outro. São, portanto, relações que se podem encontrar em diferentes níveis, sob diferentes formas; essas relações de poder são móveis, ou seja, podem se modificar, não são dadas de uma vez por todas (FOUCAULT, 2004, p. 277).

Assim, para FOUCAULT (1993), além de dizer que é falso definir o poder como algo exclusivamente negativo, que impõe limite e que castiga, é preciso compreender também seu lado positivo, produtivo e transformador, ou seja, o poder tem uma eficácia produtiva, uma positividade:

Se o poder fosse somente repressivo, se não fizesse outra coisa a não ser dizer não, você acredita que seria obedecido? O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma forma de dizer não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais que uma instância negativa que tem por função reprimir (FOUCAULT, 1993, p. 8).

Neste sentido, para FOUCAULT (op. cit.), o poder não é um objeto ou uma coisa, mas uma instância que se coloca em jogo de relações entre pessoas, um poder relacional e não apenas na forma hierarquizada de pensamento. Não é “via de mão única”, não está num espaço pré-determinado, mas funciona em rede de modo que se alastra por toda a sociedade. De outra forma, o poder não existe por si só nem é algo que se detém como objeto tangível, palpável, o que existe são práticas ou relações de poder, algo que se exerce e se efetua.

O poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Nunca está localizado aqui ou ali, nunca está nas mãos de alguns, nunca é apropriado como uma riqueza ou um bem. O poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam mas estão sempre em posição de exercer esse poder e de sofrer sua ação (FOUCAULT, 1995, p.183).

Como coloca PASSOS (2008) o poder em Foucault precisa ser entendido como estratégia e também efeito de uma ação sobre a ação de outros, que está sempre presente em todas as relações entre sujeitos. O poder é um exercício ou jogo de forças instável e permanente e não como um atributo que possui, como uma coisa da qual podemos nos apoderar, tomar posse, é apenas a forma variável e instável do jogo de forças que se definem nas relações sociais. Por isso, só é possível apreender o tipo de poder em jogo em um determinado campo de práticas e discursos, ou seja, são as práticas que dizem o tipo de poder que as mantêm ou as desestabiliza.

Depois de apresentar uma concepção de sujeito aprisionado em discursos de verdade, é o próprio Foucault que é propositivo em uma saída. A possibilidade de pensar o sujeito de forma mais positiva se dá quando aponta para uma alternativa às estratégias do poder disciplinar e do biopoder: a possibilidade de resistência à normalização (GROS, 2006, p. 127).

No centro de toda “relação de poder”, como condição de existência, há embate, há “insubmissão” e vontade de liberdade persistente, há resistência. Neste sentido, é por isso que Foucault afirma que “não há relação de poder sem resistência, sem escapatória ou fuga”. Segundo ele “onde existe poder, existe resistência”. A

resistência não é uma substância nem é anterior ao poder, mas são coexistentes. Não é o contrário do poder. Nesse sentido, só é possível resistir, se a resistência seja como o poder, tão inventiva, tão móvel, tão produtiva quanto ele (FOUCAULT, 1993, p. 241).

Como bem coloca VEYNE (2011)

Milhões de pequenos poderes formam a trama da sociedade, cujo laço é formado pelos indivíduos. Daí resulta que há liberdade em toda parte, uma vez que há poder em toda parte: constata-se que alguns se insurgem enquanto outros se deixam levar (VEYNE, 2011, p. 168).

Não significa que todos os sujeitos estão igualmente posicionados para exercer o poder, mas que todos o exercem e o governam e, são ao mesmo tempo governados por discursos dominantes compartilhados, uma vez que estes produzem necessidades, desejos e forma de que as pessoas declarem que são seus. Mas é exatamente porque o poder é sempre exercido entre sujeitos, a resistência sempre é possível, sempre há a possibilidade de o sujeito reagir e alterar as relações, refutando a lógica prescritiva e determinista que os discursos de verdade tomam como positivas e vantajosas. (CARVALHO e GASTALDO, 2008).

Isso quer dizer que a questão da atualidade não consiste em querer liberar o sujeito do Estado nem de suas tantas instituições, mas sim nos libertarmos do tipo de individualização que nos foi imposta há séculos, promovendo novas formas de subjetividade (FOUCAULT, 1993). Ao que ROSE (2011) aponta como a possibilidade de desinventar a nós mesmos, questionar as formas de ser que têm sido inventadas para nós e começar a inventar a nós mesmos de forma diferente.

As relações de poder na esfera positiva, são propositivas de formas de resistência e de potência de vida. Poderemos, então, interpretar que uma estratégia que se proponha ser uma relação empoderadora, não pode trabalhar para ter sujeitos disciplinados, mas para produzir aliados. Segundo FUGANTI (2009), a produção de alianças pressupõe que os dois lados se fortalecem na busca de uma vida intensa. É nesse meio que se produz e se potencializam um espaço comum onde se afirma o

singular. Como um círculo virtuoso de potência, quanto mais investimos na produção de vida, mais potência vamos constituindo.

Se você investe na produção de aliança ou de fortalecimento da vida, a vida responde com criação de mais realidade. Investir na vida é investir em maneiras ativas de existir. Simplesmente em modos, maneiras que dinamizam, liberam, ganham velocidade. (FUGANTI, 2009, p. 679).

Assim, se as relações de poder estão em todos os espaços, como algo que circula, essas colocam a possibilidade da inversão do lugar de impotência para o sujeito ser produtor de si mesmo. Assim, em processos de empoderamento, é preciso compreender como se constituem as relações de poder, quais discursos estão constituídos, quais as resistências e como todas reverberam na produção de subjetividades.

1.2 O OBJETO DA PESQUISA

GASTALDO (2004) coloca que “*é academicamente saudável questionar o que é dado por certo, decidido e revisar posturas [...] de que os modos de pensar devem estar em constante transformação*” (op. cit. p.01). Nossa função enquanto acadêmicos é de questionar o que está instituído, é duvidar do que está claro, é desconstruir o que está consolidado, e este será um pouco do nosso trabalho neste capítulo.

Concordamos com FERREIRA e CASTIEL (2009) quando colocam que a discussão sobre empoderamento não significa “*jogar fora o bebê com a água do banho*” (op. cit. p.74), mas explorar tanto as potencialidades quanto os limites desse termo de forma a contribuir na construção de práticas mais democráticas e emancipatórias, adotando uma postura vigilante para as múltiplas formas que o empoderamento pode assumir.

Nosso propósito não é de promover um discurso que retroceda as conquistas alcançadas, nem minimizar sua importância, mas trazer para a cena algumas questões presentes nesse discurso.

1.2.1 Origens do termo¹⁴

O termo empoderamento nem sempre existiu, sendo que foi uma necessidade construída no interior de uma cultura. Cabe-nos, então, fazer uma discussão a respeito de como foi criado, em que contexto se fez essa necessidade e como foi apropriado pela Saúde.

¹⁴ Aqui, nossa intenção foi trazer um panorama da construção do termo, mas apontamos a necessidade de estudos que se dediquem exclusivamente ao estudo histórico de sua construção.

Conhecer de fato a origem do termo empoderamento merece um estudo genealógico, pois não há clareza quanto ao seu surgimento. Essa construção está circunscrita em um contexto histórico e, assim como outros termos, é um vocábulo construído no tempo. Quem o estuda no campo dos Direitos Humanos, remete a filiação ao movimento feminista ou ao movimento negro, entre os anos 1960 e 1970 nos Estados Unidos da América - EUA - (IORIO, 2002). Os que circulam pelo campo da Psicologia dizem que a autoria é deles, que nasceu nos anos 1970 também nos EUA (MUSITU OCHOA *ET al.*, 2004). Já o grupo que caminha no campo da Educação, defende que quem adaptou o termo ao seu caráter transformador é o brasileiro Paulo Freire, entre os anos 1970 e 1980 (VALOURA, 2006).

A década de 1960 foi marcada por grandes transformações e movimentos: os protestos estudantis na França; as lutas pelos direitos civis nos Estados Unidos; os protestos contra a guerra do Vietnã; os da contracultura; do feminismo; da luta contra ditaduras na América Latina, entre outros. Como aponta SILVA (2010), por coincidência neste período, cresceram as críticas aos modelos tradicionais de educação e, também, de outras disciplinas. Destarte, a partir deste cenário de contestações que emergiu o termo empoderamento.

O que é comum na literatura é que nasceu dentro do discurso americano por volta dos anos 1970 e que as diferentes concepções compreendem que é um termo polissêmico, com múltiplos usos e várias interpretações, o que segundo ROMANO (2002) é uma das explicações para seu uso indiscriminado, apropriado como forma de legitimação de práticas diversas.

No campo dos Direitos Humanos, as discussões de empoderamento, proveniente do movimento feminista foram originadas das ciências sociais, mais especificamente das ciências políticas. Esta concepção entende que um grupo é capaz de controlar de alguma forma as ações de outros, assim, as mulheres devem ser empoderadas para que conquistem espaço nas diferentes estruturas sociais, ocupando posições de poder. Dessa discussão, nos anos 1970 e 1980, grupos de mulheres desenvolveram trabalhos de conceituação e elaboração de estratégias de empoderamento para que elas pudessem assumir posições de poder, romper

diferenças de gênero e exercer sua participação e cidadania na sociedade (IORIO, 2002).

A partir de 1990, o termo foi expandido para outras áreas dos Direitos Humanos, assumindo um lugar de importância na condução de estratégias de combate à pobreza e à exclusão social. A intenção passou a ser empoderar os pobres para que fossem capazes de enfrentar as causas dessas situações que vivem. A partir do empoderamento, os indivíduos assumem a centralidade dos processos de desenvolvimento, sendo que as instituições econômicas ficam a serviço dessas pessoas.

O reconhecimento da necessidade de se empoderar as pessoas e grupos que vivem na pobreza passa a ser percebida, com maior ou menor ênfase, como uma condição para o sucesso de políticas, programas, ou mesmo projetos (IORIO, 2002, p. 22).

No campo da Psicologia, o primeiro uso do termo empoderamento foi creditado ao psicólogo americano Julián Rappaport nos anos 1970 (MUSITU OCHOA *ET al.*, 2004).

Nos anos 1950, foi realizado nos EUA, um censo sobre a saúde mental do país, e como resposta, o governo de então lança o Plano Nacional de Saúde Mental (AMARANTE, 1995). Por isso, os anos 1960 e 1970 foram marcados por um forte movimento de reformas, pois os pesquisadores envolvidos constataram que as instituições psiquiátricas eram mais causadoras do que resolutivas dos problemas mentais e *“que as pessoas que tinham mais necessidade eram as que menos ajuda recebiam”* (RAPPAPORT 1990, p. 143).

Simultaneamente, ocorria uma reforma econômica no país. Esses dois movimentos se juntaram e criaram um forte processo de desinstitucionalização que *“poderia reduzir a estigmatização, bem como os efeitos secundários do tratamento e possibilitar ao mesmo tempo poupar fundos”* (RAPPAPORT 1990, p. 143). Entretanto, essa desinstitucionalização esvaziou os hospitais psiquiátricos, mas não criou alternativas suficientes de prestação de cuidados para seus novos ex-internos a nível nacional. Para evitar a nova clausura no hospital psiquiátrico, surgiram

propostas locais como alternativas de apoio, mas não suficientes para a nova demanda.

É nesse cenário que Rappaport defende como alternativa a criação de grupos e organizações de auto e interajuda. Baseiam-se na ideia de que indivíduos com problemas similares se ajudam uns aos outros. Assim em 1977 introduz o termo empoderamento que então é considerado “*o mecanismo pelo qual as pessoas, a organização e a comunidade ganham domínio sobre as suas vidas*” (MUSITU OCHOA ET al., 2004, p. 3).

Desta forma, o termo americano nasceu em um cenário de assistência, de luta por inclusão, de superação, de desinstitucionalização, com forte teor, até religioso, de compadecimento com pessoas sem poder que precisam ser incluídas, pois era preciso “*compadecer-se com os que estão no fundo da hierarquia social*” (RAPPAPORT 1990, p. 145), em sintonia com um sistema econômico, político e social excludente.

Desde sua concepção, é possível perceber a preocupação centrada no sujeito, por isso carrega um teor individualista. Por mais que refiram ao empoderamento social, sua forte pretensão é fortalecer indivíduos para adequar-se ao modelo hegemônico.

Quanto ao compadecimento proposto por Rappaport, há o risco de cairmos em um falso discurso de benevolência, como FUGANTI (2009, p. 670) lembra-nos: práticas piedosas podem ser consideradas um dos piores venenos da atualidade, pois se tratam de uma velha forma de disfarçar o ódio e a vontade de poder sob fórmula de amor e ironiza: “*continuaremos ‘piedosos’ pós-modernos neste século XXI, que se desenha como século da inclusão, do pertencimento, do empoderamento, da pró-atividade?*”.

Quando essas discussões, tanto dos direitos humanos quanto da psicologia, chegaram ao Brasil, no final dos anos 1970, encontraram-se com a força dos Movimentos Sociais, da Educação Popular, da Teologia da Libertação e da Reforma Sanitária. Um período marcado pelo interesse comum, principalmente dos

moradores das periferias das grandes cidades e regiões metropolitanas, por melhorias sociais.

Nesse período, fortaleceu-se a proposta de Paulo Freire ao defender a Pedagogia libertadora, com a preocupação em libertar os sujeitos a partir da conscientização, da vida de opressão e, neste intuito, a educação é compreendida como prática libertária. A libertação é entendida como um parto onde nasce um novo homem quando se conscientiza da opressão (FREIRE, 2003).

Logo nos anos 1980, SHOR e FREIRE (1986) discutiram a compreensão americana de empoderamento e as possibilidades de reproduzi-la na América Latina. Para Freire, tendo a educação como foco, o empoderamento gera a sensação de liberdade e desenvolvimento crítico, mas sem mudança social, não será o empoderamento como ele o compreende.

Uma prática pode até ativar a potencialidade do sujeito e gerar certa independência e liberdade, mas pode não ser suficiente para torna-lo apto a realizar transformações políticas necessárias. Uma ação de empoderamento que não compreenda a liberdade como um ato social não funciona. Se não consegue usar a liberdade para a transformação social, então está só exercitando uma atitude individualista (SHOR e FREIRE, 1986).

Os autores deixam clara essa distinção afirmando que, pelo fato de a sociedade norte americana ter raízes no individualismo, em que sua cultura e seu dinamismo econômico sempre deram ênfase ao aumento de poder individual, à autoajuda, não há a preocupação com transformação social como na América Latina. Por isso, o termo empoderamento, em contexto americano, tem sido usado como fomento ao individualismo (SHOR e FREIRE, 1986).

Além disso, sob toda a influência do discurso marxista, compreendem que empoderamento na América Latina é diferente da cultura norte americana porque a discussão sobre classes sociais é outra.

Compreendo o empowerment como o empowerment de classe social. Não individual, nem comunitário, nem meramente social, mas um conceito de empowerment ligado à classe social [...]. A questão do empowerment da classe social envolve a questão de como a classe trabalhadora, através de suas próprias experiências, sua própria construção de cultura, se empenha na obtenção do poder político. Isto faz do empowerment muito mais do que um invento individual ou psicológico. Indica um processo político das classes dominadas que busca a própria liberdade da dominação, um longo processo histórico de que a educação é uma frente de luta (SHOR e FREIRE 1986, p. 72).

Depois dos anos 1980, vivemos o que OAKLEY e CLAYTON (2003) chamaram de “era do empoderamento”. Nesse período, tivemos a forte influência histórica da “cultura do empreendedorismo”, presente até hoje, com a imagem de ‘eu empreendedor’, que aspira por sua autonomia, luta por realização pessoal, que entende sua realidade e destino como responsabilidade individual e que precisa encontrar significados para sua vida através de suas escolhas (ROSE, 2011).

A partir de então, organizações e pessoas são problematizadas pela sua falta de empreendedorismo, caso não alcancem a imagem proposta, evidenciam seu fracasso e fraqueza. Por isso, são estimulados a comportar-se com rigor e ousadia, a se esforçar para alcançar seus objetivos. O sujeito empreendedor é aquele que torna sua vida um empreendimento, maximizando seu potencial, projetando seu futuro e se moldando para ser aquilo que deseja, como uma forma de autogoverno, ou seja, o governo de si próprio.

Essa cultura empreendedora gera o que ROSE (2011) chamou de ‘ilusão capitalista’, na crença de que indivíduos são soberanos e livres, uma vez que seu desejo de liberdade não é mais compreendido como o contrário do poder político, mas, este é um de seus objetivos. Deste modo, governar os sujeitos não é mais governar apesar da liberdade, mas governar por meio da liberdade. Uma liberdade regulada.

1.2.2 Influências do termo

Depois desse breve panorama, compreendemos a possibilidade de existência de três influências teóricas para o termo empoderamento: psicológica, pedagógica e pós estruturalista. Em cada uma, há uma concepção de sujeito, forma de atuação, estratégia de trabalho, críticas e consequências. Nossa intenção foi de criar discussões que nos permitam abrir, ou seja, ampliar o leque de reflexões. Fazer uma leitura crítica dessas influências não significa invalidar construções existentes, mas antes, problematizá-las e complementá-las. Denominamos essas influências como: psicológica, pedagógica e pós-estruturalista.

É importante salientar que as três versões não ocorrem de forma estanque, na verdade funcionam concomitantemente, isto é, há uma dependência entre elas, sendo inadequado cindi-las no cotidiano, espera-se, assim, que se sobreponham. Nossa intenção é de fazer algumas problematizações desses discursos correntes que balizam o termo.

Diante da simultaneidade dos discursos, torna-se também necessário considerar que a intenção não é de construir dicotomias entre eles, mas de contribuir para a construção de uma “caixa de ferramentas” que possa ser apropriada e utilizada na análise crítica sobre concepções, práticas bem como na formulação de estratégias e ações que tomem o termo empoderamento como um de seus objetivos.

Retomando a definição do glossário de promoção da saúde da OMS (WHO, 1996), o termo é pensado em dois níveis: o empoderamento individual que se refere principalmente à capacidade do indivíduo de tomar decisões e exercer controle sobre suas vidas pessoais; e o empoderamento comunitário que supõe que os indivíduos agem em conjunto para alcançar uma maior influência e controle sobre os determinantes da saúde e qualidade de vida da sua comunidade.

Tanto a influência psicológica quanto a pedagógica defendem essa noção de níveis individual e comunitário, ou psicológico e coletivo. Mas a tendência

psicológica pode ser bem vista principalmente, mas não exclusivamente, no discurso de empoderamento individual, enquanto a perspectiva pedagógica fica clara no empoderamento coletivo.

1.2.2.1. Influência psicológica

Essa perspectiva, que aqui chamamos de versão psicológica, ROSE (2011) chama de “*efeito psi*” dos discursos psicológicos sob nossas práticas contemporâneas. Ao longo dos anos, tivemos a penetração destes discursos em diferentes configurações, em uma multiplicidade de cenários, termos, práticas terapêuticas, estilos de vida, tecnologias comportamentais, práticas pedagógicas, entre outros. Discursos foram criados e transformados de acordo com esse efeito. Tomando as palavras do autor, seria tolo entender que apenas o campo psi criou todas essas máquinas de subjetivação contemporâneas, mas cabe aqui apontar como contribui.

Segundo ROSE (2011) disciplinas “*psi*” ¹⁵ exercem um papel constitutivo de tal modo que mesmo o “estilo-de-vida” estético, espiritual, econômico, financeiro ou a ética erótica são saturados em seus regimes enunciativos, em suas tecnologias, em seus modos de julgamento e em suas exibições de autoridade.

Muitas práticas contemporâneas de subjetivação associam a ideia de identidade e estilo de vida. Estas influências não dizem respeito a uma elite cultural. A criação de novos modos de subjetivação sempre estará criando novas formas de exclusão e novas práticas de reformas, que são inventadas para restaurar os sujeitos ao status de cidadão, “*como as práticas de reforma que buscam empoderar seus sujeitos*” (ROSE, 2011, p. 272).

¹⁵ O termo “psi”, utilizado principalmente no campo da saúde mental, se refere às disciplinas psiquiatria, psicologia e cognatos que estudam a psique. (ROSE, 2011)

Na interpretação de PAULO NETTO (*apud* BONFIM, 2013) esta psicologização da vida social ocorre quando aspectos sociais são tomados como parte das relações morais, como parte das relações humanas, ou seja, os problemas sociais não são derivados das dinâmicas e estruturas da sociedade, mas sim de dilemas mentais.

Temas recorrentes como auto realização, autoestima e autoajuda fazem parte das contribuições desta influência. Essa situação é muito clara nas ações de autoajuda: uma criança ‘desadaptada’ na escola terá déficit de atenção; uma pessoa com baixa autoestima terá transtorno de ansiedade; a falta de autoconfiança levará à depressão. Com este discurso, criam-se ações para empoderar estes sujeitos.

Para CARVALHO (2004), quando o empoderamento psicológico faz referência à sensação de maior controle sobre a própria vida, tem como sinônimo que sujeitos são capazes de se comportar, disciplinados, independentes e autoconfiantes. Daí derivam formulações de estratégias cujos objetivos são de fortalecer a autoestima, a adaptação ao meio e a formação de uma conscientização e responsabilização pessoal.

É muito comum a associação do tema empoderamento ao de autoajuda (CARVALHO, 2004). Este último envolve uma aliança entre profissionais que sabem o melhor caminho para conduzir a vida, garantindo sua normalidade, felicidade e sucesso, e sujeitos que buscam moldar um estilo de vida promissor (ROSE, 2011).

Uma forma simples e interessante de visualizar essa aproximação é prestar atenção na intenção dos livros¹⁶ de autoajuda vendidos hoje. Na semana de construção desse texto, na lista dos mais vendidos o primeiro deles propunha-se a ser

¹⁶ Sem a intenção de fazer uma análise desse tipo de ‘literatura’ (o que seria bem interessante também) mas de apresentar um exemplo.

um “*manual prático que ensina a ter consciência dos nossos pensamentos e emoções que nos impedem de viver a alegria e a paz que estão dentro de nós mesmos*”¹⁷.

Por outro lado, no meio acadêmico, o empoderamento individual proposto por NUNES ET al., (2010), como o meio de capacitar o indivíduo a desempenhar determinada tarefa ou como a faculdade que a pessoa tem ao seu dispor para potencializar os seus recursos internos no caminho de auto realização. Vemos que a proposta do livro de autoajuda aproxima-se da compreensão de empoderamento individual defendida na academia.

Aqui, toda a produção e cuidados das subjetividades são centrados na ideia de um interior individual. Assim, o empoderamento pressupõe a existência (no próprio sujeito) de competências ou habilidades que, com a ajuda de especialistas, tomará consciência desse seu poder pessoal, sentirá mais segurança e confiança e então conseguirá reorganizar sua vida.

No campo da saúde, as influências do discurso psicológico podem ser observadas a partir da idealização de um ‘eu’ capaz de ter consciência de seus sentimentos, comportamentos e impactos sob os demais. São propostas ações em que manifestações emocionais ou psíquicas precisam ser ‘trabalhadas’ ou ‘administradas’ pois tentar negar suas emoções ou ‘ser muito fechado’ leva às aflições psicológicas e doenças psicossomáticas (LUPTON 2003).

Segundo LUPTON (2003), o conceito de autoestima é proveniente da psicologia norte-americana. De cunho individualista, propõe a promoção de realização pessoal:

Presume que “acreditar em si mesmo”, “autoconfiança”, “uma boa autoimagem” e “autoafirmação” são todos traços psicológicos positivos que ‘empoderam’ os indivíduos e favorecem o sucesso na vida, inclusive na escolarização (LUPTON, 2003, p. 25).

¹⁷O poder do agora de Eckhart Tolle <http://www.livrariasaraiva.com.br/produto/116214/o-poder-do-agora/> em 17/08/2014

A leitura que LUPTON (2003) lança sobre autoestima é muito próxima da forma com que ROSE (2011) discute o empreendedorismo. Uma noção de “eu empresarial” do discurso neoliberal, onde se tem que trabalhar constantemente sobre si mesmo. Mas, ao fazer isso, perdemos o foco no contexto social, estrutural e político que também formam as subjetividades. Esse enfoque leva à responsabilização do sujeito que tem que ‘dar o melhor de si’ para ser autossuficiente com a ajuda mínima do Estado.

Este aspecto também foi apontado por FERREIRA e CASTIEL (2009), no sentido de que o termo empoderamento, adotado como sinônimo de capacitação psicológica pode limitar a interpretação de capacitação psicológica para uma construção que só considera o que ocorre na mente individual, de onde emerge um novo tipo de ideologia conservadora da responsabilidade individual que culpa as vítimas.

Os “efeitos psis” no discurso da educação são vistos quando práticas são construídas preocupadas com o desenvolvimento evolutivo proposto pela psicologia do desenvolvimento infantil. Esse ‘constructo’ teórico propõe que existam etapas evolutivas de desenvolvimento da criança que devem ser respeitados. Aqui ganha força a ideia de aprendizagem relacionada aos aspectos emocionais, ou seja, há necessidades fundamentais que, se não forem atendidas, causarão problemas psíquicos. Desta forma, a educação é uma realização externa de um potencial interior, no qual são enfatizados aspectos psíquicos do indivíduo (CARVALHO, 2011).

Diante do intenso processo de psicologização das práticas pedagógicas, quanto mais noções de psicologia tiver o profissional, melhor desenvolverá o processo de aprendizagem. A psicologia do desenvolvimento, ancorada em um conjunto de verdades legitimadas pela ciência, justifica e sustenta processos de aprendizagem, apresentando práticas pedagógicas de acordo com as fases do desenvolvimento (CARVALHO, op. cit.).

Cabe aqui esclarecer que a psicologia do desenvolvimento infantil é baseada em processos de documentação da individualidade, ou seja, a partir da construção de testes, tabelas, desenhos, observações e outras técnicas que resumiam as atividades das crianças. Da condensação desse material, itens de comportamento característicos de cada faixa etária foram definidos e organizados em escalas e, assim sendo, em cada idade, há um tipo de desenvolvimento definido e esperado. Essas escalas proporcionaram uma nova forma de compreensão da infância, *“a infância se tornara pensável por ter sido tornada visualizável, inscritível e avaliável”* (ROSE 2011, p. 157).

Este novo saber tecnológico que nasce da observação, da classificação, do registro de comportamentos, da comparação, próprio de instituições de sequestro, é o saber que gera normas ou padrões de normalidade. Assim como o saber psiquiátrico e psicológico se formaram a partir da observação, também se formou o saber pedagógico a partir de observações dos comportamentos das crianças na adaptação ao modelo escolar (FOUCAULT, 2009, p. 121).

LUPTON (2003) lembra-nos que, em todo esse discurso neoliberal, onde somos encorajados a sermos “sujeitos de nós mesmos”, assumimos uma espécie de liberdade vigiada pelo poder político. Para atingir sucesso e felicidade, são necessários esforços de autorreflexão e auto aperfeiçoamento convergentes com os objetivos governamentais. Com esse olhar, o estado de saúde é gerenciado pelo próprio sujeito e se torna sua responsabilidade, alcançar, proteger e preservar sua saúde e prevenir doenças. Enfatiza-se, assim, a responsabilidade pessoal pela busca da ‘boa saúde’.

Com esta influência da psicologização, há um sério risco de assumir o empoderamento como algo que depende exclusivamente do próprio sujeito, pois estaria subordinado a características individuais. Nesse caminho solitário, o sucesso ou o fracasso são consequências da capacidade individual. Se por um lado há a necessidade de considerar o sujeito, por outro, a depender da forma com que o tema for tratado, é possível culpabilizá-lo pelas consequências de suas ações.

A escola é um desses aparatos importantes para a reprodução das noções neoliberais de cidadania, pois o discurso pedagógico, influenciado pelo discurso psicológico, reforça que o cidadão é aquele capaz de engajar-se numa autodisciplina, de fazer autoanálise e refletir eticamente. De tal modo, poderá contribuir para atingir os objetivos propostos pelo Estado (LUPTON, 2003, p. 14).

1.2.2.2. Influência Pedagógica

Por esta perspectiva, queremos compreender e problematizar a influência do campo da educação na constituição dos discursos envolvidos no termo empoderamento. Aqui, enfatizamos a teorização de Paulo Freire porque assume importância principalmente pela forma com que o termo foi absorvido no campo de nosso estudo, o da saúde pública. Haja vista que a perspectiva político-pedagógica da educação em saúde é fortemente influenciada pela proposta de educação popular de Paulo Freire.

Brevemente destacamos que a conceituação de Freire sobre educação como prática de liberdade está muito ligada à ‘ideologia de desenvolvimento’, característica da época. Na construção da pedagogia do oprimido, há influência do discurso marxista e hegeliano da relação “*senhor e servo*”. Também é possível perceber a influência da visão fenomenológica, onde o ato de conhecer ocorre quando se toma consciência de alguma coisa, das próprias ações e, ainda, de si mesmo (SILVA, 2010).

FREIRE (1970) salienta a importância da participação das pessoas nos atos pedagógicos, na construção de seus próprios significados, criticando a educação bancária em que o professor tem uma postura ativa e o educando uma recepção passiva. Como alternativa, propõe uma educação problematizadora, onde o ato de conhecer é um ato dialógico, ou seja, é uma intercomunicação. Diante da importância e necessidade do sujeito expressar e comunicar, frequentemente ignorada pela

educação tradicional, a educação popular proposta por Freire, propõe-se a ampliar a compreensão crítica do mundo por meio da problematização.

O conceito de "problematização" (FREIRE 1970) refere-se ao processo de questionar as condições sociais de vida tomadas como naturais, por meio de um diálogo coletivo entre educadores e membros da comunidade. Por meio deste processo, o sujeito conhece as origens sociais e históricas das condições presentes de opressão, tomando consciência da problemática. Esta conscientização é provocada por atividades, como discussões em grupo que levem a uma reflexão crítica sobre a realidade com vistas à transformação social.

Assim, a teoria freireana é baseada na adoção de uma crítica às práticas ideológicas opressivas, de forma a permitir que os membros da comunidade possam adquirir maior controle e poder sobre seus próprios recursos materiais e sociais. Termos como emancipação, libertação, autonomia e a conscientização são aspectos que fazem parte do discurso a que esta teoria se propõe.

Freire, e outros teóricos que ampliaram sua teoria, teceram contribuições importantes para a compreensão atual do sujeito; elencamos algumas: a indistinção entre cultura erudita e cultura popular, onde a cultura é resultado de toda produção humana; a problematização do papel dos educadores na educação formal institucionalizada; a ampliação da discussão sobre educação para além dos muros escolares, expandindo-a para a educação de adultos para além do ambiente escolar, especialmente em países pobres; a necessidade de oportunizar espaços de reflexões e ações que possibilitem a aprendizagem e fomentem o diálogo e a troca de experiências.

Nesta perspectiva de educação, absorvida pelo campo da educação em saúde, a possibilidade libertadora está no surgimento de situações de diálogo e no respeito à diversidade cultural que possibilitem a emancipação dos sujeitos. O que significou um grande avanço para o campo da saúde pública.

Entretanto, apesar das recomendações de FREIRE (2000) no desenvolvimento das ações, há relações de poder que se constituem no espaço

institucional. Aqui cabe ponderar sobre o risco de estabelecer relações de dominação entre educadores e educandos. Como examina CARVALHO (2011): com o papel de guiar os sujeitos de forma que percebam sua ingenuidade quanto à opressão que vivem, o educador assume a função de guiar a consciência de seus educandos de forma a revelar seus erros e ilusões. A árdua e inesgotável tarefa de transformar a sociedade pela conscientização torna-se “*objetivo primordial*” do profissional (Op. cit., 2011, p. 201). Tais palavras podem expressar a crença de que os professores/profissionais são responsáveis pela transformação social, e via educação, instituem novos regimes de verdade.

A proposta de conscientização dos sujeitos das situações de opressão abarca então dois riscos: o primeiro de priorizar valores dominantes concebidos previamente pelo educador; e o segundo de pressupor que os sujeitos a quem são remetidas as ações educativas sejam desprovidos de poder e que só a partir da conscientização serão potentes.

Nesse sentido, apesar de toda a riqueza e importância das contribuições da educação freireana, nossa preocupação é com o lugar que ela ocupa enquanto responsável por transformações, ou seja, se está fomentando a potência ou a obediência dos sujeitos, como nos propõe FUGANTI (2008).

Tal preocupação está embasada na necessidade de refletir sobre o lugar da educação na constituição do sujeito, e principalmente, de que sujeito estamos falando. De acordo com VEIGA NETO (2003) vários pensadores reforçaram o discurso que o sujeito é algo já dado, porém, incompleto e com uma capacidade latente de aprender, cabendo à educação promover essa mudança. Um dos citados foi Rousseau: que propôs que o sujeito é uma matéria prima a ser trabalhada pela educação, “*para levá-lo de um estado selvagem para um estado civilizado*”. Kant e Piaget, em suas teorias partilharam a ideia que os sujeitos são dotados de uma natureza comum, com capacidade intrínseca de aprender, sendo o processo de aprender o que os diferencia:

É fácil ver que tanto na perspectiva marxista quanto para a piagetiana, cabe justamente à educação o papel de colocar em

movimento as contradições – sejam elas sociais, sejam epistemológicas- para superá-las, de modo que o sujeito progrida ao longo de estruturas que ou já estavam aí ou que vão se engendrando progressivamente. Em qualquer caso o sujeito já estava desde sempre dado. Fosse ele incompleto porque ainda vazio – no caso de Kant – incompleto porque alienado/inconsciente da realidade política e social – no caso de Marx-, ou ainda incompleto porque psicogenicamente não está todo desenvolvido/realizado – no caso de Piaget-, o importante é que o sujeito é tomado como um ente desde sempre aí, como um ator e agente a ocupar o centro da cena social e capaz de uma racionalidade soberana e transcendente a essa cena. Tal capacidade estaria em estado latente, cabendo à Educação promover sua efetivação (VEIGA NETO, 2003, p. 110).

FUGANTI (2008) diz que não é de se estranhar esse discurso de que a educação é a saída, pois, segundo o autor, a educação sempre foi a máquina de fazer com que a vida se conformasse com o modo moral e racional de ser:

Por mais que se diga que a educação liberta, a nosso ver, esse tipo de educação aprisiona. A educação é uma forma de engajar o desejo, assim como a família e outras instituições, numa forma humana de viver, que a nosso ver, ao longo da vida, vai despotencializando a vida FUGANTI (2008, p. 01).

No campo da saúde, o termo empoderamento tem forte influência da teoria freireana, que afirmou que a palavra empoderamento pressupõe um processo de diálogo em que sujeitos passivos se convertem em atores participativos. Assim, o termo é definido pelo glossário social (SCHIAVO e MOREIRA, 2005) como:

Um processo pelo qual um indivíduo, grupo social ou uma instituição adquire autonomia para realizar, por si, as ações e mudanças necessárias ao seu desenvolvimento pessoal e social. Implica na obtenção de informações adequadas, um processo de reflexão e tomada de consciência quanto a sua condição atual, uma clara formulação de mudanças desejadas e da condição a ser construída. A estas variáveis, deve-se somar uma mudança de atitude que impulse a pessoa, grupo ou instituição para a ação prática, metódica e sistemática, no sentido dos objetivos e metas

traçadas, abandonando-se a antiga postura meramente reativa ou receptiva (SCHIAVO e MOREIRA, 2005, p. 59).

Nessa perspectiva, absorvida pelo campo da saúde, o empoderamento acontece a partir da educação com vistas à conscientização dos sujeitos para que se tornem capazes de transformações sociais. É pela educação que as pessoas são empoderadas a partir de cursos de capacitação e desenvolvimento, para que tenham conscientização da opressão que vivem. O fato de tomar consciência de situações de dominação permite seu empoderamento e, conseqüentemente, sua libertação.

Sem a ambição de abordar aqui a complexidade da relação entre a noção de biopolítica¹⁸ e educação amplamente discutida na literatura da área, nesta definição de empoderamento algumas questões importantes estão intrínsecas: primeiro a ideia de desenvolvimento do sujeito, um pensamento evolucionista de que a partir dos processos educativos as pessoas se desenvolvem e se tornam melhores; segundo: a ideia de que o poder é opressor e se dá na relação senhor e servo, como se os sujeitos que participam desse processo não fossem constituídos de poder ou potência; terceiro: a prerrogativa de conscientização carrega a noção de que a compreensão do mundo se dá apenas a partir da consciência, sem considerar outros possíveis atravessamentos; quarto: por mais que haja forte preocupação com a participação dos sujeitos na construção do conhecimento, há um direcionamento na educação, carregado de valores; e finalmente carrega uma visão, de certa forma ingênua, de que a partir do momento em que os oprimidos forem conscientizados, o profissional não estará mais sozinho na heroica tarefa de transformação social e poderá contar com outros cidadãos.

Tanto na influência psicológica quanto na pedagógica, o empoderamento tem como alguns de seus principais objetivos a inclusão e participação social. Compreendemos que seja necessário discutir melhor esses objetivos para que não disfarcem um discurso ingênuo, na premissa de que sujeitos estamos falando, o que significa essa inclusão e participação e como compreendemos as relações de poder envolvidas.

¹⁸ Noção proposta por Michel Foucault (1997) sobre a maneira com que o poder se encaminha para a transformação a fim de governar os sujeitos por meio de procedimentos disciplinares.

Uma discussão interessante próxima ao que propomos, encontramos em um trabalho português sobre empoderamento no serviço social, onde SIMON (*apud* PINTO, 2011) descreve duas perspectivas de empoderamento: a do ‘benfeitor’ e a do ‘libertador’. No primeiro caso, o cliente é uma vítima e o profissional, que está em uma posição superior, sabe mais que o cliente e deve leva-lo ao rumo certo, por isso é uma perspectiva baseada nas incapacidades de seus clientes. Já a perspectiva do ‘libertador’, o profissional também está em nível superior ao cliente e também procura salvá-lo da sua posição. Mas, ao contrário do benfeitor que é centrado em curar o indivíduo, o ‘libertador’ quer mudar o contexto do seu cliente, pois é o contexto que tem problemas, o ‘libertador’ busca uma transformação social.

No campo da saúde, com intuito de diminuir disparidades, o empoderamento, como fomento à participação social, tornou-se um importante fundamento. Diante os dizeres de WALLERSTEIN (1992) entendido como um processo de ação social por meio do qual indivíduo, comunidades e organizações adquirem controle sobre suas vidas num contexto de transformação de seu ambiente social e político para melhorar a equidade e a qualidade de vida.

Na perspectiva de um dos principais financiadores de projetos sociais, o Banco Mundial (BANCO MUNDIAL, 2004) aduz que estratégias de empoderamento são consideradas atividades que visam capacitar pessoas pobres para aumentar as oportunidades de desenvolvimento sendo “*a expansão de vantagens e capacidades das pessoas pobres de participar, negociar com, influenciar o controle, e responsabilizar instituições que afetam suas vidas*”.

Como discutido por CARVALHO e GASTALDO (2008), alguns grupos sociais conscientizam-se das causas de seus problemas de exclusão social e de como estes afetam sua vida, mas apenas alguns aspectos podem transformar, ou seja, há questões muito amplas envolvidas que nem sempre a participação ativa pode alcançar ou conseguir transformar o *status quo*.

Preocupação semelhante foi apontada por GOHN (2004) quando afirma que estratégias de empoderamento tanto podem estar se referindo ao processo de

mobilizações de práticas destinadas a impulsionar comunidades para que sejam protagonistas da sua própria história, como podem referir-se a ações destinadas a promover a pura integração dos excluídos, numa ciranda interminável de projetos de ações sociais assistenciais.

Igualmente, é preciso estar atento porque ações de inclusão ignoram a diferença ao invés de promover aquilo que afirma querer promover. Assim, tais propostas podem estar contribuindo para uma ‘inclusão excludente’ (VEIGA- NETO e LOPES, 2007).

As políticas de inclusão, mesmo que se propaguem discursivamente e mesmo que se apoiem em pedagogias culturais – pois, afinal, sempre é preciso ensinar e convencer a população... –, procuram se efetivar de modo material, isto é, elas só se realizarão plenamente se e quando todos os corpos – pensados como normais e anormais – forem colocados juntos, num mesmo espaço (VEIGA-NETO e LOPES, 2007 p. 958).

Neste intuito, com propósitos de inclusão e participação, podemos estar trabalhando para a normatização das condutas dos sujeitos.

1.2.2.3. Influência Pós-estruturalista¹⁹

Como escreveram CARVALHO e GASTALDO (2008), diante das críticas à forma com que o termo se consolidou, há a necessidade de construir outra compreensão, mais crítica e abrangente sobre o tema, sendo a teoria crítico social uma teoria que pode ajudar a criar um caminho alternativo.

¹⁹ Aqui partilhamos da descrição de FERREIRA NETO et al. (2011, p. 835) “Ponderamos aqui que pós-estruturalismo é uma expressão estadunidense para classificar um conjunto de teóricos franceses que, baseados nas contribuições de Nietzsche, discutem, entre outros temas, novas noções de subjetividade, história, forças vitais, diferença e criação, mantendo proximidades e discordâncias com o estruturalismo francês. Ainda que os próprios autores citados recusem essa classificação, por não desejarem aderir a qualquer programa filosófico padrão, nós a utilizamos ao referirmo-nos a alguns autores presentes nos debates da Saúde Coletiva, especialmente Foucault, Deleuze e Guattari”.

A intenção é utilizar o referencial teórico pós-estruturalista e construir uma forma alternativa para a discussão sobre o termo. Sem a finalidade de propor uma solução às críticas, pois isso seria pressupor a existência de uma forma única e verdadeira, mas como possibilidade de discutir principalmente o lugar do sujeito nas relações de poder, para além das estruturas binárias interior/exterior e opressor/oprimido. Para construção dessa versão, nos valem do referencial teórico proposto anteriormente.

Intentamos a construção de um quadro que sintetizasse as influências. As temáticas foram apresentadas de forma bastante simplificada e estamos cientes dos riscos dessas simplificações. Mesmo assim, nossa intenção foi de construir um esquema que nos ajudasse compreender um pouco melhor as possíveis influências do termo.

Figura 1 - Síntese das influências na construção do termo empoderamento.

	Influência Psicológica	Influência Pedagógica	Influência pós-estruturalista
Pressuposto	O poder está dentro do sujeito	O poder está na conscientização	O poder está em todas as relações
Concepção de sujeito	Sujeito interior a priori		Sujeito relacional
	Sujeito da falta		Sujeitos de potência
	Falta motivação	Falta educação	Falta liberdade
	Ideal vencedor	Ideal participante	Ideal livre
Estratégias de intervenção	Ações que possibilitem assumir o seu poder pessoal.	Educação como prática libertadora, a partir da conscientização.	Criação de espaços de agenciamentos de potência.
Aspectos problemáticos	Reforço ao individualismo desconsidera aspectos sociais.	Há questões sociais que estão além da governabilidade de uma comunidade.	Inexistência de respostas prontas geram angústias e incertezas
	Partir para a ação com valores pré-concebidos ou conhecimentos pretensamente mais legítimos.		Trabalhar com a diversidade em políticas macro.
	Construção de ações que dependam de atores externos responsáveis por orientar e/ou conduzirem ao empoderamento		Criar ações sem dominação
	Responsabilização individual por mudança.	Culpabilização da comunidade.	Cerceamento da liberdade.
Aspectos positivos	Reconhecimento da existência do sujeito na construção de uma ação.	Reconhecimento de outras culturas além da dominante; da capacidade de organização de uma comunidade e da educação não normatizadora.	Reconhecimento da inventividade dos sujeitos Subjetividades fluidas e inacabadas; Possibilidades de resistência.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

1.3 O CENÁRIO DA PESQUISA

1.3.1 A Saúde Pública

Interessa-nos aqui apresentar um “sobrevoo” sobre o nascimento da saúde pública, passando pela revisão do constructo da promoção da saúde, até chegarmos às teorizações atuais de empoderamento. Para isso, os estudos tomados como referência nesse resgate histórico se restringem a movimentos registrados em alguns dos estados europeus, cuja influência sobre a medicina e a saúde pública ocidental foi decisiva.

Ao estudar como se constituíram saberes e cuidados sobre a loucura, FOUCAULT (1975, p. 49) debruçou-se sobre a rede de relações entre práticas, saberes e discursos que fundaram a psiquiatria e afirmou que *“a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma Cultura que a reconheça como tal”*. Assim colocou a necessidade de fazer uma desconstrução de como certos valores foram criados sócio historicamente e então naturalizados em nossa cultura.

Como coloca AMARANTE (1998), foi com as investigações de Foucault que pudemos saber que a medicina moderna, como parte da ciência da verdade, é muito mais jovem do que se pode imaginar, além disso, ela não é individual como se considerava anteriormente, mas sim social. A medicina moderna, tal qual conhecemos hoje, não nasceu da relação médico paciente, mas no bojo do processo de normatização social, com a qualificação dos corpos para o Estado.

As contribuições de Foucault geraram muitos questionamentos nos movimentos de transformação do setor de saúde da época. Os segmentos ditos mais modernos que buscavam construir práticas preventivas assistencialistas e comunitárias como alternativas ao modelo hegemônico, viram-se na necessidade de repensar suas ações. Por meio das reflexões de Foucault, esses mesmos segmentos viram que o que estavam propondo e, assim, também poderia ser considerado uma

prática hegemônica, de desqualificação de outros saberes, como estratégias de normatização e controle sobre as subjetividades (AMARANTE, 1998).

FOUCAULT (1993) ajuda-nos a compreender como nasceu a ideia de uma medicina moderna como a conhecemos atualmente. O nascimento da medicina social, ou moderna, é bastante jovem, sendo que se deu com o advento do capitalismo, entre o final do século XVIII e início do século XIX, quando se instituiu a disciplina sobre os corpos. Essa construção pode ser dividida em três etapas: medicina de estado, medicina urbana e medicina de força de trabalho “*em primeiro lugar o Estado, em segundo a cidade e, finalmente os pobres e trabalhadores foram objeto de medicalização*” (FOUCAULT, op. cit., p. 93).

A medicina do Estado, iniciada na Alemanha, deu-se quando o médico apareceu como administrador da saúde, ou seja, quando se criou a profissão médica no interior do estado, com a função de melhoria do nível de saúde de toda a população, de forma a ampliar sua força. A medicina urbana, principiada na França, nasceu quando a cidade tornou-se foco de intervenções sanitárias, com métodos de vigilância, purificação da cidade e exclusão dos doentes do espaço comum para o controle das doenças. E, finalmente a medicina da força de trabalho aconteceu na Inglaterra, com o aumento do proletariado, e por conta da Revolução Industrial, os pobres tornaram-se foco das ações médicas “*para torná-los mais aptos para o trabalho e menos perigosos às classes mais ricas*” (FOUCAULT, op. cit., p. 97).

Até antes do século XIX, os pobres não eram considerados uma questão para a medicina. Foi com a Lei dos Pobres, no período da Revolução Industrial na Inglaterra que, diante do crescimento do proletariado, estes se tornaram foco da medicina. Além da necessidade de trabalhadores saudáveis, a intenção era que, tendo assegurado aos pobres uma assistência controlada, protegiam-se os ricos, garantindo que não fossem vítimas das epidemias originadas nas classes pobres (FOUCAULT, op. cit.).

Assim o campo da Saúde Pública constituiu-se como o que se chamou de polícia médica. Para melhor controlar epidemias e revoltas, criou a função dos

médicos dentro do Estado, esquadrinharam o espaço urbano e, finalmente, o pobre tornou-se um perigo médico a ser tutelado. Criaram-se mecanismos pelos quais é possível assegurar a ordem, o crescimento canalizado da riqueza e as condições para a manutenção da saúde.

Na mesma época da criação da “Lei dos Pobres”, no século XIX, Chadwich iniciou uma discussão sobre a promoção da saúde como importante elemento para a produção social da mesma. No mesmo período, o considerado pai da Medicina Social Virchow, em 1847-48, apresenta um estudo onde considera a saúde um tema amplo e relacionado à democracia, liberdade, educação, governo autônomo, melhorias na agricultura e prosperidade dos pobres e, por isso, é considerado o precursor da promoção da saúde (WESTPHAL, 2006). De tal modo, a promoção da saúde tem seus primeiros passos junto com a criação da polícia médica que Foucault descreve.

No início do mesmo século XIX, crescem as ações de filantropia, em que algumas pessoas se ocupam com a garantia da saúde, da alimentação e da moradia de outros. Isso mais tarde gerará novos personagens, instituições e saberes. Uma nova higiene pública com seus inspetores, psicólogos, assistentes sociais e outros novos trabalhadores sociais. É interessante que neste período, o poder político assume como um de seus objetivos essenciais à saúde e o bem estar físico da população. Se até a Idade Média o poder político tinha como função a guerra e a paz, no fim da Idade Média foi acrescida a função de manutenção da ordem e da organização do enriquecimento. Mas apenas no século XVIII que surge a nova função de zelar pela saúde, bem estar e longevidade da população.

De acordo com FOUCAULT (1993), é desse período o surgimento da medicalização da vida. Com a ascensão da fase infantil como alvo de cuidados, estabelecem-se novas regras de relações familiares, em que a saúde das crianças torna-se objetivo obrigatório das famílias. E esta, “desde que bem aconselhada” pode adquirir tal função. É nessa segunda metade do século XVIII que surgem os ensinamentos de cuidados médicos às crianças, tendo a família responsabilidade moral de fazê-los.

A família torna-se uma instância “medicalizada - medicalizante” (FOUCAULT, 1993, p. 201) quando assume o papel de manter a saúde do corpo, criando um dever recíproco entre pais e filhos de conquistar uma boa saúde, por meio de um controle coletivo de higiene e por uma técnica científica de cura. Tudo isso assegurado por um saber médico qualificado e recomendado pelo Estado. A partir de então, os médicos ensinam regras de higiene do espaço e da alimentação para que todos tenham boa saúde.

O médico se torna grande conselheiro e grande perito, se não na arte de governar, pelo menos na de observar, corrigir, melhorar o corpo e mantê-lo em um permanente estado de saúde. E é sua função de higienista, mais que pelo prestígio de terapeuta, que lhe assegura essa posição politicamente privilegiada no século XVIII (FOUCAULT, 1993, p. 203).

A preocupação com a promoção da saúde, iniciada no século XVIII, esbarrou nas crescentes teorizações que buscavam a natureza biológica da doença, que fortaleciam o discurso de que saúde deveria ser entendida como ausência de doença. Com isso, cresceram as preocupações de que era preciso encontrar o germe que causava a doença, dando início à “era bacteriológica”. A partir de então, houve uma grande proliferação dos fármacos, e uma nova era instaurou “a terapêutica”. É desde então que as ações de saúde passam a ser orientadas pelas seguintes ideias: que a cura é de cunho biológico, que o objeto das ações é o indivíduo e a importância dos especialistas em cada uma das doenças descobertas. Este cenário, com a contribuição do Relatório Flexner de 1910, consolidou o ideário hegemônico do paradigma biomédico (WESTPHAL, 2006).

No Brasil, o que gerou a necessidade de ter a polícia médica e, posterior, saúde pública, foi a vinda da Família Real portuguesa, quando eclodiram epidemias em algumas cidades. Em 1850, foi criada a Junta Central de Higiene, uma comissão formada por profissionais da área médica que se ocupava da coordenação do sistema de saúde referente à vacinação, às medidas de limpeza da cidade, ao calçamento de vielas e ruas e, em seguida, ações de higiene nos cortiços (LIMA ET al., 2005).

Já na época da República, por volta de 1918, foi criada a Liga Pró Saneamento do Brasil, composta principalmente por médicos e líderes políticos. Este foi um forte movimento preocupado com o grave quadro de endemias existentes na época que serviram para justificar o atraso do país e, conseqüentemente, a inferioridade racial dos brasileiros.

LIMA ET al., (2005) ilustram que a influência deste movimento pode ser aferida na literatura com o personagem Jeca Tatu, concebido inicialmente como o “caipira” pobre, preguiçoso e de raça inferior, até que seu autor, Monteiro Lobato, entra em contato com as teses sanitaristas e recria o personagem como o brasileiro redimido pela higiene. A saúde assume assim o status de salvadora dos pobres e “inferiores”.

Entre os anos de 1930 a 1945, a saúde no Brasil foi fortemente influenciada pelo modelo americano e pelas prioridades definidas por agendas internacionais, especialmente a Organização Pan-Americana de Saúde, adequando propostas internacionais ao contexto brasileiro. Já ao longo do período de 1945 a 1964, todas as posições do campo da saúde pública assumiam como bandeira a forte associação do binômio saúde-doença aos problemas de desenvolvimento e pobreza. Com o crescimento deste campo, em 1953 foi criado um ministério exclusivo para o tema saúde, que até então estava vinculado em um mesmo ministério, à área da Educação (LIMA ET al., 2005).

No mundo, diante do cenário do final da Segunda Guerra Mundial, imprimia-se a necessidade de resgatar valores mais humanitários na população, quando foi fundada a Organização Mundial da Saúde, com a definição mais difundida de saúde sendo “*um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças*” (OMS, 1946). Ainda que seja uma definição bastante criticada atualmente por pressupor a existência de uma saúde idealizada, como algo completo a ser alcançado, essa definição permitiu a ampliação do seu espectro, pois foi a primeira vez que saúde definiu-se pelo seu aspecto positivo.

1.3.2 A chegada da promoção da saúde no Brasil

Foi nesta época que Henry Sigerist propôs a promoção da saúde como a composição entre ações de educação em saúde e ações estruturais do Estado. Também é no mesmo período em que LEAVELL e CLARK (1965) criaram o modelo explicativo da “*história natural do processo saúde e doença*”.

Mas a década de 1970 estava marcada por uma crise no setor saúde na maioria dos países, devido aos altos custos e pouca efetividade na melhoria da qualidade de vida da população. Temos então a forte repercussão do Relatório Lalonde, questionador dos investimentos econômicos sem grandes melhorias dos indicadores econômicos.

Em 1974 o governo canadense, com seu ministro da saúde da época, Marc Lalonde, realizou uma investigação sobre as causas do processo de saúde e doença no país, com o objetivo de compreender porque os investimentos econômicos não traziam melhoras aos indicadores de saúde do país. A conclusão que a investigação chegou foi que os estilos de vida das pessoas eram os principais causadores de adoecimentos, assim, havia a necessidade de investimentos nessas causas, ou seja, era preciso mudar estilos de vida para alcançar a saúde. Assim sendo, levou ao questionamento sobre qual o papel exclusivo da medicina na resolução dos problemas de adoecimentos. Como recurso, atribuiu-se ao governo a responsabilidade por medidas de controle dos diferentes aspectos que influenciam na saúde. Esse trabalho gerou o que ficou conhecido por Informe Lalonde (WESPTHAL, 2006).

Apesar de o relatório possibilitar repensar o campo da saúde como não exclusiva do meio médico e questionar a responsabilidade do Estado na resolução dos problemas de saúde, sua preocupação com mudanças de estilos de vida elevou os conceitos “biologia humana”, “meio ambiente” e “estilos de vida”, ao mesmo nível de importância dos “sistemas de saúde”, o que fez com que sofresse muitas críticas (FERREIRA, 2008).

Um aspecto importante discutido por FERREIRA (2008) e SICOLI e NASCIMENTO (2003) é que as repercussões do Relatório Lalonde influenciaram o modo como o referencial da promoção da saúde é pensado, praticado e vivido até hoje. Desde seus primórdios, essa proposta foi vinculada às iniciativas de modificação de hábitos, estilos de vida e comportamentos individuais, o que atualmente tornou-se um foco das críticas que recebe.

Voltando ao Brasil, nos anos de 1970 estávamos saindo do regime militar, período de investimentos econômicos em detrimento de gastos com políticas sociais. Logo veio o fomento à industrialização e a necessidade de mão de obra especializada que este momento histórico requeria. No meio acadêmico, tomou força o movimento sanitário com a proposta de “direito à saúde” não só para trabalhadores regulares, mas como direito universal. Logo após a ditadura, tivemos um período de lutas por direitos divididos ao contexto de desigualdades e, portanto, de retomada da participação política.

Na década de 1980, a sociedade brasileira viu-se diante de grandes conquistas com relação à garantia de seus direitos. Foi um período de fortalecimento dos movimentos sociais e de redemocratização do país, sendo marcado pela promulgação da Constituição Federal, pela 8ª Conferência Nacional da Saúde e pela criação do SUS, consolidado com a Lei 8.080 no início dos anos 1990 (SILVA, 2012).

Com a implantação do SUS, estabeleceram-se os princípios e diretrizes que deveriam orientar ações no campo da saúde: a universalidade do acesso ao conjunto das ações ofertadas; a integralidade das ações; a igualdade; a participação social garantindo o controle social; a preservação da autonomia e a descentralização política administrativa BRASIL (1990).

Em 2002, o MS lança um documento para discussão sobre a construção de uma Política Nacional de Promoção da Saúde, onde afirma a intenção de contribuir para fortalecer e fundamentar a consolidação do SUS no país. De acordo com o material, apesar de este órgão ser considerado um grande avanço no campo

das políticas públicas de saúde, ainda guardava uma perspectiva fundamentada na biomedicina, ao que a promoção da saúde poderia contribuir:

Uma política de promoção da saúde deve contribuir para o aprofundamento das promessas de reforma sanitária brasileira. Promessas que além da construção do SUS apontam para a transformação das práticas sanitárias com a superação da baixa-cobertura em direção a universalização, busca da equidade, a integralidade do cuidado e o respeito à cidadania. Promessas que também se comprometem com a democratização da saúde, da sociedade, do Estado e das instituições (BRASIL, 2002, p. 10).

Nesse contexto, ganhou força no Brasil o marco conceitual da promoção da saúde que vinha se fortalecendo no mundo. Por este referencial, o processo saúde doença adquiriu configuração ampliada, sendo entendido como fruto da convergência de determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais, que vão além das questões biológicas, genéticas e ambientais (BUSS, 2003).

MARCONDES (2004) considera a existência de três aspectos fundamentais do arcabouço teórico da promoção da saúde: as limitações do modelo biomédico e a ênfase na clínica curativa como forma de cuidar da saúde; a ampliação do conceito saúde para além da prática clínica, onde a saúde é um processo dinâmico e em constante mudança influenciado por diversas relações sociais que levam a qualidade de vida; e a diferenciação entre promoção da saúde e prevenção de doenças. Neste último aspecto, o autor ressalta a existência de dois modelos conceituais presentes entre a prevenção das doenças e a promoção da saúde, a primeira orientada pelo modelo baseado na história natural da doença, e a segunda guiada pela noção de qualidade de vida não apenas na ausência de enfermidades.

Mas se discussões sobre promoção da saúde adentraram formalmente no campo das políticas públicas de saúde a partir do Relatório Lalonde em 1974. A partir de 1988 entrou na agenda do Ministério da Saúde brasileiro. Sendo que em 2003 o debate intensificou-se e gerou a intenção de construção de uma Política Nacional de Promoção da Saúde (FERREIRA NETO *ET al.*, 2013).

Entretanto, foi na década de 1990 que o Brasil foi incentivado, pela Organização Pan-Americana de Saúde, para a construção de uma política de promoção da saúde. A forte influência deste organismo internacional foi amplamente criticada desde a primeira discussão a respeito da PNPS em 2003. Segundo as críticas, essa influência na concepção, na definição de agendas até a construção do texto, fortaleceu o caráter preventivista presente na política (FERREIRA NETO *ET al.* 2013).

Em 2003, já se questionava duas possíveis direções da promoção da saúde, sendo a primeira versão fruto das discussões internacionais e, a segunda, sob a influência da reforma sanitária brasileira.

Uma delas “normatiza estilos de vida e culpa o indivíduo”, vista como tendência internacional de redução dos compromissos do Estado. Suas estratégias privilegiam o enfoque na nocividade de hábitos ligados ao tabaco, à ausência de atividade física e à alimentação. A segunda direção vincula a promoção “à autonomia de sujeitos e coletividades no seu modo de viver” uma promoção antropofágica, à brasileira, na defesa do SUS (FERREIRA NETO *ET al.*, 2013, p. 2001).

Entre agosto de 2003 e dezembro de 2004, a gestão da PNPS ficou aos cuidados da Secretaria Executiva (SE) do MS, onde deveria ser um dispositivo integrador de vários segmentos. No final de 2004, a elaboração da PNPS ficou sob responsabilidade Coordenação de Doenças e Agravos não Transmissíveis (CGDANT), dentro da Secretaria de Vigilância em Saúde.

Esta troca de secretarias gerou algumas discordâncias na época. A principal crítica diz respeito a “*uma visão reducionista que a mantinha restrita ao âmbito da prevenção de riscos ou doenças*” (FERREIRA NETO, 2013, p. 2000). Estar ligada à secretaria executiva poderia possibilitar maior disseminação e articulação da PNPS, já que deveria funcionar de forma transversal, mas estar atrelada à secretaria de vigilância reforçaria a relação entre as doenças crônicas não transmissíveis e as ações de promoção da saúde. Para garantir que houvesse tal transversalidade, foi criado um comitê gestor da PNPS.

O comitê gestor da PNPS, criado a partir de 2005 (Portaria GM/MS nº 1.190, 14/07/2005) é composto por representantes das secretarias do Ministério da Saúde, suas fundações, agências, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Suas atribuições perfazem em articular e integrar as ações de promoção da saúde no âmbito do SUS, coordenar a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde no SUS e incentivar a elaboração, por parte dos estados, Distrito Federal e municípios, de políticas locais de promoção da saúde (MS 2011).

No período de consolidação da promoção da saúde no MS, segundo GOMES (2009), o Brasil vivia um quadro epidemiológico preocupante, o que levou o MS a estruturar um sistema específico de vigilância para doenças passíveis de prevenção e controle. Assim sendo, essa coordenação tinha como principal objetivo a criação e implantação da vigilância de DANT em todo o SUS.

Diante disso, o MS incidiu suas preocupações nos chamados “fatores de risco modificáveis” onde se enfatiza ações de promoção e prevenção que repercutam sobre esses fatores. São consideradas DCNT “*etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de riscos modificáveis como o tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada, a obesidade, a dislipidemia e o consumo de álcool*” (GOMES, 2009, p. 49). É a partir de então que o Estado emerge como aquele que irá garantir a realização de atividades, chamadas de promoção da saúde, para que possam atuar nos fatores modificáveis.

Embora a política seja de promoção da saúde, suas ações estão mais focadas na prevenção das doenças. Esse deslocamento de promoção para prevenção pode ser observado na própria reconfiguração do local onde a PNPS estava inicialmente sendo gestada, que era na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde tendo sido transferida para a Coordenação Geral das Doenças e Agravos não Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde. Ou seja, uma política que nasceu com um recorte transversal, que buscava integrar diferentes áreas do Ministério da Saúde, restringe a participação de uma secretaria executiva,

que poderia estar potencializando essa transversalidade, e se desloca para uma coordenação de doenças e agravos (GOMES, 2009, p. 74).

Apenas em 2006 é que se consolidou a PNPS (Portaria 687MS/GM de 30 de março de 2006). Sua publicação representou um marco na construção do SUS, pois por esta foi possível retomar as discussões sobre as diversas condições que influenciam na saúde da população (MALTA, 2009). Portanto, com a institucionalização da promoção da saúde pelo Estado, o Ministério da Saúde brasileiro define como parte de seu marco legal a Política Nacional de Promoção da Saúde.

Este documento teve como objetivo *“promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais”* (BRASIL, 2006). São definidos como seus princípios norteadores

- [...] (1) envolve a população como um todo, no contexto de vida diário, mais do que a focalização nas pessoas em risco de ser acometido por uma doença específica;
- (2) é dirigida para a ação sobre os determinantes ou causalidade social, econômica, cultural, política e ambiental da saúde;
- (3) combina métodos e abordagens diversas, porem complementares;
- (4) objetiva particularmente a efetiva e concreta participação social;
- (5) basicamente uma atividade do campo social e da saúde e não somente serviço de saúde (WESTPHAL, 2006, p. 289).

Uma de suas diretrizes diz respeito à necessidade de “fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário”.

Depois de sua criação em 2006, tivemos muitas transformações na sociedade brasileira, gerando novos desafios para o campo da saúde, o que motivou a

atualização e aprimoramento da PNPS²⁰ em 2014. Sua versão revisada enfoca a necessidade de articulação com outras políticas públicas, a fim de fortalecê-la frente à impossibilidade do setor saúde responder sozinho aos enfrentamentos dos condicionantes e determinantes de saúde (BRASIL, 2014).

A PNPS de 2014 tem como objetivo *“promover a equidade e melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais”*. Dentre seus objetivos, o sétimo deles diz respeito ao termo desta pesquisa: *“promover o empoderamento e a capacidade para a tomada de decisão e autonomia de sujeitos e coletividades por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida”* (BRASIL, 2014, p. 13).

1.3.3 As conferências de promoção da saúde

Ainda em 1978 aconteceu a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata. Mesmo não sendo considerada específica da promoção da saúde, teve grande influência no movimento subsequente a esta. No documento desse encontro, a saúde é considerada mais que um “estado de perfeito bem estar”, como apresentado em 1946, mas um direito fundamental do ser humano, devendo ser a principal meta social de todos os governos. Seu lema foi: “saúde para todos no ano 2000”.

Depois de Alma Ata, representantes de diferentes setores envolvidos no tema promoção da saúde, realizaram as chamadas conferências de promoção da saúde. O principal objetivo é de analisar e discutir assuntos internacionais de promoção da saúde e então propor recomendações e estratégias. Cada uma das conferências produz um documento que tomam o nome de cartas da promoção da

²⁰ A partir de 2014 a abreviação de PNPS torna-se PNaPS

saúde. Com forte caráter político, essas assumem importante papel na consolidação de estratégias e na divulgação da promoção da saúde, funcionando como guia na implantação de políticas relacionadas ao tema (FERREIRA, 2008).

As principais conferências podem ser representadas no quadro a seguir:

Figura 2 - Síntese das conferências de promoção da saúde.

Ano	Conferência	Cidade
1977	Conferência Internacional Cuidados Primários de Saúde.	Alma Ata
1986	I Conferência Internacional Promoção da Saúde.	Ottawa
1988	II Conferência Internacional Promoção da Saúde.	Adelaide
1991	III Conferência Internacional Promoção da Saúde.	Sundsvall
1997	IV Conferência Internacional Promoção da Saúde.	Jakarta
2000	V Conferência Internacional Promoção da Saúde.	México
2005	VI Conferência Internacional Promoção da Saúde.	Bangkok
2009	VII Conferência Internacional Promoção da Saúde.	Nairóbi
2013	VIII Conferência Internacional Promoção da Saúde.	Helsinque
Outras conferências		
1992	Conferência Internacional de Santa Fé de Bogotá.	Bogotá
1993	I Conferência de Promoção da Saúde no Caribe.	Trinidad e Tobago
1998	Rede de Megapaíses para Promoção da Saúde.	Genebra
2002	III Conf. Lat. Am. Promoção da Saúde e Ed. Saúde.	São Paulo
2007	19ª Conf. IUHPE de Promoção da Saúde.	Vancouver
2009	IV Conf. Lat. Am. Promoção da Saúde e Ed. Saúde.	Colômbia
2010	20ª Conf. IUHPE de Promoção da Saúde.	Genebra

2011	V Conf. Lat. Am. Promoção da Saúde e Ed. Saúde.	México
2014	21ª Conf. IUHPE de Promoção da Saúde.	Tailândia

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A figura abaixo descreve uma cronologia dos principais eventos nacionais e internacionais que influenciaram no percurso do referencial da promoção da saúde. Essa construção baseou-se nos dados de BUSS (1998; 2000) e SILVA (2012).

Figura 3 - Linha do tempo da promoção da saúde

Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora.

1.3.4 O empoderamento nas cartas de promoção da saúde

Todo o movimento internacional de promoção da saúde iniciado com Lalonde, depois de receber críticas quanto ao excesso de foco em mudanças comportamentais individuais, desloca sua preocupação em construir formas propositivas de inclusão dos sujeitos nas ações de promoção da saúde. Assim, as conferências que se seguiram, trouxeram temas como empoderamento e participação para o centro do diálogo. Como o objeto desta pesquisa é o empoderamento, recuperamos as manifestações do termo nos documentos oficiais disponibilizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Cientes de que a promoção da saúde não se restringe às ações e documentos da OMS, deixamos claro que olhar as cartas em busca do termo empoderamento é mais um material que compõe o trabalho e que tem o objetivo aqui de acrescentar elementos para a discussão de como se deu a institucionalização do termo. Mesmo que tenham um cunho político e burocrático, é importante ressaltar que essas cartas são balizadoras de ações por todo o mundo, servindo não só de guia, mas de esteio de muitas ações. Ousamos dizer que em muitos lugares provavelmente seja o único documento sobre o tema. Assim, a forma que o termo assume nessas cartas tem forte peso na consolidação de ações.

A principal Carta da promoção da saúde é a de Ottawa (WHO, 1986) que definiu promoção da saúde como *“o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”*. Quanto ao termo empoderamento, já aparece neste documento, reforçando a importância do empoderamento comunitário, como forma de ter maior controle sobre seus destinos. Segundo WESTPHAL (2006) nesta carta estava implícito que eram necessárias capacitações, ampliação de poder e mobilizações para que a saúde fosse reconhecida como direito e critério de governo no processo de tomada de decisão.

Em Adelaide (WHO, 1988), não há a palavra explicitada no documento da OMS. Mas na carta subsequente, a de Sundsvall (WHO, 1991), é direcionada à criação de ambientes favoráveis à saúde, tem forte preocupação com o combate à pobreza, pois a *“pobreza frustra as ambições do povo e os seus sonhos de construir um futuro melhor”*. Incentivam o uso de estratégias educativas de capacitação, pois é *“a força motriz para a autoconfiança e o desenvolvimento.”* (WHO, 1991, p.7). Com esse destaque à dimensão social e econômica, o termo aproxima-se muito das discussões advindas dos direitos humanos, onde o empoderamento é entendido como antídoto contra a pobreza e a exclusão.

Na carta de Jacarta (WHO, 1997), é possível perceber uma mudança na proposta de reflexão do termo, aqui se fala de um “fazer com” e não uma ação sob os sujeitos. *“Promoção da saúde é realizada por e com as pessoas, não sobre ou para as pessoas”*. Inclui a preocupação em formar lideranças e participação nos processos decisórios. Mesmo mantendo o foco na educação, a proposta de focalizar em uma educação prática também é um diferencial das cartas anteriores.

De acordo com WESTPHAL (2006), os anos próximos à virada do século XXI o mundo vivia uma crise caracterizada pelo não cumprimento das promessas de liberdade, igualdade, solidariedade e paz. Havia então a preocupação em redimensionar o desenvolvimento e o conhecimento para novamente discutir valores e princípios que faziam frente ao desenvolvimento desvinculado das necessidades da população

A conferência do México (WHO, 2000), preocupada com o não cumprimento e concretização dos compromissos assumidos nas cartas anteriores, construiu uma nova metodologia de trabalho, criando duas frentes de trabalho, um técnico e ministerial que se reuniam em espaços conjuntos WESTPHAL (2006). Além dos ministros assinarem a declaração, os técnicos propuseram um extenso documento com forte preocupação com o empoderamento, defendendo-o como um dos aspectos centrais na promoção da saúde.

A carta de Bangkok (WHO, 2005) assume uma característica particular: ao invés de convocar os ministros para cobrar os compromissos assumidos e não cumpridos, convoca os centros colaboradores da OMS para que se comprometessem com as recomendações das cartas (WESTPHAL 2006). Este documento reafirma que o empoderamento deve estar no centro do desenvolvimento global e nacional. Seu discurso é bastante propositivo no que diz respeito às comunidades empoderadas, englobando a capacidade de reorientar políticas e práticas de saúde.

A conferência de Nairóbi (WHO, 2009) foi a que deu maior ênfase a preocupação com empoderamento, principalmente das comunidades. Deixa clara sua preocupação com o fortalecimento dos sistemas de saúde e com a construção de parcerias intersetoriais ou redes para garantir o funcionamento e a sustentabilidade do empoderamento. A estratégia vinculada à educação ganha força com o termo “health literacy” que no Brasil traduzimos por alfabetização em saúde.

Em Helsinque (WHO, 2013), assim como foi em Adelaide, nos documentos fornecidos pela OMS, apesar do termo estar intrínseco às discussões, não há menção à palavra empoderamento. A principal discussão de Helsinque refere-se à saúde em todas as políticas.

A leitura das Cartas com foco no termo empoderamento mostra que é fortemente ligado ao conceito de participação social, com o objetivo de incluir os sujeitos nas discussões e tomada de decisões. Para que essa participação seja efetiva, coloca-se a necessidade de empoderamento das pessoas para ocupar esses lugares, investindo em sua formação para criar espaços democráticos.

Como coloca WESTPHAL (2006), diante da preocupação com as iniquidades e com a participação social no processo de tomada de decisão sobre qualidade de vida e saúde, esses documentos se preocupam em disseminar estratégias participativas que “*ofereçam oportunidades aos indivíduos para ampliar o seu poder tanto do ponto de vista individual como coletivamente*” (Op. cit., p.652).

Dois aspectos gostaríamos de apontar: o primeiro é que nas cartas fica clara a opção em informar e garantir o acesso ao conhecimento em saúde para que os

indivíduos e comunidades alcancem o empoderamento; o segundo e consequente do primeiro, carrega o risco de compreender o sujeito como impotente diante da situação de vulnerabilidade, o que justifica a construção de ações educativas que deem ou devolvam-lhe o poder.

Habilitar as comunidades e os indivíduos para controlarem a sua saúde e o ambiente, através da educação e capacitação (empowerment). (WHO, 1991, p. 7).

O acesso à instrução e à informação é essencial para conseguir a participação e empoderamento das pessoas e das comunidades (WHO, 1997, p.5).

Além das conferências internacionais, tivemos outras de caráter regional de fundamental importância para a história da promoção da saúde brasileira. Entre as do exterior, em 1992 houve a Conferência da região das Américas em Bogotá, que tratou da promoção da saúde na América Latina. Esta conferência marca a descentralização da promoção da saúde e traz mudanças importantes.

Para STOTZ e ARAUJO (2004), foi a partir de Bogotá que diante da dificuldade de trabalhar o desenvolvimento social e humano, preconizou-se uma nova cultura de saúde, incentivando ações educativas, já que estas têm custo menor. A partir deste marco, os autores entendem que a promoção da saúde, no Brasil, vem criando estratégias cada vez mais sofisticadas de culpabilização das vítimas, haja vista a quantidade de atividades de educação sanitária vem acontecendo no país em nome desta.

Autores críticos à promoção da saúde afirmam que se se trata de uma prática prescritiva utilizada na configuração de conhecimentos e práticas neoliberais e conservadoras que estimulam a livre escolha a partir da lógica de mercado, reforçando então a menor influência do Estado e a responsabilização individual (WESTPHAL 2006).

Aqui podemos então discutir uma das principais críticas à promoção da saúde: o risco de funcionar como uma estratégia BIOPOLÍTICA, já que é questionada se é ou não uma proposta neoliberal. Neste momento, precisamos

discutir como não sê-lo diante de um Estado neoliberal, como não reforçar o individualismo, como não ser prescritor de hábitos e, ainda, não assumir uma tendência de fomentar estratégias de mudanças de estilos de vida.

Se a promoção da saúde é constantemente interrogada quanto ao seu discurso, ser ou não normatizador de estilos de vida a partir da definição de comportamentos saudáveis, por outro lado ela também é incentivadora da constituição de sujeitos autônomos, de intervenções coletivas, de trocas entre diferentes setores e de ampliação do olhar sobre o que compreendemos por saúde.

Esse lugar ambíguo da promoção da saúde também é trazido por FERNANDEZ (2011), aduzindo que se por um lado esse constructo possibilitou a discussão e a condução de ações preocupadas com os determinantes sociais econômicos e políticos envolvidos no processo saúde doença, por outro, o mesmo referencial tem preocupação em definir comportamentos e estilos de vida saudáveis.

MARCONDES (2004) pondera, entretanto, que este risco da promoção da saúde tanto pode legitimar a retração das políticas sociais do Estado assim como servir para a culpabilização da população, uma vez que, também, é remetido à própria saúde pública como um todo.

A ambiguidade da promoção da saúde é justificada pela existência de diferentes abordagens para sua compreensão, como colocam FERREIRA e CASTIEL (2011), colocando-a entre o conservadorismo e a mudança social. CARVALHO (2007) descreve as duas correntes da promoção da saúde: a conservadora, com forte veio behaviorista, orientadora de mudanças de comportamento e estilo de vida, com um olhar limitado para as questões sociais, com uma concepção reducionista do sujeito. E na versão mais moderna, a chamada “nova promoção da saúde”, com forte preocupação com os determinantes sociais da saúde e com a formação da cidadania.

Questionamos se essa ambiguidade presente no discurso da promoção da saúde pode ser estendida ao termo empoderamento, pois, também, podemos pensá-lo

como uma forma de manutenção do neoliberalismo, como uma forma de ‘dar poder a quem não tem’, ou como um processo emancipatório.

Conceitualmente, a promoção da saúde compreende o empoderamento por duas vertentes, como identificam KLEBA e WENDAUSEN (2009): uma vertente associada às ações assistencialistas com foco em ajustamento dos indivíduos no sistema capitalista; e outra vertente, que trabalha pela participação simbólica na luta pela democracia e equidade, onde o profissional assume papel mediador de processos que propulsionem empoderamento.

Compreendemos que, quando o referencial da promoção da saúde propõe a necessidade de pautar o empoderamento em suas ações, está pressupondo a emancipação e autonomia dos sujeitos, como um canal onde emanem subjetividades sem cairmos na armadilha do neoliberalismo. Ou seja, ao trazer essa preocupação para a agenda das discussões de políticas públicas coloca este referencial como questionador do modelo hegemônico, não eximindo o Estado de sua responsabilidade.

Entendemos que a contribuição do referencial instituinte da promoção da saúde pode cooperar para uma saúde pública não atrelada ao neoliberalismo, pois se trata de um discurso teórico questionador do modelo hegemônico vigente e tem como uma de suas principais funções a desconstrução de ações de cristalização dos sujeitos e dos serviços (FERNANDEZ ET al., 2008).

OBJETIVO

2. OBJETIVO

2.1. OBJETIVO GERAL

Compreender o uso do termo empoderamento no campo da saúde pública, a partir das percepções dos sujeitos envolvidos (coordenadores, profissionais e usuários) em duas ações de promoção da saúde.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer as significações atribuídas ao termo por parte dos envolvidos;
- Identificar os processos psicossociais envolvidos na produção dessas significações;
- Analisar as possibilidades de aproximação entre os significados/sentidos atribuídos e o referencial teórico.

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1. TIPO DE ESTUDO

O referencial teórico que fundamenta nossa escolha metodológica advém do campo das ciências sociais. Como descreve LOYOLA (2002) a Saúde Pública, considerada intervencionista, nasceu com o objetivo de ser uma área de atuação do Estado no combate às epidemias e prevenção de doenças, garantindo a qualidade de vida de conglomerados urbanos. Desde sua criação, seus principais pesquisadores eram médicos de tradição filosófica positivista interessada em estudar as populações, o que justifica o predomínio de pesquisas quantitativas.

Posteriormente com a contribuição das ciências sociais, cresceram as pesquisas com interesse em compreender a determinação social da doença, as políticas e instituições de saúde, as relações entre os sujeitos, as representações sociais da doença; os sistemas de saúde, as práticas de saúde oficiais e alternativas; as racionalidades terapêuticas; a medicalização das normas e do comportamento social, entre outros aspectos. Entretanto, como LOYOLA (2002) afirma, a produção científica das ciências sociais no campo da saúde ainda são desvalorizadas e submetidas à lógica biomédica, incorrendo no risco de perder o raciocínio crítico e articulado em nome da *perspectiva produtivista/quantitativista*.

Compreendemos que a escolha do método de pesquisa é constituída por uma estratégia estritamente vinculada a uma perspectiva teórica, que fornece uma forma de pensar sobre o sujeito e o mundo. Destarte, comprometidos com o pressuposto de que são os sujeitos para as quais se dirigem as ações os principais informantes das consequências das mesmas, para a realização desta pesquisa optamos pela utilização da abordagem qualitativa.

Como já apontado, o termo empoderamento é um dos pilares do referencial da promoção da saúde. Apesar da diversidade de experiências que

utilizam o termo, seja como uma meta a seguir ou como resultado de uma ação, há poucos estudos que trazem a percepção dos sujeitos sobre esse termo, o que mobilizou o desenvolvimento deste trabalho. Ou seja, conhecer o termo empoderamento a partir dos sujeitos que participam de práticas de promoção da saúde no âmbito da Saúde Pública foi nosso objetivo. Essa pretensão de compreender os discursos dos sujeitos justifica-se porque entendemos que podem trazer significados contundentes para a compreensão do referido termo e poderão subsidiar a reflexão sobre o mesmo.

Cada método traz consigo um conjunto de pressupostos sobre a realidade. No caso do método qualitativo, seus pressupostos partem do reconhecimento de que o mundo real só existe na medida em que nós tomamos parte dele e ele faz sentido para nós; a realidade social não é um todo unitário, mas uma multiplicidade de processos sociais que atuam simultaneamente; a sociedade é constituída de micro processos que, em seu conjunto, configuram as estruturas maciças (instituições, culturas, etc.). As sociedades se movimentam a partir da força da ação individual e grupal; os indivíduos estão inseridos num grupo social e, portanto, “representam” esta cultura. Somente a partir desses pressupostos é que podemos reconhecer e recortar micro processos e partir para investigá-los (VÍCTORA ET al., 2000).

Isso porque a realidade social constitui-se em camadas que a fazem tão complexa, sendo a função do pesquisador de apreender esta complexidade. Assim toda a investigação social de caráter qualitativo, ao lidar com sujeitos, tem como objeto algo complexo, inacabado, contraditório e em constante transformação (MINAYO, 1998).

Empregada principalmente no campo das ciências sociais, os métodos qualitativos vêm ganhando espaço na pesquisa em saúde, mas ainda podem ser tomados como “alienígenas” quando comparados aos métodos quantitativos, amplamente utilizados neste meio. Isso porque, comumente a pesquisa qualitativa é definida, em referência à pesquisa quantitativa, como “não científica” por não ser capaz de “medir” numericamente seus dados e ser julgada como de difícil replicabilidade (POPE e MAYS, 2009).

A pesquisa qualitativa está relacionada aos significados atribuídos pelos sujeitos às suas experiências e compreensões do mundo, sendo frequentemente considerada uma “pesquisa interpretativa”. Utilizando um conceito de Bauman, POPE e MAYS (op. cit.) defendem que um aspecto importante da pesquisa qualitativa é da possibilidade de “desfamiliarização”, ou seja, de questionar suposições ou ideias do senso comum tida como garantida.

Além disso, os autores apontam mais dois aspectos importantes da pesquisa qualitativa: que estuda os sujeitos em seus ambientes naturais e não em ambientes experimentais ou artificiais e que frequentemente emprega diferentes métodos qualitativos para sua coleta de dados. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa contribui para desvelar processos sociais que não são acessíveis na pesquisa quantitativa, por isso vem crescendo seu uso em estudos sobre organização de serviços de saúde e políticas de saúde POPE e MAYS (op. cit.).

Há também uma percepção incorreta de que a pesquisa qualitativa, por trabalhar com número menor de sujeitos ou ambientes do que a pesquisa quantitativa gera menos dados. Quando na verdade, como exemplificam os autores, uma transcrição de uma única entrevista ou de apenas um grupo focal podem gerar muitas páginas, somado às anotações de campo e análise documental de um ambiente “*encha uma gaveta de arquivo*” POPE e MAYS (op. cit. p. 77).

Há ainda outros preconceitos e mal entendidos a serem superados, como a crença de que a pesquisa qualitativa seja mais fácil de realizar por não exigir habilidade ou treinamento, quando na verdade os estudos qualitativos são volumosos e de difícil análise, sendo necessário um alto grau de capacidade interpretativa. A pesquisa qualitativa pode enriquecer o conhecimento sobre a atenção à saúde, mas não é uma opção fácil nem um caminho de respostas rápidas, como os autores colocam, utilizando Dingwall ET al., “*a pesquisa qualitativa requer uma real habilidade, uma combinação de pensamento e de prática e não pouca paciência*” POPE e MAYS (op. cit. p. 115).

Quanto ao envolvimento do pesquisador na pesquisa, diferente do que a postura clássica positivista propõe sobre o “máximo distanciamento entre o pesquisador e o objeto pesquisado” (GIL, 1999, p. 45), concordamos com MINAYO quando discute que toda a ciência, no campo social, é comprometida, ou seja, o pesquisador não fica a margem da realidade estudada: *“a visão do mundo do pesquisador e dos atores sociais estão implicadas em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do projeto até o resultado do trabalho”* (MINAYO, 1998, p. 21).

Como a autora também discute, no campo da abordagem qualitativa das relações sociais, um aspecto que também é necessário ressaltar diz respeito à identidade entre o sujeito e o objeto de investigação. Embora tenham diferenças de cultura, de faixa etária, de classe e outras *“tem um substrato comum que os tornam solidariamente imbricados e comprometidos”* (MINAYO, 1998, p. 21).

Em consonância, POPE e MAYS (2009) afirmam que na pesquisa qualitativa acontece o que chamaram de *“empreendimentos colaborativos”* onde tanto o pesquisador quanto o sujeito da pesquisa estão engajados no propósito de construir sentidos, assim trata-se de um processo dinâmico onde *“o respondente ativa diferentes aspectos do seu estoque de conhecimentos com a ajuda do entrevistador”* p. 28.

Assim, a pesquisa qualitativa exige do pesquisador uma postura flexível, aberta e de interação entre o pesquisador e os atores envolvidos. Por isso seus instrumentos podem ser corrigidos e readaptados durante o processo de pesquisa (MINAYO, 1998).

Para o caso particular desta pesquisa, dentro do escopo da pesquisa qualitativa, o método de estudo de caso foi preconizado. Por meio desta modalidade de pesquisa é possível descrever a situação do contexto em que está sendo feita a pesquisa, além de desenvolver teorias e explicar variáveis causais de determinado fenômeno em situações complexas que não possibilitam levantamentos experimentais (GIL, 2002). Dessa forma, os casos selecionados envolvidos na Rede

Nacional de Promoção da Saúde do MS foram as bases para realização dos estudos de caso.

Por questões de exequibilidade²¹ da pesquisa foi estipulado o contato com os dois municípios que cumprissem os critérios propostos pela pesquisa. Os critérios para seleção, descritos posteriormente, tiveram a intenção de encontrar dois municípios que atuassem dentro do escopo da Promoção da Saúde, na área da Saúde Pública, fomentadas pela gestão nacional por meio das ações do Ministério da Saúde.

3.2. SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Começamos a pensar o estudo a partir de indagações teóricas e, assim, fomos construindo nosso trabalho intelectual. Até que foi chegado o momento de conectar os pensamentos às ações concretas. Aqui queremos deixar claro que as escolhas dos locais da pesquisa foram posteriores à escolha do tema. Primeiro, nos inquietamos com a questão empoderamento e depois fomos construindo formas de viabilizar a ‘resposta à questão da pesquisa’: o que as pessoas que estão inseridas em ações de promoção da saúde têm a dizer sobre o tema?

No processo de seleção dos municípios, chamamos de etapa de aproximação, quando tivemos acesso ao campo. No período em que procurávamos lugares para a execução do campo, participamos do III Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde (III SBEPS), em 2011, e lá tivemos contato com o trabalho realizado pelo Ministério da Saúde brasileiro no âmbito da promoção da saúde. Uma das ações desenvolvidas para o fomento e fortalecimento da Política Nacional da Promoção da Saúde foi a construção da Rede Nacional de Promoção da Saúde. Compreendemos que este seria o cenário adequado para a escolha dos municípios para a realização do nosso trabalho.

²¹ Esta pesquisa não teve nenhum outro financiamento além da bolsa CNPQ da pesquisadora

Estabelecemos contato com a coordenadora da SVS/MS solicitando permissão para acesso aos dados. Depois de uma visita à Brasília e vários contatos por correio eletrônico foram então disponibilizadas as planilhas e os projetos cadastrados no FORMSUS dos municípios que receberam financiamento do MS para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde.

Nossos critérios de escolha tiveram como preocupação selecionar apenas dois municípios para a possível exequibilidade da pesquisa. Como o que queríamos conhecer de fato era como o termo empoderamento era traduzido no cotidiano das ações, entendemos que se escolhêssemos municípios com uma trajetória histórica de trabalho no campo da promoção da saúde, o termo empoderamento deveria fazer parte de seus vocabulários. Por fazerem parte da RNPS, pressupomos que trabalhariam dentro do referencial da promoção da saúde.

A seguir, descrevemos o percurso de escolha dos casos da pesquisa.

Critério 1 - Municípios participantes da RNPS: De acordo com MALTA (2011), até o ano de 2010 foram 1.465 municípios, com ações financiadas pelo MS com atuação dentro da promoção da saúde.

Critério 2 - Municípios com percurso histórico na RNPS de 2006 a 2010 ininterruptamente. Após análise dos bancos de dados (cadastro dos municípios que receberam incentivos financeiros do Ministério da Saúde), chegamos a 50 municípios que tiveram constância de financiamento, o que equivale a 3,41% dos mesmos.

Critério 3 - Municípios que mantiveram ações até 2014. Para saber se os municípios continuavam suas ações até o tempo da pesquisa, foram realizadas entrevistas telefônicas com os 50 municípios selecionados. Para os que não conseguimos contato telefônico, enviamos mensagem eletrônica.

Dos 50 municípios com que tentamos contato, via telefone ou mensagem eletrônica, 14 responderam e afirmaram que continuavam com ações relacionadas à Política Nacional de Promoção de Saúde. Trinta e seis municípios foram excluídos porque não atenderam ao contato telefônico e/ou não responderam mensagem

eletrônica dentro do período de consulta, ou porque não existiam mais ações de promoção da saúde. Ou, ainda, porque quem atendeu ao contato não soube dar informações ou porque estavam em mudança de gestão, ou de secretaria no período do contato.

Critério 4 - Municípios com maior número de informações solicitadas pelo MS. Dentre os 14 municípios, identificamos nos formulários de ações selecionadas aqueles que tinham maior número de informações solicitadas pelo MS. Os aspectos propostos pelo MS são: se apresenta informações sobre características da população, situação de saúde local, ações já desenvolvidas, elementos de gestão; promoção da saúde institucionalizada no plano municipal de saúde; público-alvo do projeto, etc.; se a descrição dos objetivos está clara, apresentando articulação com o(s) eixo(s) da PNPS proposto(s) no projeto; se há potencialidade de realização (exequibilidade); se a proposta de ação é coerência com os objetivos do projeto, descrição das estratégias, das ações, das atividades, das formas de execução, das parcerias e metas definidas; acompanhamento das ações, apresentação de indicadores, clareza na articulação com a Estratégia de Saúde da Família.

Critério 5 – Elegemos os dois primeiros municípios, sendo que o próximo passo foi chegar às ações.

Os dois municípios selecionados foram Guarulhos e Recife. Ambos contam com um longo percurso de militância no referencial da promoção da saúde. Entramos em contato via telefônico e correio eletrônico com os profissionais responsáveis²² pelas ações, que nos indicaram as ações, profissionais e espaços para a execução da pesquisa. Realizamos então nosso campo junto aos sujeitos das ações “Academia da Cidade” em Recife e “Guarulhos Cidade que Protege” em Guarulhos.

A forma com que a amostra desta pesquisa foi definida é denominada por GIL (1999) de amostragem por acessibilidade ou por conveniência, que é quando o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, obedecendo algum tipo de conveniência. A entrada no campo deu-se após os contatos e negociações com os

²² Nome do responsável pelo cadastro da proposta de ação na ficha FORMSUS de 2010.

responsáveis pelas ações para a autorização e operacionalização do estudo. Depois de uma apresentação sobre os objetivos da pesquisa, esses responsáveis indicaram os profissionais e locais para a realização da coleta.

No programa “Academia da Cidade” o coordenador indicou os profissionais e os polos para a realização dos grupos focais. No projeto “Guarulhos Cidade que protege” a coordenadora indicou uma profissional e, consequentemente sua região onde era responsável para a execução do trabalho. Assim, com uma escolha intencional, foram selecionados os sujeitos e os espaços onde ocorreram as coletas de dados.

As duas ações²³ selecionadas são diferentes entre si. O primeiro, considerado um programa, focaliza a questão da atividade física e o segundo, tomado como projeto, é direcionado ao tema violências. A seguir tem-se uma breve descrição dos municípios e suas ações a fim de contextualizar o cenário da pesquisa.

3.3. O CENÁRIO DE ESTUDO

Guarulhos - Guarulhos cidade que protege

Guarulhos é uma das 17 cidades da Região Metropolitana do Estado de São Paulo e apresenta característica típica destas regiões: cresceu de forma acelerada e desordenada, reflexo do forte desenvolvimento da indústria nacional, principalmente nas décadas de 1960 e 1970 e, atualmente, constitui-se na 11ª cidade em arrecadação fiscal do Brasil. Entretanto, o crescimento industrial da cidade, com a consequente produção material gerada, não foi acompanhado pela melhoria das condições de vida das pessoas que a habitam (KEZH e SOARES, 2014).

De acordo com os dados cadastrados no FORMSUS de 2010, o município conta com uma rede de atenção à saúde composta por 67 unidades básicas

²³ Quanto ao uso do termo programa ou projeto: mesmo sendo considerado um programa, o Academia da Cidade também foi nominado como projeto pelos sujeitos.

de saúde, 08 ambulatórios de especialidades, 03 hospitais municipais 02 hospitais filantrópicos, 02 hospitais estaduais.

Guarulhos tem um reconhecido compromisso do governo local com o desenvolvimento de políticas públicas preocupadas com a promoção da saúde. Com isso, tem implementado reformas e transformações nas formas de prestação dos serviços públicos, nas quais princípios como a intersetorialidade ocupam um lugar de destaque, como o Orçamento Participativo, introduzido em 2001 e o projeto “Saúde Participativa”, realizado a cada dois anos desde 2005 como descrevem KEZH e SOARES (2014).

Ainda segundo dados do FORMSUS, em 2010 o Planejamento Estratégico da Secretaria da Saúde definiu como uma das prioridades a implantação da Política Municipal de Promoção da Saúde. A partir de então foi constituído o Comitê Gestor de Política de Promoção da Saúde e DANTs, com as atribuições de acompanhar e monitorar ações, buscar recursos financeiros, divulgar e difundir a promoção da saúde no município. É neste contexto que a secretaria municipal de saúde entende como fundamental o investirmos na capacitação dos profissionais, sensibilização da população do território e fortalecimento da intersetorialidade.

O investimento nessa direção culminou na criação da Política Municipal de Promoção da Saúde em 2014, com o propósito de constituir e fortalecer redes de compromisso e corresponsabilidades no campo da saúde e tem como objetivo *“Implantar a política de promoção da saúde no âmbito do município de Guarulhos buscando reduzir as vulnerabilidades, os riscos e os danos que acontecem no processo saúde/doença, atuando em seus determinantes e condicionantes”* (GUARULHOS, 2014).

O governo municipal, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, participa da RNPS desde 2006, especialmente com ações no campo de enfrentamento às violências podendo ser considerado um importante parceiro do Ministério da Saúde na implantação da Rede de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes – Rede VIVA.

Atualmente, a cidade conta com um Grupo Gestor Intersetorial de Prevenção de Violências Contra Crianças e Adolescentes do Município de Guarulhos que trabalha na efetivação de uma Rede Municipal de Proteção dos Direitos de Crianças e Adolescentes e de Prevenção às violências.

Neste sentido, o projeto indicado para nosso trabalho é fruto de uma parceria entre as Secretarias da Educação, Saúde e Desenvolvimento e Assistência Social. Nasceu de um curso ministrado pela Universidade Federal de São Paulo, campus de Guarulhos chamado “Escola que Protege” com objetivo de compartilhar informações sobre as diferentes formas de violências no território, visando subsidiar ações práticas de enfrentamento às violências (GUARULHOS, 2012).

O projeto é desenvolvido em distritos de saúde em quatro regiões do município: Água Chata, Paraíso/Taboão, Pres. Dutra/Ponte Alta e São Rafael/Flor da Montanha. A proposta tem caráter intersetorial, desenvolvendo-se por meio da integração entre as escolas municipais e as unidades básicas de saúde, compondo redes nos territórios locais (KEZH e SOARES, 2014).

Tem como objetivo “contribuir para o fortalecimento da Rede de Proteção aos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes”. Para isso, busca:

[...] mobilizar atores locais: escolas municipais e estaduais, unidades básicas de saúde (UBS), centros de referência de assistência social (CRAS), Centros de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar (CT), Coordenadoria da Mulher, Coordenadoria da Juventude, entre outros atores do território para potencializar suas ações de proteção e prevenção (GUARULHOS, 2012).

Tem como seu foco:

[...] propor e avaliar políticas públicas de efetivação do Estatuto da Criança e do Adolescente; por meio do desenvolvimento de metodologias de ações de sensibilização, informação, formação e de discussão de casos emblemáticos para construção de fluxos de atendimento, produção de documentos norteadores para profissionais das diferentes áreas das políticas públicas

participantes do grupo; realizar campanhas; promover seminários; elaborar e executar projetos de prevenção às violências contra crianças e adolescentes do município (GUARULHOS, 2012).

Recife – Academia da Cidade.

Recife, capital do Estado de Pernambuco, situa-se na região nordeste do país. Pertence à Região Metropolitana do Recife. É totalmente urbana, com uma população residente estimada de 1.634.808 habitantes em 2010. É uma cidade que desempenha importante papel centralizador em seu estado e região (RECIFE, 2011).

Com uma composição territorial diversificada, o município é dividido em 94 bairros aglutinados em seis regiões político-administrativas, cada uma corresponde a um distrito sanitário no campo da saúde.

Assim como Guarulhos, Recife tem, por parte do governo local, um reconhecido compromisso com a implantação e desenvolvimento de políticas públicas que atuem dentro do escopo da promoção da saúde. É participante da RNPS desde seu início com ações propositivas nesta área. O município é considerado uma referência nacional na implantação de seu programa de atividade física. Tanto que em 2011 foi utilizado como principal modelo pelo Ministério da Saúde para elaboração do Programa Academia da Saúde (CRUZ e DAMASCENA 2013)

Considerada uma de suas principais ações de promoção da saúde o programa Academia da Cidade, tem reconhecimento nacional e internacional recebendo, alguns prêmios ao longo de sua história, como o Prêmio David Capistrano (2004), Prêmio Cidades Saudáveis na Colômbia (2005; reconhecimento como intervenção exitosa (CDC/MS 2008), Implantação San Diego/CA Academia (FIT – 2009) e o Observatório de Inclusão Social (2010) (RECIFE, 2014).

De acordo com os documentos do programa, seu objetivo é de:

Contribuir para a promoção da saúde coletiva através da prática de atividades físicas, lazer e orientação para a adoção de hábitos alimentares saudáveis. Potencializando o uso dos espaços públicos, promovendo o protagonismo social, visando a melhoria da qualidade de vida da população (RECIFE, 2014).

Assim, o programa caracteriza-se como uma política de promoção da saúde com ênfase na atividade física, lazer e alimentação saudável, e tem como princípios: autonomia do sujeito; protagonismo social; intersetorialidade; gestão compartilhada; interdisciplinaridade; transversalidade; saúde e lazer como direitos do cidadão. Acontece em várias regiões do município, denominados polos, no período de contato da pesquisa contavam com 39 polos distribuídos pelos bairros de Recife (RECIFE, 2014).

Segundo a apresentação do Programa, são desenvolvidas atividades de práticas corporais e atividades físicas; orientação para a prática de atividade física; apoio às ações de promoção da saúde desenvolvidas na atenção primária em saúde; apoio às iniciativas da população relacionadas aos objetivos do programa; planejamento das ações do programa em conjunto com a equipe de atenção primária em saúde e usuários; identificação de oportunidades de prevenção de riscos, doenças e agravos à saúde, bem como a atenção às pessoas participantes do programa; atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar (RECIFE, 2014).

De acordo CRUZ e DAMASCENA (2013) o contexto de criação do programa favoreceu a articulação com outros programas municipais integrados à secretaria de saúde, fortalecendo e ampliando ações conjuntas desenvolvidas no âmbito da promoção da saúde. Segundo as autoras, o programa, por ter como principal característica a requalificação de espaços públicos de convivência e lazer, favorecem a vivência de práticas corporais como ginástica, dança, caminhada, corrida, jogos, brincadeiras, além de palestras, oficinas, reuniões e serviços de orientação.

3.4. TRABALHO DE CAMPO

A seguir, apresentaremos as justificativas teóricas para a utilização das técnicas escolhidas. Posteriormente, descreveremos como foram operacionalizadas neste estudo. Como afirmado anteriormente, compreendemos que as técnicas de pesquisa que compõem o método devem estar vinculadas com o referencial teórico utilizado (VÍCTORA ET al., 2000, p 62).

Entretanto, cabe aqui uma preocupação lançada por MINAYO (1998, p. 197), qual seja do pesquisador *“sucumbir-se à magia dos métodos e das técnicas, esquecendo-se do essencial, isto é, a fidedignidade às significações presentes no material e referida a relações sociais dinâmicas”*.

Com esta precaução, dividimos a técnica de pesquisa em três partes como sugerem VÍCTORA ET al., (2000): técnicas de coletas de dados; técnicas de registros de dados e técnicas de análise/interpretação dos dados.

Figura 4 - Síntese das técnicas de pesquisa de campo

Técnicas de coleta	<ul style="list-style-type: none"> • Análise documental • Observação • Entrevista • Grupo focal
Técnicas de registros	<ul style="list-style-type: none"> • Anotações • Transcrições
Técnicas de análise	<ul style="list-style-type: none"> • Ordenação • Classificação • Análise

Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora.

3.2.1. Técnicas de coleta dos dados

Como descrito anteriormente, deixamos claro em todo o processo de coleta que não tínhamos objetivo de avaliação dos programas, mas sim conhecer as significações atribuídas ao termo empoderamento. Neste momento do trabalho foi de fundamental importância assumir uma postura de aprendiz e de receptividade das informações advindas, pois a função era de conhecer e aprofundar a compreensão do termo.

Desde o primeiro contato, constituiu-se uma relação de colaboração e confiança por parte dos coordenadores, dos profissionais e usuários das duas ações, o que foi considerado um aspecto importante na coleta. O esclarecimento prévio, deixando claro que a pesquisa tinha um caráter conceitual, ou seja, queria compreender um dos temas da promoção da saúde, excluiu-se uma possível preocupação de estarem sendo avaliados por um sujeito externo que poderia apontar erros.

Diante da não neutralidade do pesquisador, por ter habilidades necessárias advindas da própria formação profissional²⁴, todo o campo da pesquisa foi conduzido pela própria pesquisadora. O que trouxe a vantagem de conduzir os instrumentos mantendo o foco no problema da pesquisa e, ao mesmo tempo, fomentando o cenário colaborativo entre pesquisador e sujeitos. A coleta de dados foi realizada entre o segundo semestre de 2013 e o primeiro semestre de 2014.

Cabe assinalar que foram construídos roteiros (Anexo 3) para a pesquisa, onde concordamos com MINAYO (2005) que tais roteiros são guias com a função de sinalizar tópicos dos caminhos a seguir na pesquisa. Buscam a intensidade, as representações e os diferentes significados das situações investigadas que se dão em um processo interativo: *“O roteiro se apoia na habilidade relacional do investigador e na sua capacidade para transformar o objeto teórico em conversa com finalidade”* (MINAYO, 2005, p. 133). Antes da entrada no campo, construímos roteiros de entrevista e grupos focais como quantidade maior de questões, entretanto depois do

²⁴ Graduação em psicologia e experiência profissional como facilitadora de grupos focais

período de exploração do campo, vimos que estes deveriam ser mais fluidos, com menor quantidade de perguntas para que chegássemos ao que Minayo propôs: “*conversas com finalidade*”.

3.4.1.1. Análise documental

A análise de documentos – normas, documentos, diretrizes referentes às ações – tem como propósito identificar o contexto histórico, as principais características da intervenção, o público alvo e suas possíveis correlações. A análise documental é uma técnica de coleta de dados bastante valiosa, pois visa tanto à complementação das informações obtidas por outras fontes, como a descoberta de novos aspectos do problema estudado (LUDKE e ANDRÉ 1986; TRIVIÑOS 1987).

VÍCTORA ET al. (2000) afirmam que a análise de documentos pode ser uma boa fonte de informações, aliada a outras técnicas, complementando-as ou evidenciando fatos novos. Podem ser considerados objetos de pesquisa documental: documentos oficiais (leis, regulamentos); pessoais (cartas, diários, autobiografias); públicos (livros, jornais, revistas, discursos).

A partir do contato com as ações foram considerados documentos: apresentações disponibilizadas pelos coordenadores, documentos fornecidos pelo MS e materiais apresentados pelos profissionais. Também foram acessadas informações das ações disponibilizadas na internet, além de artigos científicos e capítulo de livro sobre os mesmos. A análise dos documentos possibilitou identificar as principais características das intervenções, assim como a complementação das informações obtidas por outras fontes.

3.4.1.2. Observação

A observação na pesquisa qualitativa produz dados sobre os comportamentos e situações atuais e possibilita a comparação entre o que é observado e o que é dito, narrado em entrevistas. Além disso, permite apreender melhor o contexto no qual os comportamentos e concepções são acionados, fornece informações sobre as interações sociais e também as interações com o espaço social (VÍCTORA ET al. 2000).

Entretanto, os possíveis efeitos da presença do pesquisador precisam ser considerados, pois este deve estar *“ao mesmo tempo, distante e próximo do objeto de observação”* (VÍCTORA ET al. 2000, p. 63). Desta forma, a maneira mais adequada de observar é ter claro que a presença do observador é parte do evento a ser observado.

Como coloca GIL (1999) a observação assume diferentes formatos. No caso da observação simples pode ser pouco sistemática e permitir ao pesquisador expandir seu conhecimento de fatos e situações que tenham certo caráter público. É adequado principalmente aos estudos qualitativos, principalmente para estudo das condutas manifestas das pessoas na vida social.

As observações simples ocorreram concomitantemente à aplicação das outras técnicas de coletas. Foram realizadas observações em cada um dos projetos, totalizando aproximadamente 48 horas de observações. Nas duas ações observamos o território onde estas ocorriam. Em Guarulhos tivemos a oportunidade de observar um seminário onde foram socializadas informações sobre o projeto. Por esta técnica foi possível observar como se davam as interações entre profissionais, os espaços físicos, a relação entre profissionais e usuários, entre outros aspectos que contribuíram para a compreensão do termo, além de proporcionar maior familiarização com as propostas. As descrições dos acontecimentos, das interações e situações observadas foram registradas no momento de ocorrência destas, ou à posteriori, em caderno de anotações da pesquisadora, como propõe GIL (1999).

3.4.1.3. Grupo focal

No campo da pesquisa qualitativa a técnica do grupo focal vem sendo cada vez mais utilizada na pesquisa social e ganhando força na área da saúde. É derivada das diversas formas de trabalho com grupos desenvolvidos na psicologia social (GATTI, 2005).

Os grupos focais são considerados um tipo de entrevista em grupo em que há uma comunicação entre os participantes de forma a gerar dados para a pesquisa. É valorizada a interação grupal onde as pessoas são estimuladas a falar umas com as outras e trocar experiências e percepções sobre um tema em questão (POPE e MAYS, 2009).

A proposta dos grupos focais é de que em processos grupais as pessoas são estimuladas a explorar e clarear suas reflexões. O fato de um grupo reunir-se para um trabalho em grupo já traz elementos importantes para compreensão do cotidiano dos sujeitos. Por isso *“os grupos focais alcançam os elementos que outros métodos não conseguem alcançar, revelando dimensões da compreensão que comumente permanecem despercebidas por outras formas de coleta de dados”* (POPE e MAYS, 2009, p. 34).

Esta discussão está de acordo com os apontamentos de DE ANTONI ET AL. (2001), entre as principais vantagens na utilização dessa técnica, uma delas refere-se ao que chamaram de *insight*, ou seja, através de trocas de experiências e opiniões, os participantes percebem atitudes presentes em seu modo de pensar também presentes nos outros participantes. O que também está de acordo com IERVOLINO e PELICIONI (2001) que afirmam que uma das maiores riquezas do grupo focal é a possibilidade de construir atitudes e opiniões na interação com o outro.

A possibilidade de garantir poder aos participantes, tornando-os uma parte ativa do processo de pesquisa também foi apontada como um importante aspecto desta técnica. A possibilidade de suas expressões e críticas, assim como de

possíveis soluções tem um valor inestimável aos participantes e à pesquisa (POPE e MAYS, 2009).

Para a montagem de um grupo os participantes devem ter algumas características em comum que os qualificam para a discussão do tema que será foco do trabalho. Quanto ao número de participantes dos grupos focais não há consenso na literatura, havendo variações. IERVOLINO e PELICIONE (2001) estabelecem entre 06 a 10 participantes. Importa que seu tamanho seja suficientemente interessante para que todos os participantes exponham suas opiniões e que haja diversidade entre elas.

Como um grupo focal gera grande quantidade de dados, muitos estudos baseiam-se em uma quantidade modesta de grupos. POPE e MAYS (2009). No caso desta pesquisa foram realizados seis grupos focais: dois com profissionais e quatro com usuários dos serviços.

Os grupos focais foram considerados as principais ferramentas para este estudo, pois possibilitaram um cenário fluido para trocas de experiências, de consensos e discussões entre os participantes.

Diferente do que comumente acontece, não tivemos dificuldades em convidar os participantes para a montagem dos grupos, pois contamos com a contribuição dos trabalhadores neste sentido. Os profissionais dos dois programas foram convidados para participar de uma reunião com a presença da pesquisadora. No programa de Recife logo após a apresentação iniciamos o grupo focal. Em Guarulhos iniciamos após uma apresentação do grupo sobre a proposta.

Um grupo focal de profissionais com vínculo empregatício com o serviço público foi composto sete por profissionais, duas mulheres e cinco homens, todos com ensino superior completo, seis ocupavam a função de coordenadores dos distritos onde estão alocados os polos e um ocupava a função de assessoria da coordenação. O tempo de trabalho no programa variou entre seis e dez anos, com exceção do assessor que estava na função a menos de um ano.

O outro grupo de profissionais com vínculo empregatício com o serviço público foi composto por oito profissionais, sete mulheres e um homem. 70% com ensino superior completo. Dois ocupavam a função na área da educação, duas da assistência social e os outros da área da saúde.

Quanto aos grupos dos usuários de Recife, estes se encontraram nos espaços para realização das atividades do programa, quando foram convidados a participar dos grupos focais. Como a adesão era voluntária, podiam escolher se queriam participar do grupo. Um dos grupos ficou fragilizado pela falta de condições adequadas quanto à acústica para aplicação da técnica. Depois de esclarecer qual o objetivo da pesquisa, da técnica e que a participação deveria ser voluntária, realizamos os grupos.

Os grupos de usuários contaram com a presença de seis a treze pessoas, formados principalmente por mulheres (90%), moradores da região onde aconteciam as ações. Os grupos foram realizados em salas adequadas, não havendo necessidade de deslocamento. Foi preocupação que tivessem privacidade na sala para que todos expusessem suas opiniões. Todos os grupos foram gravados.

Entrevista

De acordo com LUDKE e ANDRÉ (1986), a entrevista é um dos instrumentos básicos de coleta de dados dentro da perspectiva da pesquisa qualitativa. Os objetivos das entrevistas são apreender as percepções, os sentidos e os significados na perspectiva dos sujeitos envolvidos quanto aos temas de interesse da pesquisa, bem como identificar e analisar a possível contribuição da promoção da saúde.

O tipo de entrevista utilizada foi a semiestruturada, em que há uma estrutura flexível, com questões abertas a respeito o tema a ser explorado. Como POPE E MAYS (2009) descrevem a ordem das questões na qual o roteiro foi

formulado pode variar de acordo com a interação com o entrevistado, além de poder introduzir questões adicionais à medida que se familiariza com o tópico a ser discutido.

A intenção da pesquisa foi de realizar entrevistas com os dois coordenadores locais vinculados à secretaria municipal de saúde. As visitas da pesquisadora foram agendadas previamente e realizadas no próprio ambiente de trabalho dos mesmos. Apesar da disponibilidade apresentada, uma entrevista ficou fragilizada porque o coordenador estava na função a pouco mais de um ano no período da coleta e, por não ocupar uma função na área da saúde antes de assumir este cargo, estava em processo de familiarização com o campo da saúde pública. Também disponível a contribuir, a entrevista com o outro coordenador trouxe maior quantidade de materiais para o que se propunha conhecer.

Figura 5 - Síntese da coleta de dados:

Técnica de coleta
Grupos focais - Profissionais
Grupos focais - Usuários
Entrevista - Coordenação
Observações

3.4.2. Técnica de registro dos dados

Nesta parte ocorreu a organização do registro dos dados ou a organização dos dados brutos da pesquisa. Foram considerados registros dos dados coletados as notas da pesquisadora, gravações, registro de observações, diário de campo,

documentos das ações, arquivos de apresentações. Na fase posterior, ocorreu a sistematização deste material, compondo o que VÍCTORA ET al (2000) chamam de “lapidação” dos dados.

3.4.3. Técnica de análise dos dados

Considerada a parte final, foi o momento onde houve a leitura baseada nos referenciais teóricos da pesquisa. Optamos pela proposta de MINAYO (1998) para esta fase de análise dos dados, que se dividiu em três etapas:

- (a) Ordenação dos dados: nesta etapa fizemos as transcrições das gravações; a releitura do material; a organização dos relatos e das observações.
- (b) Classificação dos dados: neste passo fizemos a leitura exaustiva e repetida dos textos, criando uma relação interrogativa com eles, ou seja, os materiais foram lidos com a seguinte questão em mente: o que entendem por empoderamento? O que isso tem a ver com o termo? Que noção de empoderamento carrega? A partir da leitura minuciosa, agrupamos as falas em unidades temáticas, que deram origem às categorias empíricas, posteriormente confrontadas com o referencial teórico. A classificação se deu por meio das significações atribuídas
- (c) Análise final dos dados: quando realizamos a articulação entre os dados obtidos com o referencial teórico que orientou o estudo.

3.5. **OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA**

Aqui apresentamos o percurso metodológico utilizado na pesquisa

Figura 6 - Síntese da operacionalização da pesquisa de campo

Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Os objetivos deste estudo, a garantia do sigilo em relação à identificação dos participantes, as autorizações de gravação das falas, bem como a participação voluntária dos sujeitos, foram explicitadas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 01).

O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), via Plataforma Brasil (CAAE: 01599312.0.0000.5421), (nº do parecer 48315), onde foi aprovado (Anexo 02). Somente após sua aceitação que pudemos realizar a coleta dos dados da pesquisa.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para apresentação dos resultados da pesquisa, iniciamos expondo o cenário amplo de onde partimos: o contexto da gestão pública de promoção da saúde, construído a partir da análise documental deste trabalho. Como previamente descrito, antes da entrada no campo para a coleta de dados, houve uma etapa de aproximação do Ministério da Saúde, onde conhecemos a Rede Nacional de Promoção da Saúde. Este contato permitiu-nos ter acesso aos materiais que contribuíram para a compreensão do nosso cenário de estudos. A seguir apresentamos alguns resultados da análise documental sobre a RNPS.

4.1. A REDE NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Há muitas ações de promoção da saúde desenvolvidas por instituições públicas, privadas e terceiro setor, assim como está em muitas áreas de conhecimento, como a educação, administração e meio ambiente. Mas, como dito anteriormente, nosso trabalho teve a preocupação de buscar intervenções que fossem desenvolvidas sob coordenação da gestão pública de saúde, em ações que estivessem vinculadas ao ideário da promoção da saúde. Assim, buscamos a promoção da saúde em políticas públicas de saúde, por isso procuramos ações vinculadas ao MS brasileiro.

Na perspectiva do MS, a institucionalização do referencial da promoção da saúde a partir da aprovação da PNPS em 2006, foi um importante instrumento para a implantação e fortalecimento de ações transversais entre diferentes setores, de forma a criar uma rede de compromissos em prol da saúde da população, ou seja, a partir da PNPS tornou-se possível criar mecanismos de corresponsabilização e cogestão da saúde (MALTA *et al.*, 2009).

Neste sentido, desde 2005, de acordo com MALTA *et al.* (2010), entre outras ações para fortalecer a PNPS, o MS fomenta a implantação de ações nos municípios brasileiros, por meio de incentivos financeiros vinculados a convênios, editais e portarias. Estes municípios possibilitaram a composição da RNPS.

Historicamente, segundo o MS (2011), o início da construção e financiamento da RNPS²⁵ deu-se da seguinte forma:

- 2006 – Edital nº 3 financiou 78 projetos de NPVPS; Edital nº 2, financiou 132 projetos de atividade física e alimentação saudável.
- 2007 – Edital nº 1 financiou 129 projetos de NPVPS; Edital nº 2, financiou 209 projetos de práticas corporais/atividade física.
- 2008 – Portaria nº 79 financiou conjuntamente 523 projetos das ações prioritárias da PNPS.
- 2009 – Portaria nº 139 financiou conjuntamente 1.369 projetos de promoção da saúde em todas as ações prioritárias da PNPS.
- 2010 – Portaria nº 184 financiou conjuntamente 1.300 projetos de promoção da saúde em todas as ações prioritárias da PNPS

Entre os anos de 2006 e 2010, pela RNPS, “*foram repassados cerca de R\$ 171 milhões às Secretarias Estaduais e em torno de 1500 Secretarias Municipais de Saúde de todas as regiões do país*”. A estratégia de seleção foi por meio de editais públicos, com envio de projetos pelos municípios, que eram avaliados e selecionados. Com esses recursos, os gestores públicos desenvolveram projetos de promoção da saúde. A partir de 2011, foram definidas novas modalidades de repasse de recurso, buscando ações continuadas, sustentáveis e universais (MALTA *et al.*, 2014).

²⁵ •Em 2005 pela Portaria 2.608, o MS financiou estados e capitais para ações de atividade física e alimentação saudável, ambientes livres de tabaco;

Os municípios participantes deveriam desenvolver projetos que abordassem os eixos temáticos da PNPS: Prática Corporal/Atividade Física; Redução da Morbidade por Acidentes de Trânsito; Prevenção da Violência e Estímulo à Cultura da Paz; Redução da Morbidade em Decorrência do Uso Abusivo de Álcool e outras Drogas; Prevenção e Controle do Tabagismo; Alimentação Saudável e Promoção do Desenvolvimento Sustentável.

Em 2011, o MS apresentou, no Seminário de Efetividade da Promoção da Saúde, os dados de um processo de avaliação da RNPS. Com a crescente descentralização e capilaridade das ações de promoção da saúde no SUS, houve a necessidade de implementar um processo avaliativo das experiências locais. Para tanto, foi realizada uma pesquisa avaliativa por meio de inquérito telefônico. O universo do estudo constituiu-se por 1000 entes federados que receberam incentivo federal no ano de 2009 (MALTA et al., 2011).

Os resultados desta pesquisa, apresentados no Seminário, mostraram que os eixos temáticos da PNPS mais desenvolvidos nos projetos foram atividade física e prevenção das violências e estímulo à cultura de paz.

Figura 7 - Distribuição dos projetos da Rede Nacional de Promoção da Saúde, eixos da PNPS, M.S., Brasil, 2011.

Extraído de: MALTA, 2011 - SVS/MS.

Quanto à articulação com a Atenção Primária em Saúde, 94% dos projetos estavam ligados à estratégia Saúde da Família, 30,8% articulava-se com os NASF e 36,3% com o PSE. Esses dados mostram que as ações de promoção da saúde ocorrem conectadas com a atenção básica, assim a RNPS funcionou como integradora entre as políticas de promoção da saúde e atenção básica.

Em relação à intersectorialidade, 93,4% dos projetos integravam ações com outros órgãos ou setores, sendo que as áreas mais citadas foram educação, assistência social, esportes e cultura.

Figura 8 – Distribuição dos registros de articulação intersectorial da Rede Nacional de promoção da saúde, M.S., Brasil, 2011.

Extraído de: MALTA, 2011 - SVS/MS.

Quanto à abrangência dos projetos, 38,1% acompanhavam entre 31 e 100 pessoas por semana e 37,1% acompanhavam entre 101 e 500 pessoas. Destaca-se que 66,6% dos projetos eram para idosos.

A avaliação feita pelo MS também apontou que 50,2% dos projetos eram voltados para grupos de risco ou doentes (47,6% diabéticos; 47,5% hipertensos e 24,1% pessoas com sobrepeso/obesidade) e 37,5% dos projetos são para a população adulta. Quanto ao monitoramento e avaliação, o resultado perfaz em 94,9%. Os principais resultados da avaliação da RNPS possibilitaram mapear a distribuição da rede e das ações desenvolvidas, de forma a subsidiar a tomada de decisão e a criação de estratégias nacionais que impulsionem a expansão das ações de promoção da saúde no país (MALTA et al. 2011).

A partir de 2011, as portarias de financiamento da RNPS desmembram-se em dois blocos, priorizando as ações de atividade física denominada “Rede Nacional de Atividade Física” (RNAF) e de violência com a Rede Nacional de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde.

Segundo GOMES (2009) apesar da RNPS ser composta pelos sete eixos temáticos propostos pela PNPS, diante da predominância de ações direcionadas à atividade física/práticas corporais e de violência, é comum na literatura encontrarmos a rede desmembrada entre a de promoção das práticas corporais/atividades físicas e a de núcleos de prevenção das violências e promoção da saúde e vigilância das violências e acidentes (GOMES, 2009).

KNUTH *et al.* (2010, p. 230) confirmam que desde o início da Rede Nacional de Promoção da Saúde é perceptível a ênfase em projetos voltados a atividade física, “*por isso, esta também é considerada a Rede Nacional de Atividade Física (RNAF) do Ministério da Saúde*”.

Para GOMES (2009) que estudou as portarias que viabilizaram o financiamento da RNPS, destaca que a rede de práticas corporais/atividades físicas tem como objetivo reconhecer os determinantes e condicionantes da saúde e espera, como resultado de suas ações, a mobilização da população para a redução do sedentarismo e consequente diminuição dos fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis. Ao que o autor analisa que essas ações focalizam a prevenção de doenças e a responsabilização dos sujeitos para a adoção de hábitos saudáveis.

Já a rede de prevenção das violências e promoção da saúde, segundo o autor, tem um caráter mais organizador do serviço para o atendimento da violência, reforçando a importância de construção de núcleos que trabalhem com a identificação, a notificação, o atendimento e a capacitação profissional. As ações coletivas são pensadas para disseminação de ações educativas, sensibilização e mobilização da população. Mas não deixam claro o que compreendem por sensibilizar e mobilizar (GOMES, 2009).

Há uma grande quantidade de produções teóricas que trata da importância da atividade física na qualidade de vida dos sujeitos, o que justifica o enfoque da gestão federal: *“a indução de atividade física-práticas corporais, como reconhecido fator de proteção contra os riscos que ameaçam a saúde”* (MALTA *et al.*, 2009, p. 81).

Assim como há uma vasta produção bibliográfica que discute a necessidade de trabalhar o tema violência na saúde pública, tratando-se de um importante passo do MS o incentivo às ações nesta área (MALTA *et al.* 2007).

Sobre a priorização de dois eixos na RNPS cabe uma consideração: a OMS quando criou a RNPS objetivava construir uma rede de compromissos em prol da qualidade de vida da população, a partir dos referenciais da promoção da saúde. Entretanto, ao longo de sua história, o MS priorizou dois dos eixos da PNPS em detrimento dos outros cinco. Ao tomar a promoção da saúde como transversal, a priorização de eixos incorre no risco de estreitar a compreensão da própria política, reduzindo-a a dois aspectos da saúde da população.

O outro ponto que precisamos tomar cuidado diz respeito à diferença entre prevenção de doenças e promoção da saúde. A primeira tem maior vínculo com uma visão biologicista e comportamental do processo saúde doença, assim identifica riscos e atua sobre eles, enquanto a promoção da saúde tem uma visão mais holística e sócio ambiental do processo, sendo entendida como prática emancipatória e um imperativo ético (WESTPHAL, 2000; AKERMAN *et.al.*, 2004).

Como discute CZERESNIA (2003), já é uma questão complexa a saúde pública considerar-se responsável pela promoção da saúde, visto que suas práticas giram em torno de conceitos de doença. Nesse sentido, a autora contribui na distinção entre promoção e prevenção, explicando que a última pressupõe uma ação antecipada que evite um possível adoecimento, para isso, baseia-se no conhecimento epidemiológico de controle de transmissão de doenças infecciosas e redução de riscos de prováveis doenças degenerativas e outros agravos, assim, utiliza-se de estratégias de prevenção e educação em saúde que recomendam mudanças de hábitos. Já a promoção não se dirige a uma determinada doença ou desordem, mas busca o bem estar geral, uma vez que suas estratégias enfatizam mudanças nas condições de vida e trabalho, gerando a necessidade de uma abordagem intersetorial.

A autora ainda esclarece que, para compreensão da diferença entre prevenção e promoção, é preciso ter claro que o conhecimento científico é um campo de incertezas, ou seja, não tem todas as respostas. Por isso, pensar em termos de promoção da saúde coloca-nos a necessidade de considerar que não há um discurso unificador de todas as dimensões que envolvem a saúde, o que exige o diálogo entre diferentes campos de conhecimento para além da saúde pública, mas:

Esse diálogo não se estabelece sem lacunas e pontos obscuros. Um dos exemplos, nesse sentido, é a marcante vinculação dos projetos em promoção da saúde com o conhecimento elaborado mediante estudos epidemiológicos de risco. [...] Grande parte dos projetos definidos como promoção também aponta exposições ocupacionais e ambientais na origem de doenças, assim como propõe o estímulo a mudanças de comportamento, como, por exemplo, o incentivo à prática de exercícios, ao uso de cintos de segurança, à redução do fumo, álcool e outras drogas etc. (CZERESNIA, 2003, p. 5).

Com isso, a RNPS pode estar fomentando ações exclusivamente de prevenção às doenças em prejuízo de estratégias de promoção da saúde, quando prioriza diminuir o sedentarismo com vistas à prevenção e controle dos fatores de riscos para doenças crônicas não transmissíveis a partir da prática de atividade física, ou quando propõe ações de prevenção à violência.

Depois da análise documental sobre a RNPS, tivemos acesso aos dados dos municípios que participaram dele entre os anos de 2006 a 2010. Selecionamos os municípios que tiveram trajetória histórica consolidada fazendo parte desta entre 2006 e 2010. A partir do banco de dados, encontramos 50 municípios com percurso histórico de financiamento do MS entre os anos de 2006 e 2010. A seguir, identificamos os municípios que continuaram seus projetos até o período da pesquisa, quando pudemos realizar um conhecimento preliminar sobre a compreensão do termo.

Em consonância com os resultados da pesquisa realizada pelo MS citada anteriormente, nossos dados mostraram que, das ações desenvolvidas entre os 50 municípios selecionados, há preponderância de ações voltadas à atividade física e, em seguida, aparecem ações de prevenção à violência. Como já apontado, esses dados mostram um direcionamento para projetos de atividades físicas e violências, colocando em questão a função da gestão federal em direcionar políticas públicas de promoção da saúde.

As duas ações selecionadas são diferentes entre si. A primeira focaliza a questão da atividade física e a segunda é direcionada ao tema violências. O que foi considerado um aspecto positivo para a pesquisa, pois as escolhas refletiram o enfoque do MS a esses dois eixos. Entretanto, não foi intenção deste trabalho avaliar nem comparar os projetos, e sim conhecer e discutir o uso do termo em ações de promoção da saúde. Certamente ambos encontram dificuldades na implantação de suas ações, mesmo assim consideramos um avanço as discussões de empoderamento que existem em ambos. O que pode ser justificado pelo percurso histórico dos dois municípios de tomar o referencial da promoção da saúde pauta em suas agendas.

4.2. O EMPODERAMENTO NAS AÇÕES

Aqui apresentamos os resultados e a discussão dos dados coletados junto às duas ações selecionadas.

Para organização do material procedente do campo da pesquisa, criamos categorias de análise emergidas da leitura dos materiais. Após esta, os textos foram analisados visando o levantamento de palavras chaves, que chamamos de categorias de análise, baseadas no referencial teórico utilizado. Os materiais foram lidos com as seguintes questões em mente: o que entendem por empoderamento? O que isso tem a ver com o termo? Que noções de empoderamento carregam?

Após esse passo, reagrupamos em três dimensões: política, gestão e subjetiva. Na primeira, discutimos as influências políticas na aplicação do termo empoderamento. A dimensão gestão está relacionada aos aspectos técnicos que influenciam a operacionalização das ações e já na dimensão subjetiva, tratamos dos aspectos relativos às subjetividades na compreensão do tema da pesquisa.

Ainda que a compreensão do termo envolva em um mesmo espaço e tempo questões políticas, ações da gestão e produções de subjetividade, metodologicamente optamos por este arranjo como estratégia de análise. Destarte, cientes de que todas estão imbricadas umas às outras, que se compõem e recompõem, ressalta-se que todas contribuem para a discussão sobre empoderamento. Uma questão que aparentemente é política relaciona-se com a dimensão subjetiva e com a organização do serviço. Isso porque as situações não acontecem isoladamente, estão conectadas por redes de relações que se estabelecem.

Em muitos momentos do trabalho, questionamos até que ponto era possível fronteira entre as dimensões, já que todas são relacionadas e, justamente no cruzamento das diferentes instâncias e discursos, que a compreensão o empoderamento se constitui e, entender esse entrelaçamento era uma intenção.

Partimos da compreensão de que todos os envolvidos constroem conhecimento sobre a ação que participam, sejam coordenadores, profissionais ou usuários da proposta. Os conhecimentos que estes sujeitos nos ofertam fazem parte das políticas pesquisadas e podem contribuir para sua reinvenção. Isso porque

partilhamos da compreensão de política pública construída por BAPTISTA e MATTOS (2011), de que as políticas públicas não se reduzem ao conjunto de respostas dadas pelo Estado aos problemas de uma sociedade, mas há de se reconhecer sua dinamicidade e os movimentos que podem propor inclusões e entradas de temas novos nas agendas de decisão. Há uma política oficial que é permeada por embates, disputas e interferências de diferentes sujeitos no processo, com uma dinâmica particular em cada realidade onde ela se constitui. Assim, não há como desconsiderar que todos produzem conhecimento sobre política, pois é a própria prática que produz conhecimento.

O campo mostrou-nos que as percepções dos trabalhadores são diferentes das compreensões dos usuários. A compreensão do profissional é depurada pelo discurso científico, influenciada pelo lugar que ocupa, suas falas mostram que já há uma apropriação do discurso teórico e que remetem principalmente à arena política. Por outro lado, as falas dos usuários são permeadas por memórias e relatos afetivos e, assim, definem o empoderamento sem a preocupação teórica, reafirmando a dimensão subjetiva. Entendemos que a pesquisa possibilitou a heterogeneidade de vozes e perspectivas sob o termo e não podíamos despotencializar nenhuma delas.

Quando perguntamos sobre o termo empoderamento, os fragmentos mostraram que a apropriação era diferenciada, tratando-se de um termo da gestão que não chega aos usuários:

“O empoderamento é muito dito, mas poucos entendem, os que estão mais na gestão entendem melhor, mas quem está na ação...” Ent. Coordenador.

“O empoderamento não é uma palavra que aparece na ponta” Ent. Coordenador.

“É um conceito bem subjetivo, difícil de falar dele porque está nas entrelinhas” Ent. Coordenador.

Aqui vale lembrar que, na aplicação dos instrumentos de coleta, quando falávamos o termo empoderamento para os profissionais, havia uma apropriação deste, mas, quando aplicado aos usuários, poucas vezes o termo foi compreendido

logo na primeira enunciação, houve a necessidade de utilizar alguns correlatos, os que mais soavam como compreensíveis eram “potência-mento”, “aumentar a autoestima” ou “sentir poderoso”:

“Quem está na ponta pode até usar sinônimos, mas não o próprio conceito” Ent. Coordenador.

Para compreensão do caminho tomado, construímos uma representação gráfica que pudesse contribuir para a análise dos resultados. O principal objetivo foi de criar uma visão geral da análise e tentar diminuir a fragmentação do olhar sob o tema. Mesmo assim, cabe ponderar quanto aos riscos da utilização de uma representação gráfica, qual seja de parecer que as categorias construídas são independentes, o que levaria a uma visão reduzida da situação. Reforçamos que a intenção foi exclusivamente didática.

Aqui cabe uma pequena nota introdutória à análise: por que atribuímos o título “Tramas do empoderamento” ao trabalho? A partir da construção deste desenho, compreendemos que o empoderamento constitui-se justamente do emaranhado das tantas linhas que o atravessam, formando uma trama ou um conjunto de fios que se entrecruzam.

As articulações entre o referencial teórico e o campo da pesquisa; entre políticas e sujeitos ou entre sujeitos e sujeitos, geram a necessidade de tecer uma trama, a qual todos são parte. Com um olhar ampliado, cada uma das partes se entrelaça formando uma grande colcha ou uma rede. Focalizando o olhar, chegamos ao esquema diagramado abaixo:

Figura 9 - Tramas dos significados atribuídos ao termo empoderamento.

Fonte: Produzido pela própria pesquisadora

4.2.1. Dimensão política

Uma metáfora para explicar o empoderamento foi a de a raiz da árvore, no sentido de ser o que dá sustentação a uma proposta. Um programa com raízes é compreendido como fortalecido, menos vulnerável aos atravessamentos políticos, uma vez que são essas raízes que geram estabilidade.

“Como a raiz de árvore, dou o exemplo de ir para baixo, mas a gente vai crescendo para baixo e vai deixando o programa mais sólido e meio invulnerável às mudanças das políticas partidárias, eu acho que o empoderamento ele vem dar uma estabilidade ao programa ou uma política” G.F. Profissionais.

Essa imagem aproxima-se da proposta de o empoderamento ser um dos pilares da promoção da saúde. Tanto a raiz quanto o pilar têm a função de sustentar, de dar suporte. A partir da metáfora, a sustentabilidade da política é possível a partir do fortalecimento dos sujeitos e dos espaços coletivos que ocupam. Se os participantes e a proposta não se sustentam, facilmente podem ser capturados pelas mudanças inerentes aos processos de transição de governo e seus discursos político partidário.

Outra compreensão do lugar de importância do termo empoderamento, como algo para o mundo, não para o programa, mas para a vida. Assim, tem-se:

“Acho que o empoderamento é um conceito tão amplo que ele extrapola essa coisa aí do usuário do programa, ele é empoderado enquanto cidadão, não enquanto usuário do sistema de saúde, ele é empoderado não como um aluno que pratica atividade física num serviço de saúde pública, mas ele se sente empoderado enquanto cidadão” G.F. Profissionais.

4.2.1.1. Redes

A discussão sobre redes sociais vem crescendo no campo da promoção da saúde. Segundo MENDES *et al.* (2013), isso porque as redes potencializam processos participativos e geram a possibilidade de vínculos capazes de apoiar pessoas ou grupos no enfrentamento de problemas ou outras situações. Tais aspectos guardam estreita relação com o referencial da promoção da saúde.

O tema redes apareceu principalmente no projeto de Guarulhos, que tem como seu objetivo principal a formação de redes para o enfrentamento de violências. Aqui, destacamos como essa ferramenta pode ser um importante aliado na compreensão do empoderamento. Há várias possibilidades de constituição de redes, e esta discutida neste momento será uma constituída de profissionais construída pela gestão do projeto.

“Eu acho que o trabalho é muito interessante porque eu brinco assim, a gente aprendeu a ver que a rede é formada por pessoas, pelas pessoas envolvidas”. G.F. Profissionais.

A compreensão do termo empoderamento passou pela discussão a respeito de redes porque essas contribuem para o fortalecimento dos sujeitos e dos serviços. Porquanto, o empoderamento está relacionado às redes ou cadeias como expressa a fala abaixo:

“É o professor empoderar o aluno, é a coordenação empoderar o professor, é a gestão empoderar a coordenação, eu acho que tem uma lógica de uma cadeia, então eu vejo muita dificuldade a gente ter um usuário que realmente se empodere se a gente não tiver professores e gestão comprometidos em empoderar esse aluno, esse usuário do programa. Claro que ele tem outras instâncias e outros mecanismos que utiliza também, e vai criando essa consciência de empoderamento em outros locais”. G.F. Profissionais.

Essa forma de compreensão do termo está em sintonia com a concepção foucaultiana de poder, de modo que este só acontece nas relações em redes.

O poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Nunca está localizado

aqui ou ali, nunca está nas mãos de alguns, nunca é apropriado como uma riqueza ou um bem. O poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer esse poder e de sofrer sua ação (FOUCAULT, 1995, p.183).

A constituição de uma rede mostra que esta é formada por conexões no território, que vão formando linhas entre sujeitos e entre serviços. Como há linhas de forças e poderes a todo tempo, uma rede para funcionar pressupõe ter dinamicidade, em constante construção. As relações no território são ricas em forças que produzem efeitos e potencializam umas às outras

“Eu tentei reforçar as linhas da rede, nas linhas da rede a gente encontrava com essas pessoas lá, encontrava com a psicóloga, ou encontrava com alguém da UBS, a enfermeira, então começava a encontrar pessoas desses serviços lá, que é próximo, a UBS é do lado da escola, a gente vai descobrindo as coisas, nossa, é tão perto”. G.F. Profissionais.

“Quando eu comecei a participar da rede, a minha visão foi mudando e eu falei “não, a gente tem que fazer uma parceria”, a gente tem que falar a mesma linguagem. Então eu tentei me aproximar das UBSSs próximas, liguei e conversei com eles, perguntei como que era o atendimento e aí isso foi se estreitando mais nas uniões da rede”. G.F. Profissionais.

Estas falas possibilitam refletir redes como rizomas. Nesta concepção deleuzeana, a rede é constituída por fluxos, misturas, conexões com múltiplas entradas e saídas, onde todos são produzidos e se produzem a cada momento. A rede não tem centralidade nem forma definida, ela se configura e desconfigura a partir de movimentos, de fluxos e conexões entre diversos atores (FERREIRA, F.T.2008).

A ideia de redes nestes moldes questiona a fragmentação do conhecimento, onde a ciência foi separando o mundo para poder explicá-lo. Propõe pensar que os fatos não acontecem isoladamente, há o envolvimento de coletivos e sujeitos, imbricados em redes de relações. Por isso, para compreender um fenômeno, faz-se necessário entender toda sua trama social.

Outra contribuição para a compreensão vem da teoria ator rede, que tem LATOUR (1994) como um de seus expoentes. Propõe a desconstrução da dicotomia humano objeto, justificando que essa separação é fruto da modernidade, isto é, da ciência moderna. Para esse autor, a rede é relacionista porque se preocupa em estabelecer uma rede heterogênea de atores. Assim, torna-se fundamental olhar para os engendramentos coletivos e não para os atores separadamente, pois o material e o social são produzidos conjuntamente.

A proposta de rede aproxima-se de um dos principais eixos da promoção da saúde: a intersectorialidade. Segundo MENDES e AKERMAN (2007), este conceito visa articular sujeitos e processos organizacionais, superar fragmentação, tomar o território como referência para ações e produzir sinergia para potencializar o enfrentamento de problemas complexos. Os autores compreendem que a intersectorialidade leva à reflexão de noções de reciprocidade, complementaridade na ação humana, mas, também, lembram que há conflitos de interesses e de poder que perpassam a introdução de iniciativas com este propósito.

“Um ponto de partida fundamental é o reconhecimento do outro, o enxergar o outro. Incrível como ficavam o tempo todo na crítica, sem saber quem é o interlocutor, “lá vem esse cara, eu já falei dez vezes”. Uma relação de ódio permanente, de defesa e ataque, cumplicidade não tinha nada ali, que parceria tinha aí? Você vai falar é uma ação intersectorial? Não é. Parecem dois guerreiros se digladiando, um dizendo que não e o outro cobrando. Na hora que você fala oi, é você? então aqui é a parte do CRAS tal, a gente está com aquele problema, lembra que a gente falou? ou olha eu estou com um problema semelhante aquele do Joaquim, o que você acha da gente poder [...], é outra conversa, então acho que é um divisor de águas, essa coisa de olhar para o outro, de ver o outro, lembrar que cada um tem a sua atribuição” Ent. Coordenador.

SCHERER-WARREN (2006), ao discutir o empoderamento, questiona se é possível que as relações de poder se dissolvam quando em redes. Afirma que mesmo que seja uma rede democrática, há elos mais fortes que tem maior poder de influência, de direcionamento das ações, como as lideranças, agentes estratégicos ou

outros. As redes estão impregnadas de poder de conflito, como também pela possibilidade de solidariedade, de compartilhamento e reciprocidade. O que se torna preocupação é como fomentar a compreensão do que é rede:

“Na saúde faltam esses empurrões, esse interesse, porque não adianta a gerente pensar na UBS dela lá, ela tem que pensar que o caso que está lá, implicando em outros serviços, esse é um fator ainda que dificulta, a ausência desta visão da rede, o que é trabalhar em rede hoje, ainda falta esse nível de compreensão para algumas pessoas... então essa é uma dificuldade muito grande, essa falta de compreensão do que é rede.” G.F. Profissionais.

Quando a promoção da saúde propõe a intersetorialidade, entende-se a necessidade de integração e articulação de diferentes atores na formulação e implementação de políticas públicas. Implicam na integração de recursos, estruturas e processos organizacionais e, principalmente, na corresponsabilidade dos diversos setores envolvidos (FERNANDEZ e MENDES 2007).

“Porque essa coisa da intersetorialidade fica muito assim, “tudo bem, a gente participa desde que você faça tudo, desde que você pague tudo”, é uma coisa esquisita. Aqui ficou muito concreto, houve uma disposição mesmo de cada um ter a sua responsabilidade: vocês contribuem com esse rearranjo do contrato da Educação e a gente está contribuindo com essa verba do Ministério, é um projeto só, não é a minha verba vai formar só os meus profissionais, não, a minha verba vai formar todos os profissionais daquele território, de todas essas esferas que são parceiras.” Ent. Coordenador.

No campo da saúde é muito corrente a preocupação com a construção e aperfeiçoamento de redes, com seus fluxos de atendimento e encaminhamento, principalmente no tema violências. Há muitas iniciativas buscando potencializar ações conjuntas, com o objetivo de fazer fluir as informações e propor o encontro entre as três esferas de governo (MALTA, 2007).

“E essa descoberta é interessante: no início o que se achava que tinham que se construir um fluxo comum para as três

esferas, mas na medida em que fomos avançando na discussão, percebemos que não, que cada fluxo tem a sua especificidade para a sua área, que devem ser vivos, tem que ter a dinâmica do contato, não podem ser frios. Qualquer fluxo por melhor que seja, se ele for frio ele não vai ser efetivo” Ent. Coordenador.

O que chama a atenção na fala acima é que a proposta de construir fluxos de trabalho nasce de forma institucionalizada, quase como uma tarefa a ser cumprida. Com o seu funcionamento, as conexões de saberes que foram se constituindo no território, ou seja, a rede, com seus fluxos, tomou vida. Podemos aqui discutir o quanto a construção de redes pode ser um provocador de vida nos espaços e nos sujeitos, com a potencialidade de juntar pensamentos e produzindo novas construções.

A forma de construção de uma rede que não se constitua como espaço de trocas, de potências e de relações de poder, torna-se fria. A partir do momento em que são considerados os engendramentos coletivos como propõe LATOUR (1994), a infraestrutura, a viatura e o memorando fazem parte da rede.

“O fluxo frio sozinho não dá conta se não tiver a cumplicidade, parceria. E isso passa por um monte de coisas, inclusive pela falta de infraestrutura. Por exemplo, o conselho tutelar vinha sempre com uma discussão de “a gente não pode”, enquanto as outras partes acusando o conselho tutelar de que não fazia a parte dele, quando houve a possibilidade de alguns encontros, percebeu-se em algum momento que a dificuldade era de viatura.” Ent. Coordenador.

O trabalho em rede desloca a ideia de que há um “eu interior” responsável pelos prováveis problemas que emergem no cotidiano de trabalho e mostra a importância da noção de coletividade como multiplicidade de sujeitos que podem contribuir no trabalho.

O coletivo é sempre um coletivo de singularidades, um composto de forças, de potências, mas também multiplicidades de multiplicidades, multiplicidades de indivíduos intrinsecamente múltiplos e de seus processos individuantes. O

indivíduo já é um coletivo. Não há indivíduo que não o seja (FUGANTI, 2009, p. 676).

Com um olhar para a complexidade, o sujeito é um componente da rede, mas, não o único. A tendência em acusar o outro pelo que não deu certo pode ser fruto de um olhar menos abrangente, o que pode levar à culpabilização de um sujeito ou grupo, enfraquecendo a rede.

“Ah eles são irresponsáveis porque eles não estão fazendo, eu fiz a minha parte porque eu mandei o memorando e o outro lado não fez a parte dele”. Se, faltou a viatura, então podemos fazer de que jeito então? É preciso pensar em outros arranjos e não só culpabilizar”. G.F. Profissionais.

Como colocado por HARAWAY (2000), o mundo é formado por redes entrelaçadas entre humanos e máquinas. As redes nos formam o tempo todo, são híbridos entre pessoas, serviços e máquinas. Os seres humanos se compreendem como criaturas conectadas entre si por meio de redes. Assim, não há como pensar em um eu individual, mas um eu que se forma no coletivo, na relação com o mundo.

“Não dá para trabalhar isolado, porque o aluno que está lá dentro da escola e sofre violência lá e o professor ver, esse aluno precisa da UBS, precisa do CRAS e precisa do CREAS, a gente chegou à conclusão, não dá para pensar isolado.” G.F. Profissionais.

Se refletirmos a constituição de subjetividades nesses moldes, como sujeitos não isolados, mas como relacional, as redes são espaços potencializadores. Os fragmentos mostram como os encontros para capacitação para o trabalho em rede, utilizando um termo de TEIXEIRA (2001), possibilitaram *“momentos sinápticos”* (p. 59) dentro do serviço.

“Na medida em que as coisas foram se aprofundando, os encontros foram criando uma liga né, esses setores foram vendo que, de fato, um sem o outro não consegue mexer na situação.” G.F. Profissionais.

Se pensarmos os encontros que formam a rede apenas como um instrumento de gestão, corremos o risco de se tornar mais uma tarefa engessada no cotidiano de trabalho. Se compreendermos tais encontros como sinapses do sistema nervoso, como propõe TEIXEIRA (2001) induz-nos a pensar na transmissão de cargas de energia necessárias para tais processos. Para um funcionamento ideal da rede, essas *sinapses* devem ser carregadas de potência.

“Então logo nos primeiros encontros foram muito ricos, as pessoas perceberem que dará menos trabalho se fizerem esse caminho, porque essa é uma fala que na ponta tem muito “lá vem eles dar mais trabalho para a gente”, e nesse caso a coisa era mais potente, porque você gastava mais energia, mas para uma coisa mais potente.” G.F. Profissionais.

A partir dos encontros entre profissionais, os sujeitos tomam forma e recebem nomes. Existem pessoas que ocupam os cargos:

“Então já no primeiro encontro foi de uma riqueza, as pessoas se reconhecerem, o professor conhecer o assistente social para quem ele costumava mandar o memorando”. G.F. Profissionais

“Nunca mais eu mando o papel com encaminhamento sem antes ligar para ver se a pessoa está lá, para ver que horas ela vai poder atender”. G.F. Profissionais.

Assim, a partir das falas, podemos refletir como redes podem ser instrumentos de relações empoderadoras. É por redes que as relações de poder circulam, configuram-se e desfiguram, estando por isso em constante construção:

“Foi criando nó, mas ainda tem muito a ser construído, não é que ele já está construído, mas vai tendo esse papel de cada ator perceber que ele tem como fazer a diferença, ele lá no seu cantinho pode fazer a diferença.” G.F. Profissionais.

Como discutem NEVES e MASSARO (2009), o encontro entre trabalhadores de saúde, usuários e outros parceiros é o que move a constituição de uma política. Um “entre meios” em emaranhados, não como dualidades opostas, mas

coincidentes, advindos da proliferação, da recriação das relações de forças que se estabelecem entre subjetividades, natureza e objetos.

É no encontro, neste meio de proliferação, que os corpos expressam sua potência de afetar e serem afetados. É nele que o desejo flui e cria mundos, agenciando modos de expressão e a conectividade da vida em suas múltiplas experimentações. Pois os laços que estabelecemos conosco, com os outros, ou seja, com as multiplicidades sociais, que se atualizam e nos afetam, são catalisadores de acontecimentos, condições de encontros e produção de realidade (NEVES e MASSARO, 2009, p. 511).

4.2.1.2. Participação

Retomando o processo histórico de constituição do termo empoderamento, como escrito anteriormente, sua construção está entre os anos de 1970 a 1990, ou seja, nasce no cenário internacional e nacional marcado principalmente por lutas por direitos, pelo reconhecimento do sujeito, mas também de crescimento da industrialização. Neste período, tínhamos um terreno fértil para as ‘teorias’ de empoderamento, que se adequaram aos movimentos da época: é preciso conscientizar e empoderar uma comunidade da situação de opressão que vivem para que possam lutar por seus direitos. Assim, fortalece-se a compreensão de empoderamento associado à participação social como forma de controle social.

Na concepção de ZIMMERMAN (2000), a participação é o mecanismo básico do empoderamento. Por ela, os sujeitos adquirem domínio e controle possibilitando influenciar no entorno e lutar pela melhoria da qualidade de vida. Segundo o autor, a participação proporciona oportunidades para aprender, aperfeiçoar e colocar em prática habilidades relacionadas com a tomada de decisão e solução de problemas. Neste contexto, uma comunidade está empoderada quando seus membros contam com aptidões, motivações e recursos suficientes para realizar ações que melhoram a vida da comunidade.

Entretanto, atualmente vivemos em um cenário diferente de quando o termo foi criado. A mesma sociedade que propõe a participação social é a que tem dificuldades na convivência entre o aparato público e a coletividade, apresentando fragilidades na cultura política participativa.

Entender a relação entre empoderamento e participação social exige reflexão, sendo que a discussão sobre participação social conta com extensa teorização. Como coloca BOGUS (2009), esse tema envolve aspectos complexos e dinâmicos, decorrentes de relações entre grupos sociais com interesses e poderes diversos.

Além disso, a compreensão de empoderamento como capacidade de participação social é forte no discurso da saúde, entretanto a participação é uma das dimensões do empoderamento, ele não se esgota nisso (PINTO, 2011).

Nossas investigações trouxeram a participação como um importante significante do empoderamento. Além da participação institucionalizada em diferentes instâncias de gestão, outras formas de participação em espaços não institucionais, como mobilizações, associações e a participação no próprio projeto foram consideradas. A vinculação do termo empoderamento à participação foi lembrada em ambas as ações analisadas, mas houve maior ênfase no programa “academia da cidade”. Aqui serão discutidos alguns aspectos que contribuem para a compreensão do termo.

Lançando um olhar crítico sobre o tema proposto por LUPTON (2003), a participação como estratégia de cidadania presume a responsabilização do sujeito pelo seu próprio futuro. Diante do declínio da ação do Estado em prover o bem estar social, aumenta a responsabilização dos próprios sujeitos e da comunidade por sua saúde, sendo incentivados a interagir como parte da abordagem democrática e participativa nas questões relativas à saúde. Assim, ao mesmo tempo em que o sujeito tem o direito assegurado de participar, também tem dever fazê-lo como membro de uma comunidade (LUPTON, 2003).

A fala abaixo deixa claro essa questão, o empoderamento é entendido como possibilidade de o sujeito saber sobre seus direitos, de reivindicar para que estes sejam cumpridos, mas também de ser responsável pela gestão do serviço. Torna-se um fiscalizador de algo que deveria funcionar bem por obrigação do serviço público. Diante de erros da gestão, o sujeito precisa travar lutas em favor de suas necessidades fundamentais, pois agora ele é colocado como um de seus responsáveis.

“E aí o indivíduo começa a ver que ele tem sim, mais do que um voto na urna de quatro em quatro anos, ele tem mecanismos, mas que ele não vai precisar ficar na porta do posto de saúde, brigando com a atendente porque só tem dez fichas para atender, ele sabe que ele pode ir lá à auditoria, ele sabe que pode procurar um distrito sanitário que vai fazer a cobrança e saber por que está acontecendo aquele processo ali. Ele não é mais somente um consumidor da saúde, ele é produtor e ele é gestor de saúde”. G.F. Profissionais.

Não obstante, o campo também trouxe como um importante indicativo de empoderamento a participação social em espaços institucionalizados como as conferências de saúde. A compreensão de que a presença no programa contribui para a participação em canais institucionais de cogestão fica bem clara na fala abaixo:

“Talvez alguns usuários daqueles nunca iriam participar de uma conferência municipal de saúde se não fosse usuário de um programa” G.F. Profissionais.

As conferências de saúde são instâncias colegiadas com representação de segmentos sociais com o objetivo de orientar e propor diretrizes para a formulação de políticas públicas de saúde nas três esferas de governo. São obrigatórias, devem ser realizadas a cada quatro anos e precisam contar, necessariamente, com a participação de gestores, prestadores de serviços, entidades e movimentos sociais ligados à área da saúde. A institucionalização das conferências garante a construção de espaços democráticos, como fóruns importantes de participação social.

“A conferência municipal de saúde mostrou a força desse empoderamento, dessa emancipação que os usuários do

programa têm, o programa conseguiu aprovar todas as suas propostas na conferência municipal de saúde.” G.F. Profissionais.

Além das conferências de saúde, nos últimos anos vemos no Brasil um forte incentivo à institucionalização de outras instâncias de participação para o envolvimento na vida pública, como os conselhos, o orçamento participativo, entre outros. Como mecanismo estratégico de garantia da democratização do SUS, esses espaços podem exercer papel importante na efetivação da participação social e empoderamento da população.

Apesar de a criação de Conselhos de gestores e outras instâncias serem compreendidas como um avanço nos processos democráticos, por possibilitar a participação dos sujeitos em decisões que até então eram exclusivas do poder executivo governamental, pela sua jovialidade dessas instâncias, precisam ser aprimoradas e valorizadas junto à sociedade para que a participação seja realmente efetiva (BÓGUS, 2009).

É o que nosso campo também mostra: que instâncias de participação, como os Conselhos, ainda não são espaços apropriados pelos usuários, fica como uma idealização das ações, como uma meta a ser alcançada.

“Eu gostaria que a comunidade se apoderasse mais desse espaço do conselho, essa é a nossa proposta, trazer mesmo a comunidade para cá, que as comunidades se apropriarem desse espaço”. G.F. Profissionais.

Para compreender as motivações que levam a essa não apropriação, FERREIRA NETO *et al.* (2009) relatam a ocorrência de mudanças importantes no que diz respeito à potência destes canais institucionais. Até os anos de 1970 e 1980 os movimentos sociais eram autônomos em relação ao Estado. Com o processo de institucionalização, tanto dos conselhos como das organizações não governamentais, tiveram mudanças nas suas relações com o Estado. Essas entidades passaram a ocupar cargos na gestão de saúde, assim, com a formalização da participação social seu caráter instituinte foi colocado em questão: se por um lado a gestão participativa

abre importantes canais democráticos, por outro, observa-se a burocratização dos conselhos, ficando suas agendas submetidas às normas do Estado, restringindo sua autonomia.

Como coloca KLEBA *et al.* (2007), os espaços dos Conselhos podem ser lugares de aprendizado da cidadania, sendo a participação nesses fóruns considerada como processo de aprendizagem, de inclusão, de empoderamento, de criação de forças, de valorização das diferenças. Mas, faz-se necessário recriar as formas de lidar com os espaços institucionais para que relações autoritárias se flexibilizem e se revertam em sintonias de empoderamento dos envolvidos.

Nesse sentido, ações de promoção da saúde que tem como propósito a participação em conselhos podem contribuir para o empoderamento dos participantes:

“A gente observa que tem comunidades que não tem ainda esse empoderamento”. G.F. Profissionais.

Outro exemplo para pensarmos o empoderamento associado à participação social diz respeito ao exemplo trazido sobre o orçamento participativo. Como uma das estratégias de controle social na gestão das políticas públicas, o orçamento participativo pressupõe que os usuários opinem como devem ser realizados os gastos públicos, como o campo trouxe:

“O orçamento participativo é a manifestação social pura dentro daquela comunidade, que um dos pontos mais pedidos, além de transporte e saneamento foi o nosso projeto. Em algumas comunidades foi eleito em primeiro lugar, à frente de segurança, saneamento.” G.F. Profissionais.

O propósito do orçamento participativo é ter a participação popular nas decisões sobre o uso dos recursos públicos, por isso é considerado um mecanismo de gestão que possibilita o empoderamento de determinados grupos sociais, como observa FEDOZZI (2001). Mas se o tomamos numa discussão crítica, podemos entendê-lo também como um campo de manobras políticas para aprovação de

orçamento, onde os sujeitos são cooptados, como um tipo sutil de ‘participação teleguiada’ (GLYN WILLIAMS, 2004).

Como discute GLYN WILLIAMS (2004), propor a participação institucionalizada como forma de empoderamento pode colocar exigências excessivas sobre todos os envolvidos, com pouca influência sobre decisões fundamentais de gestão, gerando o que chamou de um cinismo entre os participantes.

De acordo com o autor, quando pensamos na participação, precisamos considerar todas as armadilhas, mas, também, assumir a possibilidade de sua potência. O fragmento abaixo demonstra a possibilidade de conseguir transformar o que já estava previsto, como resistência contra hegemônica.

“E aí deu no que deu, foram aprovadas todas as nossas propostas, até causando certa inveja em outras políticas, mas como assim “vocês estão indo contra a gestão”, não é contra a gestão” G.F. Profissionais.

Ainda como resistência, o fragmento abaixo mostra como o empoderamento pode funcionar como questionador da dominação política.

“Quando receber a visita de um político ele sabe que ele tem o seu direito, sabe que não vai vender seu voto como acontecia antes, ele vê, escuta aquela promessa daquele político, mas ele diz: olha, eu preciso disso, disso e disso na minha comunidade, eu preciso muito mais do que uma dentadura ou um remédio que o senhor me dê, eu preciso de sua equipe, eu quero aqui um atendimento, então é esse empoderamento.” G.F. Profissionais.

KLEBA e WENDAUSEN (2009) consideram que tais resistências estão sempre acontecendo no cotidiano, mas não temos consciência da sua existência e sua força:

Isso só é possível com um processo reflexivo, que desnaturaliza o cotidiano, tornando-o algo que se possa compreender historicamente, percebendo as consequências de nossas escolhas. A riqueza do processo de empoderamento está

justamente em desvelar as relações de poder buscando transformá-las em relações mais equânimes. Isso requer a construção de uma nova subjetividade, mais crítica e livre, em que se permite questionar o instituído (KLEBA e WENDAUSEN, 2009, p. 737).

Quando questionados, os participantes também trouxeram situações que entendiam como impeditivas da participação social, como o descrédito por ações governamentais, pela política e pelo que diz respeito à ordem pública:

“Como brasileiros, carregam consigo aquela falta de esperança se sentem às vezes impotentes, não podemos tirar a razão deles, o descrédito de que a ação governamental tem porque muitas vezes essas ações são descontinuadas quando se muda uma gestão” G.F. Profissionais.

Esse questionamento quanto à descontinuidade das ações das instituições governamentais é justificado porque somos atravessados pela tradição de falta de sustentabilidade de políticas diante da mudança de gestão. A cada eleição não há garantias que uma ação seja mantida. Em cada transição de governo há insegurança quanto à continuidade das ações. Entende-se como “*despotencializante*” essa descrença ou descrédito quanto à continuidade dos serviços prestados pela gestão pública.

“Porque nessa gestão deste prefeito atual mudou muito..., aqui tinha vigilante nessa praça, não dormia gente aqui nesse local, e depois que ele tomou conta bagunçou o coreto aqui. Falta professor, falta um bocado de coisa, a gente aqui tinha água, ainda tem, mas faltou uns tempos, e várias outras coisas que no momento me passa até pela memória, mas isso mudou muito as coisas.” G.F. Usuários.

Os teóricos do capital social defendem que o incentivo à participação social levaria à construção de um círculo virtuoso entre sujeitos e instituições públicas, gerando uma cultura cívica de solidariedade, confiança, democrática e de cooperação. Entretanto, no Brasil, na medida em que as políticas públicas mostram-se ineficazes com gestores autoritários ou complacentes, o controle social torna-se limitado, gerando o efeito contrário aos esperados pelos teóricos, ou seja, constitui-se

um círculo vicioso que promove a apatia participativa, a desconfiança do governo e o descrédito na política LABRA (2002).

“Ele não tem a garantia de que aquele processo vai ter uma manutenção, às vezes recebe um equipamento de saúde gigante, lindo, maravilhoso só que ele olha aquilo como um grande elefante branco: ah, isso aí eu já vi, isso aqui foi construído e logo vai começar a cair e sucatear” G.F. Profissionais.

O empoderamento vinculado à participação social também pode ser tomado como solução à dificuldade de sustentabilidade das políticas, uma vez que comunidades empoderadas poderiam ‘impedir’ essa situação. Mas, como lembra BOGUS (2009), é preciso mais do que espaços participativos para contrapor arenas de disputas com suas forças econômicas e políticas no cenário hegemônico. Para discutir a capacidade de influência de espaços participativos na definição de políticas públicas, é preciso que se considerem não apenas estes mecanismos, para que não se despreze sua validade e potencialidade.

Ainda no escopo da incredulidade, o campo trouxe a desvalorização do que é da ordem pública:

“Eu moro aqui bem pertinho, e sempre caminhava aqui e olhava as meninas aí, e pensava assim, isso é da prefeitura, se for da prefeitura parece que não é bom” G.F. Usuários.

“Os meninos não conheciam aqui o CIC, eles não vinham porque achavam que era ruim, depois que começaram a frequentar viram que tinham coisas legais para fazer” G.F. Profissionais.

Mesmo que as políticas públicas tenham avançado nas últimas décadas, a desvalorização de espaços públicos é vinculada à atitude de descrédito aos governantes como citado anteriormente.

“Nós só ficamos na vontade de ter mudanças, mas não tem, não chegam pessoas competentes aí para fazer uma reclamação, para eles tomarem providências” G.F. Profissionais.

Como reforçado por CARVALHO e GASTALDO (2008), não se pode perder de vista que o empoderamento tem seus limites. Neste sentido, alguns grupos sociais até podem saber de seus direitos, das causas de seus problemas e como estes afetam a saúde, mas apenas alguns aspectos podem transformar. Há questões amplas envolvidas que nem sempre a participação ativa pode alcançar, pois envolvem transformações maiores no *status quo*.

“Fica difícil você educar “lave as mãos” para uma pessoa que o esgoto passa na frente da casa dela, ela não se empodera desse processo” G.F. Profissionais.

“Então é esse empoderamento dele conhecer como se dá o processo da saúde de ponta a ponta, da questão individual até a questão de saúde”. G.F. Profissionais.

A proposição de espaços em que é possível a flexibilização da participação, onde ele possa decidir se quer participar, pode contribuir para o empoderamento deste grupo:

“Ele poder decidir se ele quer participar ou não, se ele pode ou não” G.F. Profissionais.

Cabe ainda a necessidade de valorização de modos de saber alternativos, por parte dos profissionais. A inclusão de leigos nos debates políticos exige a valorização deste conhecimento, pois o que predomina é a noção de que há pessoas sabem mais do que as outras (MOORE, 2010).

“As pessoas têm consciência e clareza de que podem mudar que podem ter voz e poder de mudar algumas características, precisam ser ouvidas.” G.F. Profissionais.

Há ainda a discussão que diz respeito à mobilização para participação: até que ponto é possível entendê-la como uma forma de participação que contribui para o empoderamento ou como forma de manobra política como chama GLYN WILLIAMS, (2004):

“Porque a gente fez essa mobilização para a conferência, um grande número de pessoas eram usuários do programa”. G.F. Profissionais.

De acordo com SCHERER-WARREN (2006), há diferentes formas e níveis de organização da sociedade civil para manifestação de seus interesses. Em um primeiro nível há o associativismo local como expressões destas da sociedade civil organizada. Também, no mesmo nível, existem coletivos informais não institucionalizados. Em um segundo nível, encontramos as articulações inter-organizacionais, dentre as quais se destacam os fóruns da sociedade civil, as associações nacionais de ONGs e redes. No terceiro nível, encontram-se as mobilizações na esfera pública com a finalidade de produzir visibilidade a uma causa através da mídia, como uma forma de pressão política.

Segundo a autora, essas diferentes formas contribuem para o empoderamento dos sujeitos, contudo, carregam uma permanente tensão: participar institucionalmente em parceria com o Estado, para a implementação de políticas públicas ou ser um agente de pressão autônoma da sociedade civil?

Tivemos também relatos de momentos de mobilização social dos usuários como estratégia de manifestação:

“Fizemos abaixo assinado e levamos para a prefeitura para tirar, saiu na televisão, no jornal [...]” G.F. Usuários.

“Foram cinco meses de luta, saiu no jornal, saiu na televisão, no rádio, porque os professores também tinham medo, na época quando aconteceu isso nós estávamos com dois professores e eles tinham medo de vir aqui porque os moradores de rua agrediam com palavras.” G.F. Usuários.

MOORE (2010) discute que apenas uma pequena fração dos cidadãos participa diretamente dos espaços de decisão, grande parte das pessoas não tem vontade de participar nos processos de tomada de decisões. As pessoas querem comida e aviões em segurança, e não a oportunidade de participar da inspeção de carnes e do controle de tráfego aéreo.

Destarte, nosso campo de pesquisa trouxe um aspecto semelhante, e podemos nos apropriar aqui, o empoderamento como fortalecimento do sujeito para participação em fóruns de decisão não foi tomado como mais importante do que ser atuante na organização de festas.

“Promovem um bingo, uma rifa, ou se motivam para algum evento acontecer. Como não temos dinheiro para estar financiando qualquer festividade, eles se organizam para fazer festa de aniversariantes do mês, professores, festas de São João, de Carnaval.” G.F. Profissionais.

Um assunto que gerou muitas conversas empolgadas no campo foi a criação de uma associação de usuários para ter festas, com grande potencial agregador:

“Nós criamos uma associação, então agrega as pessoas, pagam uma importância irrisória de cinco reais, mas isso promove festa de dia das mães, no São João. Todos se reúnem, ficam naquela expectativa de chegar a hora da festa. A confraternização é a maior, que é no final do ano. A gente faz só para agregar”. G.F. Usuários.

As falas dos usuários nos fazem interrogar o que estamos compreendendo por espaços coletivos de participação na contemporaneidade. SERRES (2000) propõe refletirmos sobre a necessidade de formular uma nova política que abarque os novos coletivos que se constituem atualmente. O coletivo mudou e, por conseguinte, há um novo se constituindo, e talvez palavras como representação de deputados, por exemplo, devem ser retomadas e refletidas, tudo deve ser repensado em virtude das novas tecnologias, de uma nova composição do humano:

“Nessa associação nós temos a carteirinha,... quando chega em dezembro aí a gente aluga um bom espaço com piscina, com verde. Tem também o carnaval, todo ano, o nosso bloco esse ano saiu com 300 camisas... Aí o nosso bloco sai por aí... é bom demais”. G.F. Usuários.

O campo também trouxe uma reflexão interessante de como pode ser

possível reinventar a participação nos espaços públicos:

“Eu acho que o bom foi aproximar as pessoas no parque, entendeu, porque a gente tem esse parque aqui e eu te digo que eu nunca tinha entrado no parque, eu nunca tinha dado uma volta aqui no parque, eu ficava imaginando, eu tinha medo... quando eu resolvi vir para o projeto foi a oportunidade que eu tive de conhecer, de me aproximar do parque” G.F. Usuários.

Essa discussão também pode ser observada no fragmento que mostra que a participação dos sujeitos no espaço coletivo pode ser empoderadora:

“A gente percebe e vê no dia a dia do programa que tira as pessoas de dentro de casa, e fazem terem um olhar diferente do cotidiano, do espaço delas, ali do público, de ter uma sensação de zelo por aquilo ali, então, programas como esse que tiram essas pessoas de dentro de casa para isso aí, tem um papel de empoderamento fantástico”. G.F. Profissionais.

Os fragmentos acima podem ser considerados um interessante indicativo de empoderamento, já que trata de iniciativas comunitárias voltadas para a criação de espaços favoráveis à convivência saudável, produtora de vida. Aqui somos convidados a repensar o que é a participação política, não exclusiva à participação institucionalizada, ou seja, não apenas na definição de agendas afetas ao poder público e suas responsabilidades, mas também diz respeito à participação na polis, na produção de formas de viver e conviver em sociedade. O que está de acordo com os propósitos da promoção da saúde, quando propositivo de políticas públicas saudáveis pressupõe a criação de ambientes saudáveis para que as pessoas possam produzir vidas.

Precisamos estar atentos aos acontecimentos que nem sempre são em grande escala e que mostram que a militância política não se resume a formas tradicionais de participação. Cotidianamente acontecem pequenas lutas pessoais ou coletivas que buscam expandir a liberdade, e esses pequenos focos de resistência aos poderes dominantes fazem parte da transformação do mundo, podendo contribuir para a potencialização dos sujeitos (CASTELO BRANCO, 2011).

Nesse sentido, as falas trazidas do campo apresentam um questionamento ou ambivalência: a participação pode ser uma forma de manutenção do *status quo* quando responsabiliza o sujeito ou comunidade pelo funcionamento ideal dos serviços como coloca LUPTON (1995), mas também pode fomentar o empoderamento de seus participantes. A questão que nos fica é como construir espaços mais livres em contextos de controle, como indicam KLEBA e WENDAUSEN (2009).

Diante dos desafios que se colocam na atualidade, precisamos estar atentos às formas diversas de participação para que não interpretemos, a partir de uma análise superficial, um grupo como “des-empoderado”. Ficamos com a questão: como pensar empoderamento em uma sociedade que vem revisando e reinventando seus valores?

4.2.1.3. Autonomia

O campo da pesquisa trouxe, com frequência, a compreensão do empoderamento associado à noção de autonomia, como dependentes entre si. A partir do empoderamento é possível a autonomia, quando o sujeito poderá escolher seus próprios caminhos. Como colocam FLEURY-TEIXEIRA *et al.* (2008, p. 2118) “a promoção da saúde busca ampliação da autonomia de indivíduos e comunidades; esse é, a nosso ver, o cerne da proposição de empowerment”.

Entretanto, CARVALHO (2004) adverte quanto à dificuldade dos projetos de promoção da saúde superarem seu enfoque behaviorista, delimitando o que compreende como viver saudável. Baseada em um sujeito ideal, a ‘decisão autônoma’ é pré-formatada, ou seja, a “*autonomia possível é, quase sempre, uma autonomia regulada uma vez que os indivíduos tendem a seguir regras e normas concebidas por expertos e pelos parâmetros construídos pelas Políticas Públicas Saudáveis*” (CARVALHO, 2004, p. 674).

Para ROSE (2011, p. 32), essa autonomia regulada e individualizada é uma prática de governo das subjetividades. A liberdade assume uma forma estritamente subjetiva, onde os sujeitos não são apenas livres para escolher, mas são obrigados a serem livres e entenderem suas vidas em termos de escolhas. O passado e o futuro do sujeito são compreendidos como resultados de escolhas pessoais, como atributos do “eu” como expressão de sua personalidade.

Quando ROSE (2011) discute o que chama de obrigatoriedade de ser livre, questionando o discurso do sujeito empreendedor massificado pelos padrões de consumo e valores normativos vigentes na contemporaneidade, como uma liberdade inventada por outros. O que o autor questiona é se as escolhas são de fato livres ou se são domesticadas ou controladas.

Como lembram BAUMAN e MAY (2010) as pessoas possuem diversos graus de liberdade. Diante das desigualdades sociais, alguns sujeitos têm acesso a uma gama maior de escolhas. Quanto mais poder tem o sujeito maior é o leque de escolhas, assim ter poder é ser capaz de atuar mais livremente, enquanto um sujeito menos empoderado terá a liberdade de escolha limitada por decisões alheias. Por isso *“o exercício de autonomia de um indivíduo pode levar os demais à experiência de heteronomia. A desvalorização da liberdade do outro na busca de ampliação da própria liberdade”* (BAUMAN e MAY, 2010, p. 102).

Nossa questão é o discurso da autonomia correr o risco de assumir o mesmo caráter no empoderamento, onde todos são livres para escolher, desde que suas escolhas estejam dentro do espectro de um ‘eu responsável’, de um estilo de vida saudável.

“É isso o que ele faz (o programa), ele leva esse serviço orientado, mas também leva essa oportunidade para que as pessoas de maneira autônoma, elas possam gerir a sua saúde, e o seu lazer, e assim, a boa utilização do espaço.” G.F. Profissionais.

O fragmento mostra como o empoderamento é compreendido como a possibilidade de dar condições às pessoas fazerem o que os profissionais chamam de “escolhas corretas”.

“Empoderamento é quando você dá condições para a pessoa saber realmente fazer as escolhas corretas, de entender as ações que ela faz, e isso acho que a gente está o tempo todo fazendo.” G.F. Profissionais.

Contudo, cabe discutirmos se as escolhas estão dentro de um leque de opções previamente estabelecidas ou se são escolhas livres.

“Acredito que é isso mesmo, dar subsídios para que a pessoa possa refletir pensar e tomar suas atitudes, então, ela tem a oportunidade de escolher” G.F. Profissionais.

Há um discurso no campo da saúde de predefinir as opções possíveis, que pode ser justificado pelo que FERNANDEZ (2012) coloca: a saúde pressupõe a existência de um sujeito hipossuficiente, incapaz de escolher:

O sujeito apareça sobredeterminado pelas estruturas ou culpabilizado por suas escolhas, ou seja, como incapacitado para agir e para tomar as decisões corretas relacionadas a sua condição de vida e a sua saúde (FERNANDEZ, 2012, p.597).

A autonomia exige considerar de que o outro pode escolher, ou seja, passa pelo reconhecimento da potência do sujeito:

“A pessoa sempre tem oportunidade, independente do estado em que ela se encontra, tem sempre oportunidade de poder escolher, o empoderamento para mim é isso.” G.F. Profissionais.

Assim, a autonomia pressupõe o fortalecimento do sujeito para que assuma suas escolhas de forma livre:

“É uma autonomia, uma emancipação. Mostrar que ela pode agir e não ficar esperando. Eu tenho autonomia, eu sou capaz, vou fazer e acontecer, e acabou.” G.F. Profissionais.

O que é comum, todavia, é uma noção de que uns sabem o que é melhor para os outros. Nessa postura, há uma concordância generalizada nos discursos sobre a “necessária” intenção de provocar nos sujeitos um desejo de mudança, de transformação, uma necessidade em mudar algo. Diante da preeminência de que há algo a ser transformado, o especialista sabe o que o sujeito precisa, ele cria oportunidades para que isso aconteça, mostra caminhos:

“Você faz com que a pessoa enxergue o que ela está passando, e dependendo da atitude que ela tiver, ela pode mudar aquela realidade dela, mas vai depender dela, a gente vai dar oportunidade, vai mostrar os caminhos para ela, mas tudo vai depender dela. A gente vai ajudar, mas o resultado final vai depender da atitude e do que ela for fazer ali no meio”. G.F. Profissionais.

O fragmento acima compreende a noção de oportunizar caminhos como a possibilidade de realizar mudanças na realidade do sujeito, sendo dito de antemão qual é o bom caminho e restando ao sujeito trilhá-lo. Entretanto, as transformações dependem de características individuais, mesmo que os desejos de mudança não necessariamente provem dele.

Outra discussão trazida diz respeito ao papel da gestão em construções autônomas. Se pensarmos que a função da gestão é participar dos processos de construção como mais um ator, ela é parte da ação. Sua ausência cria uma lacuna, remetendo toda a responsabilidade da ação ao outro.

“Então, se nós queremos autonomia, se nós estamos dando ferramentas para os atores poderem se encontrar buscar atalhos, buscar formas de ser mais efetivo nas suas ações, porque que a gestão precisa continuar indo?” Ent. Coordenador.

O próprio campo deu a solução: processos de empoderamento e consequente autonomia acontecem em relações complexas no espaço público:

“Existem algumas questões que tem que ser em nível macro, por exemplo, o conselheiro tutelar que não participa, ele é

chamado, mas tem dificuldade de ir. Numa determinada região o CRAS é perfeito, é super parceiro, está andando super bem, mas em outra região o CRAS não anda, então quando acontece esse tipo de coisa a gestão tem que interferir, não dá para ser só em nível local”. Ent. Coordenador.

FERNANDEZ (2012) propõe a existência de uma constante ‘luta’ entre instituído e instituinte, resultado da interação entre o que os sujeitos criam, transformam e significam das instituições que participam e o que está consolidado pela instituição como questão dada. Diante das instituições, os sujeitos podem assumir relações mais autônomas ou heterônomas, “*podem tomar essas instituições como dadas por si mesmo ou como instituições dadas por outros*” (FERNANDEZ, 2012, p.24).

A fala abaixo expressa essa questão:

“É muito bom estar num trabalho onde você tem autonomia, tem uma diretriz a ser seguida, tem todo um conceito, mas que você não é engessado para desenvolver o seu trabalho, você tem autonomia para isso” G.F. Profissionais.

A autonomia se institui onde há liberdade para criação das próprias escolhas, sem desconsiderar as ações individuais são vinculadas às ações de outros. Por liberdade, como defende AQUINO (2011):

Liberdade que, para vicejar, reclama não apenas por uma atitude de fúria, mas um apreço inquebrantável à delicadeza, à inocência e, mais que tudo, à coragem afeitas ao pensar e ao agir diferentes – e, então, diferentes do diferente, indefinidamente. [...] liberdade livre, talvez. (AQUINO, 2011, p. 209)

4.2.1.4. Pastorado

Cuidar tornou-se um trabalho científico: “*os especialistas estão sempre ao lado revelando os excessos e deficiências*” (COSTA, 2004, p. 15). De acordo este autor, o controle educativo e terapêutico, criado pela higiene, iniciou o que chamou de “tutela terapêutica” sobre os corpos, abrindo caminho para o crescimento de especialistas encarregados de reeducar sujeitos e famílias.

No mesmo caminho, AQUINO (2011) assinala que, cotidianamente, “especialistas” são convocados a emitir opiniões publicamente sobre dilemas do presente. Diante de uma sensação generalizada de descontrole, surge a autoajuda educativa, ou seja, na angústia da incerteza surgem os especialistas de conduta, ou os pastores da consciência, numa linguagem foucaultiana.

“Quando eu falei com o professor tudinho o que eu tinha, ele conversou comigo e me orientou.” G.F. usuários.

O fragmento abaixo compreende como empoderadora a situação em que o especialista ensina saberes do campo da saúde e o sujeito aprende como conduzir melhor sua vida. Essa apropriação acontece em praça pública:

“Quando o programa traz ali profissional de saúde para a praça pública, ele não tem que ir a uma unidade de saúde marcar uma ficha para falar com um profissional de saúde, ele fala com o profissional de saúde na praça e ali ele tem um esclarecimento do que é diabetes, hipertensão, numa roda de diálogo ou num próprio evento que a gente promova, esse indivíduo ele começa a ganhar esse sentido de empoderamento.” G.F. Profissionais.

Outra discussão bastante presente foi a preocupação dos profissionais em como dar respostas às questões presentes nos espaços de intervenção, sendo uma das principais questões “como empoderar o outro”:

“Eu pensei, como eu vou empoderar essa mãe, dizer para essa mãe que existe solução? Então aí a gente começa a buscar meios, de que modo?” G.F. Profissionais.

FOUCAULT (2008) chamou de pastorado dos sujeitos quando há um que sabe melhor que o outro como deve cuidar-se. No pastorado das consciências e

do ‘bem agir’, pretende-se a conversão dos indivíduos em sujeitos esclarecidos, participativos e auto reflexivos, o que justifica a necessidade do profissional/pastor comprometido com as causas sociais para que possa guiar a conduta de todos e de cada um. Em nosso caso, para que possa “empoderar ou outro”.

Os pastores da atualidade são os experts de técnicas que podem moldar organizar, encaminhar e direcionar as capacidades pessoais. Nesse cenário, os sujeitos são incentivados a buscar por especialistas que indiquem soluções para seus problemas e, assim, cotidianamente, os sujeitos são desapropriados de o próprio saber, invalidando sua capacidade de pensar a própria vida (ROSE, 2011).

Como profissionais são formados em suas graduações para dar respostas, a angústia é de não saber fazê-lo:

“Quando a gente se encontra com setenta, oitenta atores dessas áreas no território, que respostas a gente tem que dar para eles, a gente tem as respostas?” Ent. Coordenador.

O poder pastoral tem o papel de cuidar da vida de cada um e de todos ao mesmo tempo, sem perder nenhuma ovelha. Por isso, é uma arte de cuidar, controlar e governar (FOUCAULT, 2008). Para o autor, o poder pastoral assume três características: é exercido sobre uma multiplicidade em movimento ou um rebanho em deslocamento, é fundamentalmente de poder benfazejo, que tem sempre como destino fazer o bem, com o objetivo de salvar e cuidar do rebanho e é um poder individualizante, ou seja, o pastor dirige todo o rebanho, mas ele só pode dirigi-lo bem na medida em que não haja uma só ovelha que lhe possa escapar.

“Como a gente vai atender essas famílias? Vemos que a situação das mulheres é triste, cai sobre elas a responsabilidade, elas são chamadas na escola para responder por uma situação que às vezes não são só por conta delas. Esse empoderamento é isso, quando você dá condição para a pessoa refletir.” G.F. Profissionais.

Nesse risco de conduzir o outro, há de se pensar em novos arranjos de trabalho que não de responsabilizar ou culpabilizar o outro pela situação que vivencia.

“O que é ser mulher na condição de hoje? não culpabilizar essas mulheres por tudo o que acontece. Então você começa a mostrar que existem outras soluções, que existem outras possibilidades e não jogar a culpa em cima delas, você começa a dar um empoderamento mesmo para elas.” G.F. Profissionais.

BRAITHWAITE *et al.* (*apud* BERNSTEIN *et al.*, 1994, p. 289), consideram que se por um lado os profissionais são formados e treinados para terem todas as respostas porque são especialistas, por outro, em processos de empoderamento precisam assumir que a comunidade é inteligente, potente e tem as chaves para suas questões. Para que trocas ocorram, é preciso que o profissional ou instituição abram mão do próprio poder e do controle sobre recursos, em favor do coletivo. De acordo com esse autor, se não forem questionadas as relações de poder envolvidas entre profissionais, instituições, estados e grupos comunitários, o empoderamento pode ser usado como incentivo às políticas neoconservadoras.

Para que os profissionais de saúde não assumam o lugar de pastores da alma, é necessária vigilância da própria ação e das relações de poder envolvidas. O profissional pode (e talvez deva) ensinar o que sabe de forma a contribuir para o empoderamento do usuário, como coloca FOUCAULT (2004):

Não vejo onde está o mal na prática de alguém que, em um dado jogo de verdade, sabendo mais do que outro, lhe diz o que é preciso fazer, ensina-lhe, transmite-lhe um saber, comunica-lhe técnicas: o problema é de preferência saber como será possível evitar nessas práticas – nas quais o poder não pode deixar de ser exercido e não é ruim em si mesmo – os efeitos de dominação que farão com que um garoto seja submetido à autoridade arbitrária e inútil de um professor primário; um estudante, à tutela de um professor autoritário etc.(FOUCAULT, 2004, p.285).

No exemplo abaixo, tem-se o profissional que assume a função de apontar caminhos:

“Esses dias eu atendi uma mãe e a mãe falou assim: “olha, eu fui à UBS e eles não me deram atendimento adequado” e eu falei “então você vai chegar à UBS, você vai fazer assim, assim e assim, falar com fulano, beltrano e sicrano, se não resolver você volta aqui e fala comigo”, a pessoa chega à UBS já sabendo o que fazer, e aí nenhuma mãe volta mais, porque antes elas voltavam, eu duvido que você não seja atendida se você não tomar essa e essa precaução, e aí a mãe vem e fala ‘nossa, do jeito que você falou eu fui atendida’”. G.F. Profissionais.

Para existir estratégias que tenham o empoderamento como questão, enquanto produção de potência, profissionais e instituições precisam abrir mão de seu poder, de seu “suposto saber” e dotar-se de capilaridade para o novo.

4.2.2. Dimensão gestão

“Empoderamento de uma forma geral é ou deveria ser o princípio básico do serviço público, uma vez que o serviço está para servir o cidadão... enquanto não estiver muito bem definido isso na nossa cabeça, da importância do nosso papel na rede, enquanto a gente não se empoderar disso [...]” G.F. Profissionais.

Nossos respondentes quando instigados, trouxeram alguns aspectos que enriquecem a compreensão do termo. Agrupamos como dimensão da gestão, pois remetem a aspectos político-administrativos do trabalho que podem ajudar a compreender o empoderamento na ação diária.

Esta dimensão diz respeito à forma com que os serviços de saúde se organizam hoje, como o discurso neoliberal gera consequências complexas para as relações de trabalho, dentre elas a “*des-potencialização*” de seus profissionais. O que levou à subsequente discussão quanto à necessidade de empoderamento destes.

4.2.2.1. Discurso econômico neoliberal

A saúde pública brasileira está imersa na cultura neoliberal que traz repercussões na forma com que conduz suas ações.

Tanto o Liberalismo Clássico quanto o Neoliberalismo legitimaram o capitalismo dentro da sociedade. Especialmente o novo liberalismo é favorável a não participação do Estado como interventor, ao que é denominado como Estado mínimo; defende a liberdade de comércio e a política de privatização de empresas estatais; compreendem que para o Estado sobreviver, não deveria garantir tantos subsídios básicos para a sociedade, já que desta forma, a economia e o mercado não teriam o crescimento ideal (CREMONESE E GUEDES, 2014).

VEIGA NETO (2011), propõe a compreensão do Liberalismo e do Neoliberalismo como modo de vida, como uma forma de ser e estar no mundo, e não apenas como ideologias que justificam e sustentam o capitalismo. Se no liberalismo, que surgiu no século XVIII, a liberdade do mercado era algo natural, no neoliberalismo, do século XX, esta deve ser ininterruptamente produzida e exercida sob forma de competição.

A competição intrínseca no discurso do neoliberalismo produz a noção de que todos têm a liberdade de fazer parte do jogo econômico, o que contribui para a fabricação de novas subjetividades, ou seja, da passagem de uma sociedade de produtores para uma sociedade de consumidores. Como VEIGA NETO (2009) discute, não é mais importante ter mercadorias para vender, mas ter a competição pela conquista de consumidores, criando novos nichos de consumo. O importante aqui é criar novos mundos, é inovar e nunca ter consumidores satisfeitos, pois isso seria a pior ameaça ao neoliberalismo.

Assim, o Neoliberalismo é uma mentalidade de governo, uma forma de compreensão de como são usados os poderes para melhorar o bem estar, para dizer quais fins deve buscar, que males deve evitar, os meios que deve usar e como as pessoas devem agir (ROSE 2011).

Uma consequência deste discurso é perceptível no fragmento abaixo que mostra a preocupação em justificar um atendimento grupal por um longo período em detrimento de vários atendimentos individuais que poderiam ter feito no mesmo tempo.

“Temos que justificar nossos atendimentos, como explicar à gestão que preciso ficar tanto tempo com um mesmo grupo de usuários? ... Somos cobrados o tempo todo. Sonhamos com um trabalho, mas tem toda uma questão de justificar nas estatísticas.” G.F. Profissionais.

Conforme o exposto acima, há metas de trabalho a serem cumpridas que priorizam o número de consultas ou visitas individuais do profissional em comparação com as estratégias em grupos. E, aqui, coloca-se uma preocupação: o

profissional é incentivado a criar propostas grupais que fomentem o empoderamento, mas não é coerente com o cumprimento de metas da gestão.

O próximo relato expõe a dificuldade de compreensão da gestão quanto à condução de um grupo de 15 mulheres, computado apenas como um grupo. Há uma lógica da organização que acaba por impedir que essas 15 mulheres se reúnam semanalmente, desqualificando a potência do trabalho, priorizando outras ações.

“Então, não enxergam a potência disso: quinze mulheres se encontram semanalmente, equivaleria a quantas visitas?” Ent. Coordenador.

Neste ponto, o campo deixa clara a dificuldade de compreender o que é prioridade para a gestão, ou seja, são eleitas ações no território que precisam ser cumpridas em detrimento de propostas de caráter de promoção da saúde. O relato descreve uma situação em que profissionais são deslocados de uma função que entendem promotora da saúde, para funções que respeitem o que a gestão entende por prioridade.

“Tem que mapear na região, fazer tantas visitas, tem a meta que temos que cumprir e deixamos de trabalhar com as mulheres daquele artesanato. Se for bem trabalhado e potencializado as mulheres no grupo, poderíamos tirá-las da hipertensão, da depressão, da diabetes, poderíamos empoderar as mulheres.” Ent. Coordenador.

O mesmo serviço que pede o fortalecimento de estratégias de empoderamento aprisiona seus profissionais em burocracias e agendas externas. São discursos antagônicos: o mesmo profissional precisa ser inventivo e fica aprisionado em dispositivos de controle. Diante do medo de perder o emprego, ele sucumbe à regra e adere às estratégias congelantes e aprisionam sua potência.

Vemos nesses fragmentos que relações de poder perpassaram as agendas institucionais, geralmente pensadas exteriormente ao serviço. Um exemplo utilizado é quando uma equipe se envolve em um tema de trabalho, cria, pensa, questiona, mas, por questões institucionais, precisa mudar o foco do que estava construindo, ao

invés de trabalhar o tema violência terá que trabalhar com dengue, por exemplo. O que prevalece nesse processo? A potência do trabalho que vinha desenvolvendo ou a meta a ser cumprida?

“A pessoa está lá envolvida, a equipe está envolvida e de repente vem uma meta para ser cumprida e vira outra coisa [...]” G.F. Profissionais.

Também houve relato em que o mesmo profissional ocupa vários espaços, diante da pouca quantidade de profissionais para a demanda. No serviço, há uma sobrecarga de agendas de trabalho, o que faz com que um mesmo profissional acabe assumindo várias funções e represente o serviço em vários espaços.

“As agendas são apertadas, aquela coisa de sobrecarga das agendas, o mesmo profissional que vai aos encontros, o que tem um monte de demandas” G.F. Profissionais.

Diante da influência do discurso neoliberal, são necessários dados quantitativos que justifiquem os investimentos econômicos.

“A dificuldade é o gestor entender de saúde porque o fato é que para a cabeça do político ele precisa reverter toda aquela ação, todo investimento que ele faz precisa reverter em números, e aí entra a questão econômica muito forte.” G.F. Profissionais.

Neste momento, cabe lembrar que a consolidação do SUS acontece no mesmo período histórico em que cresce o neoliberalismo no mundo. O país acabava de sair do regime militar com sérios problemas econômicos e, ao mesmo tempo em que assumia um programa de orientação neoliberal, assumia também o SUS como uma política de Estado que caminha contrário aos demais programas do país. Houve avanços, mas também muitos desafios para sua efetivação no cotidiano das práticas de atenção à saúde. Atualmente, vivemos os propósitos neoliberais de “Estado Mínimo” caminhando no sentido contrário ao proposto pelo SUS em favor do “Estado Máximo” para as questões sociais. Hoje vivemos esse tensionamento: como fazer funcionar o SUS diante da ordem liberal privatista (NEVES e MASSARO, 2009).

Para o funcionamento das propostas, depende-se de financiamento. Esses projetos nasceram de um investimento federal em políticas de promoção da saúde. Entretanto, nem sempre o nível local tem outra organização para a manutenção dessas ações, ficando vinculadas aos recursos federais.

“E daí para a nossa tristeza o Ministério não mandou uma nova linha de crédito para este ano e a gente ficou muito chateada, porque na Secretaria também não tivemos sinalização de outro recurso. Dá uma frustração, uma sensação de poxa, a gente está crescendo nesta parceria e de novo vamos retroceder [...]?” Ent. Coordenador.

Diante das dificuldades de manutenção de financiamento, discute-se a dificuldade em manter a potencialidade de uma ação. Pensar o empoderamento na rede pública de saúde remete à necessidade de suporte econômico:

“A gente tem que se redobrar para não aparentar esse enfraquecimento, é uma coisa que a gente tem que se virar nos 30 para não murchar. Nesse momento, por exemplo, tem um dos territórios bastante frágil, ele ia acabar, se tivesse que optar, iria optar para que continuasse.” Ent. Coordenador.

Diante do Estado cada vez mais neoliberal, ações de promoção da saúde são consideradas menos importantes cabendo ao nível local mantê-las.

“O projeto é muito interessante, é instigador, tem sido bem avaliado, as pessoas se animam, as pessoas veem com bons olhos, agora é aquilo, veem com bons olhos, mas não tem recurso, é na base de esticar o cobertor o tempo todo.” Ent. Coordenador.

Para a construção de ações de promoção e de empoderamento, os profissionais se veem na necessidade de justificar suas ações para continuar tendo financiamento. A influência do discurso econômico na gestão da saúde reverbera na preocupação em mostrar a importância das ações que desenvolvem:

“No momento em que você promove saúde você diminui consultas médicas, exames, cirurgias, você poupa os cofres públicos, e poupa também o cidadão de um sofrimento, que no momento que ele adoece ele não adoece só, os seus familiares

adoecem junto dependendo da sua doença, e tudo isso converge para um campo só, você está promovendo saúde e está poupando cofre público.” G.F. Profissionais.

Outra questão emergida: sabem da importância do empoderamento no programa, mas não tem como provar, pois remete a dados não quantificáveis:

“Uma grande dificuldade é a gente conseguir produzir estudos que fomentem essa conclusão, precisamos avançar. A gente vê isso dia a dia, vê os relatos das pessoas, vê os profissionais também relatando isso, nós vivenciamos isso no dia a dia, agora, nós estamos muito ainda engatinhando nesse processo de produzir resultados palpáveis para os gestores.” G.F. Profissionais.

Quando pensam em empoderamento, os relatos, as percepções e o conhecimento acumulado são entendidos como não suficientes para convencer a gestão. Não são valorizados os saberes acumulados por não serem computados numericamente. A solução que imaginam como forma de validar o que sabem é terem o apoio do discurso científico, ou seja, a ciência que promove o status de verdade ao que vivem:

“A gente precisa muito de evidências científicas, porque isso a gente sabe que a gente faz, mas a gente precisa através de documentos, textos, mostrar que o programa, ele tem um poder muito grande de estar mexendo na vida das pessoas, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. E isso é muito gratificante e nos dá na verdade, muito orgulho.” G.F. Profissionais.

Há todo um discurso econômico que invalida experiências e saberes dos profissionais, priorizando o que tem evidências científicas. A fala do profissional diz do saber construído ao longo de sua experiência, será valorizado se houver validação da ciência. Enquanto isso não acontece, o saber acumulado pelo trabalhador é destituído de sua potência.

4.2.2.2. Interesse do Estado

Um fio de reflexão interessante foi trazido pelos sujeitos: será que o Estado tem interesse no empoderamento? Até que ponto é possível à construção uma política pública na contemporaneidade que tenha como um de seus objetivos o empoderamento?

Apoiada no referencial foucaultiano de biopoder, que tem como principal objetivo o controle dos corpos, essa discussão é pertinente quando coloca em dúvida o real interesse do Estado em partilhar seu poder. LUPTON (1995) complementa afirmando que esse discurso não é exclusivo do Estado, mas é também apoiado por agências e instituições como a família, a mídia, o sistema educacional, grupos de apoio e organizações comunitárias, assim como o discurso acadêmico.

Há um tensionamento trazido nas falas: se a gestão fomenta o empoderamento, fortalece o sujeito que poderá ser um questionador da própria gestão e, além disso, precisa repensar o lugar do poder nas relações, ou seja, há um questionamento quanto à porosidade da gestão para desenvolver espaços de liberdade ao invés de submissão. Essa reflexão aproxima-se da dúvida trazida por STOTZ e ARAUJO (2004 p. 14) *“se grupos que detém poder são capazes de se autolimitar, ou de transferi-lo a outros grupos”*.

O fragmento abaixo traz a dúvida: será interessante ter uma população coautora na gestão?

“A partir do momento que você se preocupa com outras coisas tão importantes, você se preocupa que a população seja coautora junto com você, você, entre aspas, você dá poder também né, então é interessante para mim como gestor? eu quero uma população coautora ou não? eu quero tomar as minhas decisões e fazer o que eu achar que é importante? o que é uma questão mais atrasada mas que acontece muito, então passa também por uma questão política.” G.F. Profissionais.

Como discute FUGANTI (2009), especialmente no campo da saúde, construímos estratégias que procuram ser inovadoras, mas continuamos reféns de antigos preconceitos, com “*prejulgamentos subterrâneos*”. Então, o que se propunha ser inovador são apenas “*mudanças de fachada*” que acabam por capturar a vida (FUGANTI 2009, p. 667). Para este autor, o processo de civilização e seus estados democráticos são formas de regulação das relações de socialização. Preocupada com a conservação da ordem, os que a desestabilizam são desqualificados de toda ação que não esteja de acordo com os preceitos ideais de conservação.

Nesse caminho, o empoderamento é bem-vindo desde que não questione a ordem instituída. Para que haja este fator, é necessário que a gestão queira compartilhar e não controlar intervenções para que não se tornem ameaças à ordem instituída. A discussão é se a gestão tem interesse em gerir coletivamente, em rever suas estruturas de poder, em compartilhar poder:

“Depende da visão da gestão, se será interessante ou não para os objetivos da gestão, para o interesse da gestão, trabalhar o empoderamento.” G.F. Profissionais.

Aqui cabe uma discussão, qual a compreensão que temos de poder e sujeitos? Sujeitos destituídos de potência onde a função da gestão é dar poder ou como sujeitos com capacidades de contribuir para a gestão?

“Você pode instrumentalizar uma população e até que ponto isso é interessante para a minha gestão, para a minha permanência no poder.” G.F. Profissionais.

Assemelha-se ao discurso da educação quanto menos sabem melhor serão governados. Mesmo sendo um discurso antigo, ainda é presente quando pensamos em compartilhamento de poderes e saberes.

“Não é interessante às vezes para o gestor empoderar, porque o empoderar é dar poder, literalmente né, e numa lógica que muitas vezes as decisões, as pessoas não querem compartilhar as decisões.” G.F. Profissionais.

Nesse sentido, surge uma importante discussão, se um grupo é empoderado até que ponto a gestão pública escuta, respeita ou dá voz à sua comunidade? Se ouvir a comunidade, a gestão terá mais trabalho?

“Quando se tem demandas tem muito mais trabalho mesmo porque você não vai planificar uma ação que vai ser a mesma para todas as comunidades [...], então o gestor, ele vai ter que estar muito mais sensível a essas peculiaridades, e isso aí vai dar muito mais trabalho para ele.” G.F. Profissionais.

Os fragmentos mostram que a maioria das propostas desenvolvidas não consideram os anseios e necessidades de um grupo, o que gera uma estratégia fadada ao fracasso. Isso porque o empoderamento passa pelo sentimento de pertencimento, a comunidade não entende como dela, por isso não se apropria.

“A gente teve experiências de equipamento que foi colocado sem o aval real da população, hoje ele tem problema, porque não houve essa questão do empoderamento da comunidade, que não foram nem ouvidos. Esse sentimento de pertencimento praticamente inexistente, e aí o equipamento fica ocioso.” G.F. Profissionais.

Na fala abaixo, com um olhar menos atento, podemos compreender que a oficina proposta não foi apropriada pelo grupo e fracassou porque a comunidade não se apropriou, “não sentiu um poder de identificação” da proposta oferecida pela gestão pública, ou seja, podemos rapidamente acreditar que a comunidade é responsável pelo seu insucesso.

“A maioria das iniciativas que não procuraram saber quais eram os anseios da comunidade, acabam dando errado, elas vão fadar, se você, ah vamos fazer um processo, uma oficina aqui de Tai Chi, de acupuntura numa comunidade que não sabe o que é saneamento básico ela vai achar que aquilo dali é uma coisa de outro mundo, pode começar, pode ter um momento, mas não vai ter uma continuidade, ela não vai se sentir um poder de identificação com aquilo e vai acabar caindo.” G.F. Profissionais.

O que se percebe no fragmento é que as políticas e projetos costumam ser propostos por especialistas e gestores sem articulação com os territórios onde se propõe implantar a ação. Repensar porque não se constituem essas trocas pode ser uma importante forma discutir o empoderamento. O que vemos é que os sujeitos são excluídos desses espaços de decisão por pressupormos de antemão que não podem, não sabem ou não conseguem escolher o que é melhor para sua comunidade.

Cabe considerar ainda sobre o fragmento acima, que a questão não é se a comunidade pode ou não usufruir das práticas propostas, como se existisse uma hierarquização das necessidades a serem fornecidas pelo Estado: primeiro saneamento e depois a atividade. Aqui cairíamos no falso problema de eleição de prioridades em uma comunidade vulnerável, ou seja, definir se uma comunidade precisa ser mais respeitada em um direito que outro. As ações podem ser realizadas concomitantemente, sendo que o que está em questão é como se constituem as trocas com essa comunidade para que se sinta participante do processo, para que se aproprie das discussões e que possa fazer escolhas.

Com isso nos remetemos à discussão no sentido em que o empoderamento, como estratégia de fortalecer os sujeitos para que façam escolhas sem cair nas armadilhas do que anteriormente discutimos. Há definições do Estado pelo que entende como escolhas adequadas e, dentro destas, os sujeitos farão suas escolhas e, por isso, são escolhas controladas. Isso porque, usando o termo de FUGANTI (2009), há um “prejulgamento subterrâneo” de que os sujeitos não sabem escolher o que é bom para si, então precisamos ensiná-los.

SARAIVA e VEIGA-NETO (2009) trazem essa discussão no campo da pedagogia:

Para ilustrar essa situação, podemos tomar o caso da pedagogia de projetos. O ponto de partida para os projetos são os interesses dos alunos, interesses devidamente direcionados, adequadamente produzidos. Afinal, os alunos podem escolher os temas dos projetos, mas sempre nos limites daquilo que a escola determina como aceitável... Na pedagogia de projetos, a decisão do tema pode até ficar a cargo dos alunos, mas deve

encaixar-se dentro de um recorte estabelecido pelo professor. A vinculação dos projetos ao currículo não permite uma escolha assim tão livre, de modo que o interesse da criança é produzido por intervenções do professor (SARAIVA e VEIGA-NETO, 2009, p. 198).

Como discute LAZZARATTO (*apud* SARAIVA e VEIGA-NETO, 2009), ficamos sem o direito de participar da construção dos mundos, formular problemas e inventar soluções, a não ser dentro de alternativas previamente estabelecidas, onde a liberdade de escolha é possível dentro de possíveis que outros propuseram. Em nosso caso, de alguma forma, o discurso da saúde é carregado dessas alternativas previamente estabelecidas, consideradas “escolhas saudáveis”.

Ao mesmo tempo em que a racionalidade política contemporânea trouxe contribuições e benefícios para a vida das pessoas, também criou formas de disciplina pela normatização dos sujeitos. Mas, como os sujeitos são sempre efeitos de relações de poder, também provocam seus efeitos:

“Que o gestor talvez não tenha a intenção de ter o empoderamento da população, ele tem que pensar diferente, porque se ele pensar em tomar o poder somente para si, ele não vai permanecer no poder.” G.F. Profissionais.

Há também relações de dominação/poder estabelecidas no cotidiano da gestão pública que não são presentes apenas nas hierarquias institucionalizadas:

“As pessoas têm muita história de ciúmeira do chefe. Se o sujeito brigar um pouco mais já ficam de olho. Tem umas coisas, institucionalmente, mas também tem outras muito estranhas que são informais, que não estão na formalidade, que perpassam as relações.” G.F. Profissionais.

Como disse FOUCAULT (2004), analisar essas relações de poder é complexo, pois há estados de dominação onde as relações, ao invés de serem móveis e possibilitar a troca entre diferentes, encontram-se cristalizadas e bloqueadas. A isso chama estado de dominação, quando um indivíduo ou grupo bloqueia um campo de

relações de poder, tornando-o imóvel, fixo ou sem movimento, não há práticas de liberdade, sintetizando, então, há um congelamento da potência.

Um exemplo da cristalização da potência pode ser visto em uma situação em que o profissional começa a incomodar a gestão por estar realizando um trabalho considerado interessante e, ao invés dessa potência ser incorporada, ela é banida. De alguma forma, a potência do trabalho incomoda seu superior:

“Estou lembrando um exemplo, um ACS que fazia uma ótima articulação, tinha um grupo de mães mexendo com artesanato que virou uma interlocutora interessante da região com a Secretaria. Foi marcada uma reunião, e ela não foi [ao que a colega justifica] não, minha gerente disse que ela não vai mais mexer com isso.” Ent. Coordenador.

Em outra situação de relações de poder estabelecida no serviço, há uma hierarquia profissional mais valorizada no serviço. Aqui, o profissional precisou deixar de exercer sua função diante das relações de dominação presentes no serviço. A fala deixa claro que o trabalho do médico é tomado como mais importante que do outro profissional:

“As interrupções na sala eram porque o médico estava para chegar, não era que o médico tinha consulta tal e tal hora, era porque o médico tinha que ter onde sentar quando chegasse, quer dizer, não importa se ela estava trabalhando, mas ela tinha que esvaziar o lugar e deixar livre para quem era o dono do lugar.” Ent. Coordenador.

4.2.2.3. Relações de trabalho

Diante do neoliberalismo, novas relações de trabalho se constituem com regimes de trabalhos bem heterogêneos, em que a prioridade é o chamado “poder criativo” onde o que se pressupõe não é mais a reprodução, mas sim a invenção. A essa questão, LAZZAROTO e NEGRI (*apud* VEIGA NETO, 2011) chamaram de

trabalho imaterial, onde o tempo produtivo se mistura com o tempo de lazer de forma a se tornarem indistinguíveis.

O trabalho imaterial pede sujeitos flexíveis, capazes de serem recolocados em diferentes funções, com subjetividades transformadas de forma com que tenham poder de gestão e de tomada de decisões. Diferente do trabalho em fábricas, nesse novo modelo a comunicação é necessária, pois tem como pressuposto a cooperação, ou seja, uma ação mútua entre diferentes indivíduos.

Em uma época onde o trabalho imaterial torna-se um modelo, é preciso um cérebro flexível, articulado e adaptável às transformações, pois a passagem do capitalismo industrial para o chamado capitalismo cognitivo inscreve a ênfase em cérebros flexíveis e articulados ao invés dos corpos dóceis, como anteriormente eram propostos (VEIGA NETO 2011).

“Não é fácil, é quebrar paradigmas, é você estar no dia a dia, tentar fazer, errar, consertar, não se deixar abater, pegar cada queda e fazer dela um trampolim para você acertar lá na frente, você tentar construir a cada dia acreditando que vai mudar amanhã.” G.F. Profissionais.

Diante deste cenário, o autor afirma a necessidade de repensar o trabalho de nossos profissionais, considerando questões problematizadores, como a flexibilização, desqualificação, desvalorização salarial, esvaziamento político e enfraquecimento profissional (VEIGA NETO, 2011).

Nas falas dos sujeitos, enquanto buscávamos compreender o que entendiam por empoderamento, também falavam do que entendiam pelo seu contrário, um “des-empoderamento”, provocados pelas limitações do serviço.

“Cada serviço tem o seu limite, seus problemas. Acho que isso foi uma das coisas mais importantes: conhecer os limites dos outros, saber como é o serviço.” G.F. Profissionais.

“Os professores fazem tudo para manter na medida do possível, mas tem coisa que está além do alcance deles” G.F. Profissionais.

Há também limitação do próprio profissional. Diante de situações muito complexas, o profissional também não consegue assumir toda a complexidade da tarefa. O que pode ser compreendido como muito positivo, já que consegue se despir de uma capa de herói que lhes é gentilmente cedida pelo Estado, onde deve dar conta de todos os problemas do território:

“Esse grupo, no começo gerou uma expectativa muito grande, queriam que a gente tivesse todas as soluções para agora. Então, era muito além do que a gente poderia ajuda-los, então foi melhor a gente ir com calma, parar e ver até onde podíamos ajudar.” G.F. Profissionais.

Por não ser fácil o cotidiano, uma tarefa da gestão deve ser motivadora diante dos desafios.

“A tarefa principal que a gente tem de gestão é de evitar que ou os mais antigos, ou os mais pessimistas, tragam o grupo para baixo, porque são desafios muito sérios.” Ent. Coordenador.

Diante das fragilidades e desafios, um tema considerado relevante pelos entrevistados diz respeito à necessidade de pensar o empoderamento do próprio profissional. O fragmento abaixo deixa claro que o cotidiano de trabalho exige suporte para o seu enfrentamento, ou seja, exige o fortalecimento de seus próprios profissionais.

“O profissional tem que ter um suporte muito grande porque a realidade já é difícil, tem toda essa situação e empoderá-los também, querer fortalecê-los, criar mecanismos que possam fortalecer eles para eles lidarem com essa situação.” G.F. Profissionais.

O campo nos trouxe algumas pistas de como compreendermos esse fortalecimento dos profissionais. Para que haja empoderamento do profissional, discutem a necessidade de se apropriar ao programa.

“O profissional precisa primeiro se empoderar e se apropriar do que é o programa: a partir do momento que eu me apropriei desse conceito o que é que eu vou fazer com ele, o que é que eu

vou me aproveitar disso para o meu benefício e da minha comunidade, sentir pertencente daquele programa, a essa política, eu não só utilizo essa política, mas eu faço parte dela, e eu tenho responsabilidade com ela também” G.F. Profissionais.

“Com o profissional também tem que acontecer, porque quando o profissional ele não se empodera do que é a política, não se empodera do programa, do conceito, das ações, não se percebe como um profissional de saúde da rede, quando ele não se empodera disso acho que ele não move.” G.F. Profissionais.

No que diz respeito ao empoderamento relacionado à necessidade do sujeito se apropriar do programa, aventamos que precisamos ficar atentos o quanto esta apropriação torna-se uma forma de fomentar a potência do sujeito ou se é uma forma de assujeitamento do mesmo, ou seja, se essa assimilação permite que sua potência de criação também exista e que, com isso ele possa reinventar a proposta, sim estaremos produzindo vida e potência, visto que estará havendo trocas ou alianças, mas, no seu contrário, se nesta apropriação não cabe à potência do sujeito, estamos falando de controle.

“Então estão todos ali com a mesma ânsia, no início foi aquela coisa de todo mundo se colocar e hoje a gente está num patamar um pouquinho mais avançado.” G.F. Profissionais.

“Quando você chega você conhece o programa, aí você se empodera, e quando você se empodera você começa a gostar, porque é difícil não gostar desse programa por conta da sua grandiosidade, do seu potencial.” G.F. Profissionais.

A compreensão de empoderamento do profissional passa pela relevância do lugar que ele ocupa no espaço:

“Essa sensação de que a gente está sendo relevante para a saúde das pessoas de maneira geral, isso dá uma sensação de que a gente está sendo significativo enquanto profissional.” G.F. Profissionais.

“Ou quando a gente vê o programa ser apresentado nos congressos e nos espaços, de alguma forma isso está sendo significativo para a gente. E por fazer parte dessa história, obvio que a gente fica feliz com isso.” G.F. Profissionais.

Empoderamento passa pelo reconhecimento do usuário:

“Eu chegar num grupo de usuários porque você chega no seu horário e você é aplaudido, “ah o professor chegou”, sabe, é um encontro por semana, mas é muito gratificante.” G.F. Profissionais.

A atuação no programa é entendida como uma estratégia empoderadora:

“Pensando no empoderamento, tem várias coisas, se a gente pudesse fazer uma retrospectiva de como é que os profissionais da ponta começaram e como eles estão hoje, alguns deles, é muito legal de sentir, porque no começo é uma desilusão.” G.F. Profissionais.

A atuação gerou a necessidade de continuar sua formação acadêmica:

“Vai sendo uma oportunidade de reflexão tão interessante que eles vão buscando, agora eles estão sendo assistentes sociais, psicólogos, estão se formando... eu cruzei com uma que era ACS do projeto e eu falei “o que você está fazendo aqui? E ela “agora eu trabalho na ONG tal, sou assistente social”. É que se identificou né, é bem interessante isso. E que também não deixa de ser empoderamento.” Ent. Coordenador.

Há também outra situação relatada: um profissional que se destaca no processo, acaba assumindo muitas funções, por ter capacidade de interferir em toda a estrutura, caminha e costura todo o programa em determinado território:

“Tem a assistente social que ela é chamada sempre, ela virou a referência, e aí ela cria os atalhos necessários, ela faz as costuras necessárias para que aquela criança não sofra.” Ent. Coordenador.

A capacidade de se envolver e de encontrar caminhos é remetida aos aspectos subjetivos do profissional. Ou seja, ocupar esse lugar de profissional potente e capaz, por questões pessoais, como uma interioridade capaz.

“Precisa do compromisso pessoal, o compromisso é muito pessoal, aquele funcionário querer sentar, querer conversar, antes de tudo ele é pessoal.” Ent. Coordenador.

Assim, a potência do profissional está relacionada à personalidade.

“Tem a ver com o feeling, com a personalidade daquela figura, e tal, né, o que a gente gostaria é que não tivesse a ver com a personalidade só.” Ent. Coordenador.

A participação em capacitações profissionais podem ser estratégias interessantes de empoderamento profissional, que contribuam para a compreensão da ação que fazem parte. De acordo com CARVALHO e CECCIM (2006), tais espaços de formação possibilitam diferentes modos de pensar, gerando uma visão ampliada do campo de trabalho, que levam à construção de novos saberes e práticas.

Para que as construções de práticas inovadoras e democráticas aconteçam, segundo FEUERWERKER (2012), é imperativo que o mundo do trabalhador faça parte do processo pedagógico e de aprendizagem, pois só assim será possível compreender e problematizar o próprio agir individual e coletivo. Isso porque parte-se do pressuposto que a saúde se produz em ato, ou seja, a produção da saúde só existe durante o próprio ato de sua produção e para aqueles que estão diretamente envolvidos no processo. E se não forem criadas situações onde esses profissionais possam refletir sobre seu próprio trabalho, não se sentirão incomodados o suficiente para rever suas estratégias.

“Tivemos a capacitação, a gente começou a entender a discussão do fluxo, como cada um funciona na rede, como pensar.” G.F. Profissionais.

O fragmento abaixo deixa claro que foi a partir da incomodação causada na capacitação que o grupo viu, nasce a necessidade de construir sua ação.

“No final do curso houve uma provocação ou um desconforto de “está bom, a gente aprendeu tudo isso e agora?” agora, cada um vai para o seu canto na sua solidão, continuar enfrentando isso sem ter nada articulado? ... E deram sequência numa articulação.” G.F. Profissionais.

Entretanto, MERHY (2005) alerta quanto à armadilha de reduzir a compreensão da eficácia das ações de saúde as quais esteja relacionada à falta de competência dos profissionais e, conseqüentemente, pode ser corrigida com cursos compensatórios. Em outro texto, MERHY *et al.* (2006, p. 173) afirmam que o trabalhador da saúde não é uma “caixa vazia”, tem seus valores, suas concepções, suas formas de trabalho, e ainda utilizam “*seus pequenos espaços de autonomia para agir como eles acham que a boa saúde, de acordo com seus valores e/ou interesses*”.

Quando participam de capacitações, onde se veem como parte do processo, compreendem a dimensão e a importância do próprio trabalho:

“A gente ficou aí dois anos [na capacitação] discuti os fluxos, a gente descobriu como que é dentro dos serviços, o atendimento, como que é o fluxo da saúde, do CRAS, da justiça, então tudo isso é muito importante.” G.F. Profissionais.

O profissional capacitado que se sente empoderado percebe sua função e a da instituição no processo, com isso é capaz de corrigir rotas.

“Antes era assim, os pais iam até a escola para pegar esse papel para levar para a UBS, a escola acabava fazendo um papel que não é dela, não era esse de ficar dando guia de atendimento médico, o papel da escola é orientar. Claro que tem casos que são casos diferenciados que a gente faz o papel, encaminha, uma situação assim que são casos mais populares, porque tem casos que são raros, agora todos os casos se eu for atender, você imaginou? Eu vou ficar de guia médico, a escola vai ser o lugar da guia médica.” G.F. Profissionais.

Os dados advindos do campo mostram que, diante da complexidade dos serviços, o empoderamento do profissional é fundamental para a construção de uma intervenção promotora de saúde. É a partir das relações que o sujeito estabelece em

seu espaço de trabalho que sentirá maior ou menor potência para novas relações. O fato de existirem vários agentes na ação remete à possibilidade de agenciamentos, de trocas, de construção de um cenário de eminência de potência.

Como discute PELBART (2003) todo sujeito é capaz de produzir novos desejos, novas associações, novas formas de cooperação, todos podem inventar novos mundos, não sendo prerrogativa dos gênios, a inventividade é a potência do homem. Nesse sentido em toda a rede social há potência de vida que produz afetação recíproca e novas formas de cooperação:

Todos e qualquer um, e não apenas os trabalhadores inseridos em uma relação assalariada, detêm a força-invenção, cada cérebro-corpo é fonte de valor, cada parte da rede pode se tornar vetor de valorização e de autovalorização. Assim o que vem à tona com cada vez maior clareza é a biopotência do coletivo, a riqueza biopolítica da multidão. É esse corpo vital coletivo reconfigurado pela economia imaterial das últimas décadas que, nos seus poderes de afetar e ser afetado e de constituir para si uma comunidade expansiva, desenha a possibilidade de uma democracia biopolítica (PELBART, 2003, p. 24).

4.2.3. Dimensão subjetiva

Quando discutimos o uso do termo empoderamento, as reflexões sobre as formas públicas de pensar neste termo, são priorizadas em detrimento de preocupação e interesses de cunho subjetivo. Explicando, temas relacionados à esfera pública são mais facilmente discutidos, enquanto as questões que remetem à ordem subjetiva assumem um valor diferenciado.

Como apontado por SCARCELLI e JUNQUEIRA (2011), apesar do intenso debate em torno das concepções de saúde no campo da saúde coletiva, temas relacionados à subjetividade e sujeitos ainda são considerados complementares e menos constitutivos da integralidade das discussões. Quando reforça-se a

preocupação em tomar a questão subjetiva, há a forte preocupação em gerar uma “psicologização” da discussão, o que leva a subestimação do tema na saúde coletiva.

As questões subjetivas, emergidas neste trabalho, que também atravessam a compreensão do termo, assumiram um lugar diferente das outras dimensões, como se a ordem do sujeito tivesse outra importância quando em comparação com as dimensões políticas e de gestão. Como nosso interesse é a integração desta pluralidade de olhares sobre o termo, apresentaremos e discutiremos aqui alguns aspectos da dimensão subjetiva que o campo possibilitou.

“É um conceito bem subjetivo, difícil de falar dele porque está nas entrelinhas” Ent. Coordenador.

A dimensão subjetiva vem atrelada à um discurso comum de alegria, que até então não aparecia. Isso nos fez retomar uma discussão de PELBART (2003), em um contexto de tantas desigualdades, violências e iniquidades, falar de alegria parece uma *“uma tarefa impossível, no entanto, talvez tanto mais necessário”* (p. 111). Embasado em Gabriel Tarde o autor justifica-se: *“parece que todas as necessidades dos homens são negativas, que eles têm por objetivo a supressão de um sofrimento, tais como: a fome, a sede, o frio, de natureza orgânica; ou então essas privações de natureza intelectual: a ignorância por exemplo”* (p. 114).

Além disso, outro importante aspecto colocado por MARCONDES (2002), como trazer a discussão sobre qualidade de vida e felicidade sem prejudicar outros níveis da atenção e provisão de serviços à saúde, já que apresentar esse tipo de preocupação pode até parecer despropositado diante do frágil contexto brasileiro dos serviços de saúde, no qual enfrenta dificuldades básicas, como atendimento, equipamentos, materiais e outros.

No campo da saúde, nos acostumamos a procurar problemas, ou “as necessidades negativas” dos sujeitos. Mas, como colocado no fragmento abaixo, com um olhar atento e menos aprisionado nessa forma que nos acostumamos olhar, o território traz aspectos positivos:

“Então é uma coisa que vale a pena pensar um pouco mais o que a gente quer, porque se você for rigoroso você vai achar, pegar uma lupa e ir no território, você acha coisas riquíssimas.” G.F. Profissionais.

Como reforçaram as primeiras discussões sobre a construção da PNPS: pensar em promover saúde é também considerar *“a afetividade, a amorosidade, a capacidade criadora e a busca da felicidade como igualmente relevantes e como indissociáveis das demais dimensões”* (MS, 2002, p. 13).

Neste sentido, nos apropriamos novamente de PELBART (2003): como trazer à tona a questão da alegria sem nos enveredarmos no discurso contemporâneo como diversionismo, como capitalização com fins mercadológicos, ou ainda, como instrumentalização da alegria como pão e circo. Assim, fica o desafio: como pensar na alegria neste cenário? Como dialogar a dimensão subjetiva com a dimensão política e da gestão?

4.2.3.1. Espaços públicos de luzes

Com a preocupação de apresentar um dos entendimentos sobre o termo empoderamento, selecionamos dois relatos que consideramos importantes na compreensão dele. Em ambos, o termo é expresso por espaços de luzes. Podemos interpretar que o empoderamento esteja relacionado à essa noção de luminosidade, como algo que expande e ilumina todo um cenário?

Uma história contava de uma cena onde o programa não possuía infraestrutura adequada para o seu funcionamento: faltava energia elétrica para iluminação e, por conseguinte, funcionamento do aparelho de som. A alternativa que encontraram foi iluminar o espaço com o farol da motocicleta do professor, tudo para que a ação se mantivesse, para que não fosse interrompida:

“Me deixa contar uma historinha rápida, talvez resuma tudo o que foi falado aqui, tem um polo nosso chamado Chão de Estrelas, ele ficou sem energia por seis meses, sem energia nenhuma, no segundo mês nessa situação a gente foi conversar com os professor e alguns alunos também porque se pela manhã não tem som, a noite então além de não ter som é tudo escuro, a praça toda está escura, nem os professores, nem os alunos, muito menos os alunos concordaram em fechar, porque aceitaram fazer qualquer adaptação e começar meia hora mais cedo, mas não que ia fechar, a única fonte de energia além da do professor, era a mobilete dele, sério, ligada, então o farol iluminava, só onde ele estava né, para os alunos poderem ver a aula dele. Mas, de vez em quando eu conto essa história porque parece inacreditável.” G.F. Profissionais.

Podemos ler esse fragmento e fazer dois tipos de interpretação: o grupo era tão frágil que não conseguiu reverter a história da falta energia. Aqui, entendemos o empoderamento como a capacidade de participar ativamente da polis com a responsabilidade de cobrar que a gestão pública faça sua parte. E, como ficaram tanto tempo, seis meses sem energia elétrica, mostra o quanto não havia empoderamento do grupo ao ponto de cobrar do poder público. Nesse caminho, os sujeitos seriam considerados ‘des-empoderados’ ou ‘im-potentes’.

Outra forma de interpretá-lo: o grupo estava tão apropriado do projeto e da vontade de continuar participando que, mesmo diante da fragilidade do poder público, continuavam frequentando, tinham tamanha força ou potência que, mesmo diante da situação, não desistiram da proposta, não queriam perdê-la. Como uma forma de resistência, diante da ausência de luz do Estado, havia um ‘chão de estrelas’ que mantinha a proposta funcionando.

A seguinte história da outra ação refere-se também à noção de luz. Uma forma de o projeto funcionar no território é buscando o que chamam de ‘pontos de luz’ para iluminá-lo. Parte do pressuposto que há potenciais no território que podem contribuir para a qualidade de vida da comunidade.

“Uma extensão do projeto que vem mexendo nesse outro lado, quais são os pontos de luz na comunidade, a gente chama

pontos de luz que podem ajudar a iluminar o cenário.” Entr. Coordenador.

“Vamos onde as mães estão, por isso que identificamos que elas são pontos de luz, elas já estão na comunidade fazendo um trabalho, o que precisava era nos somar a elas... Então é isso, encontrar os pontos de luz na comunidade. Toda ação que fazem são entendidas como estão trazendo luz para o bairro... Então os pontos de luz são todos aqueles que podem ajudar quem tem algo para oferecer, mães que fazem leitura para crianças que não sabem ler e se dispõem ajudar, todos que se dispõem a ajudar sejam o que for, está contribuindo para o bem da sociedade, então são pontos de luz... E esses “pontos de luz” seriam esse lugar de empoderamento.” G.F. Profissionais.

Também neste fragmento podemos interpretá-lo de duas formas: como um trabalho de encontrar pontos de luz da comunidade, localizar potências que já existem no território e possam contribuir, mesmo diante de tantas adversidades, os sujeitos são vistos não pela falta, pela ausência ou precariedade, mas pela potência.

Outra possibilidade de compreender a mesma história é entender a potência como algo personalizado, como uma essência humana que irá iluminar a comunidade, sem considerar outras questões que fazem parte do processo, fomentando a responsabilização destes sujeitos iluminados pelo sucesso ou fracasso de seu entorno.

O que fica das duas histórias e que as ações permitem compreender os sujeitos como potencialidades que acontecem quando estão em espaços coletivos. Nas palavras de FOUCAULT (2013, p. 115):

O espaço em que vivemos, pelo qual somos lançados para fora de nós mesmos, no qual se desenrola precisamente a erosão de nossa vida, de nosso tempo e de nossa história, esse espaço que nos corrói e nos erode é também, em si mesmo, um espaço heterogêneo. Em outras palavras, nós não vivemos em uma espécie de vazio, no interior do qual seria possível situar indivíduos e coisas. Nós não vivemos no interior de um vazio que se revestiria de diferentes espelhamentos; nós vivemos no interior de um conjunto de relações que definem alocações

irredutíveis umas às outras, e absolutamente não passíveis de sobreposição.

Assim, as duas ações contribuíram para a criação de espaços para emergência das potências que circulavam no território. Como afirma LAZZARATO (*apud* PELBART, 2003, p. 23), todos produzimos constantemente, assim o sujeito não é apenas uma “reserva passiva” à mercê dos campos de dominação: *“Em vez de serem apenas objeto de vampirização por parte do Império, são positividade imanente e expansiva que o Império se esforça em regular, modular controlar”*.

O diário de campo trouxe um relato que contribuiu na reflexão:

“Visitamos uma casa onde acontecia uma intervenção do projeto. Uma casa simples, em um bairro periférico, com pouca infraestrutura. Na entrada haviam sacos de cimento que foram apresentados como parte do sonho de dar continuidade à construção da casa ainda inacabada. Na sala que também era a cozinha da casa, a profissional iniciou conversas com o grupo de jovens sobre propostas e alternativas de como atrair a juventude local e discutir o tema violência. Tinha a impressão (pesquisadora) de que aqueles jovens não queriam falar dos problemas de violência do bairro, pois isso eles já conheciam bem, queriam falar do passeio à pizzaria no dia do aniversário e do quanto seus amigos preferiam se reunir em sua casa. Diante de tantas adversidades, não queriam falar de seus problemas, queriam falar da vida que pulsava.” Obs. pesquisador.

Diante dos relatos, vimos que há mais de uma forma de abarcar o termo. O empoderamento, além do vinculado à participação social reivindicatória, também acontece em ações do cotidiano que tomam o espaço público.

Para VALVERDE (2009), as transformações na sociedade atual não são possíveis simplesmente por trocas de ideias realizadas em fóruns políticos pré-determinados, mas pela visibilidade de espaços não rígidos e capazes de fazer emergir sentimentos combatidos pelo Estado, ao que Foucault chamou de heterotopias.

A época atual seria talvez, sobretudo, à época do espaço. Estamos na época da simultaneidade, estamos na época da justaposição, na época do próximo e do distante, do lado a lado, do disperso. Estamos em um momento em que o mundo é experimentado, creio, menos como uma grande vida que se desenvolveria através do tempo, do que como uma rede que liga pontos e entrecruza seu emaranhado (FOUCAULT, 2013, p. 113).

4.2.3.2. Fortalecimento dos sujeitos no território.

Uma discussão lançada por FUGANTI (2009, p. 679) questiona se conseguimos construir cenários onde cada sujeito possa fortalecer-se.

Será que somos capazes de produzir o horizonte em que a vida se libere, cada vez brilhe mais, se afirme melhor, possa mais, em que já não disputemos potências, mas nos alegremos com o fortalecimento do outro? O homem ainda está aprendendo a se alegrar com o fortalecimento do outro, mas o fortalecimento real experimenta-o nele.

Trouxemos dois aspectos que contribuem para responder a questão: na ação de Recife, vários relatos mostraram que as pessoas entram e acompanham a ação principalmente por indicação de amigos que já frequentavam a proposta. Não precisam do encaminhamento do profissional de saúde como prevenção à um quadro de adoecimento.

“Minha vizinha sempre dizia assim “eu acho tão bonito vocês fazerem ginástica, como é que eu posso fazer para participar” e eu falei “é só chegar.” G.F. usuários.

“Fiquei olhando e gostei, aí vim perto da professora e ela falou assim “você pode vir”, as pessoas são cuidadosas com a gente, carinhosas, conheci muitas pessoas legais e eu estou amando.” G.F. usuários.

No seguinte fragmento da ação de Guarulhos, também fica claro que os sujeitos considerados contribuintes não estão diretamente relacionados à UBS. São pessoas da comunidade que se disponibilizam a ofertar algo para o grupo. Não é um usuário do serviço que, por ter algum “problema” com violência, vinculou-se à proposta:

“Ela falou que tinha algo a oferecer e se colocou para ajudar a comunidade, então juntei-me com a mãe que sabia fazer biscoitos e ensinava para as crianças, que faziam letras com os biscoitos, e ali estavam aprendendo, brincando e tendo conhecimento prático.” G.F. Profissionais.

Quando o programa de Recife desvincula a necessidade de encaminhamento e quando o projeto de Guarulhos também descola do atendimento clínico da violência e conecta-se com a comunidade. Ambos estão reforçando que há potências nos sujeitos e nos espaços, criando maior capilaridade com o território, flexibilizando fronteiras entre profissionais e usuários. O equipamento de saúde vai fazendo parte do território, do cenário público e, sem disputar potências, pode contribuir para o fortalecimento do outro.

Nesse sentido, o que chamou a atenção nas duas ações foi a significação atribuída ao território. A proximidade com a realidade local é uma importante conquista dos programas no caminho do empoderamento, pois são espaços carregados de significados para os sujeitos que lá vivem.

“Existe também um resgate cultural que é um movimento também de saúde para o empoderamento, são manifestações coletivas e o indivíduo é um personagem atuante naquela manifestação” G.F. Profissionais.

“Então se aquela família é um ponto de luz naquela casa, na outra ou na outra, está iluminando o bairro, a gente fala que não precisa se envolver em grandes ações, precisa fazer bem no seu espaço” G.F. Profissionais.

A apropriação do território acontece nas duas ações. A concretização das ações propostas pelo referencial da promoção da saúde ocorre quando são capilares

ao território, quando estabelecem conexões, ou seja, quando o profissional não fica preso no serviço de saúde e se agencia com o espaço.

De acordo com SACARDO e GOLÇALVES (2007) uma proposta de intervenção que toma o território como importante, reconhece as potencialidades que dali advém, representa um importante passo no fortalecimento de uma política pública, já que investe na noção de potências dos sujeitos.

O relato conta da profissional que circula pelo território:

“A profissional precisava combinar com a usuária a organização de um evento para dialogarem com os comerciantes da região. Como esta estava em horário de trabalho caminhamos até o supermercado do bairro onde trabalhava. A funcionária/usuária, enquanto empacotava, cortava, conversava com outros clientes, combinava o encontro seguinte com a profissional, numa troca onde a maior preocupação era com o fortalecimento da rede.” Obs. Pesquisadora.

O relato mostra que o território é ambiente de construção e reconstrução permanente, de convivência com múltiplos interesses, disputas, conflitos e, ao mesmo tempo, é espaço da solidariedade, da construção coletiva, do estabelecimento de redes e parcerias. Considerar as diferentes dimensões do território é dar lugar à vida que pulsa na comunidade, fortalecendo e empoderando sujeitos.

4.2.3.3. Encontros

Retomando o referencial que nos embasa: o sujeito constitui-se na relação com o outro, em encontros, não há subjetividade que não se constitua em relação a algo ou alguém, assim não há como pensar o empoderamento que não aconteça na potência do encontro com o outro. Chamou-nos atenção à quantidade de vezes que o empoderamento foi arrolado aos encontros.

“[encontro] é um ponto de partida fundamental, o reconhecer do outro, o enxergar o outro, isso é o empoderamento.” Ent. Coordenador.

A associação entre encontro e empoderamento permeou muitas falas advindas do campo. Como coloca NEVES (2012), o encontro é um meio de proliferação onde os corpos expressam a potência de afetar e ser afetado, são singularidades que se conectam e que produzem potências sempre coletivas.

“Então é, acho que é um divisor de águas, essa coisa de estar, de olhar para o outro, de ver o outro.” G.F. Usuários.

No fragmento abaixo o profissional deixa claro que está no encontro com o usuário, em conexão, em contato que fortalece o outro:

“Então eu falei para ela “você não está sozinha, pode ter certeza, o que eu puder fazer, a gente vai encontrar uma forma de te ajudar. Quando ouve assim “você não está sozinho” a pessoa, sente aquele alívio.” G.F. Profissionais.

O encontro coloca os sujeitos em contato com o desconhecido, com o inesperado. Essa situação retira a postura de controle e coloca o sujeito na relação com o outro, em constante construção. Perde-se o estatuto de poder centralizado em um dos sujeitos para a construção de outra relação, de vínculos de confiança (ANDRADE, et al., 2010).

Este contato, quando expressa a potência de afetar e ser afetado, promove o “empotenciamento” dos envolvidos

“E tem a questão do contato, só da gente olhar para as professoras já é muito bom, porque elas são tão delicadas, elas são tão doces, elas passam uma energia muito boa para gente” G.F. Usuários.

Em uma leitura espinosiana, DELEUZE (2002) afirma que toda singularidade tem um grau de potência e poder de afetar e ser afetado. O poder de ser afetado leva à potência para agir ou padecer. Quando encontramos com uma potência que se opõe à nossa, há uma subtração da força, levando à tristeza e à impotência,

mas se encontramos com forças que compõe-se às nossas. Nossa potência de agir é ampliada, chamadas de potência de alegria. Nessa teoria das afetações, a preocupação reside em como ter encontros alegres, bons encontros e sentimentos livres, já que o encontro com o outro favorece a potência de agir.

Pensar em empoderamento é pensar em “bons encontros” como propõe DELEUZE (2002) e como fica claro na fala abaixo:

“Quando a gente se encontra cada um sai com uma conversa diferente, alegria na vida de todo mundo, aquele dia vai lá para cima, renova, deixa a gente mais otimista, é muito importante isso.” G.F. Usuários.

Quando partimos da compreensão de que o sujeito é constituído de potência, aumenta-la ou diminuí-la depende diretamente da qualidade dos encontros que se realizam: *“reconhece-se o sucesso do encontro em seus resultados afetivos, sempre que os corpos em presença experimentarem afetos aumentativos de alegria e potência”* (TEIXEIRA, 2005, p. 595).

As falas mostram que o simples fato de estarem juntos já seria o suficiente para a eminência da potência de um grupo, ou como descreve o discurso abaixo, ‘uma nova vida’

“Tem uma coisa muito importante que quando se junta essa turma todinha, o papo de mulheres, de homens, tudo junto, isso dá uma nova vida.” G.F. Usuários.

Poderíamos sugerir que o fato de o poder público oportunizar espaços de encontros seria uma potente estratégia para produção de vida. A criação de espaços onde as potências possam emergir são capazes de gerar agenciamentos entre os sujeitos e o espaço, levando aos “bons encontros” propostos por Deleuze.

4.2.3.4. Amizades

Quando questionamos o que levava o grupo a sentir-se potente ou com poder, foi muito comum a referência às amizades. Independente do objetivo da proposta, a participação em um grupo de pessoas possibilita a construção de amizades. Os fragmentos abaixo são exemplos dessa importância:

*“Á amizade bota você muito lá em cima, uma boa amizade.”
G.F. Usuários.*

“O importante é a saúde e também a gente tem muita amizade aqui.” G.F. Usuários.

O excerto deixa clara a importância da interação com o outro:

“A gente encontra amigos, além da ginástica, tem a terapia da conversa com as outras, tira a gente de problemas que todos nós temos né, então o dia fica completo, se não vir aqui o dia não é bom, não é legal.” G.F. Usuários.

Para ORTEGA (2000) a amizade é o quadro relacional da constante recriação de si, como uma forma de subjetivação coletiva, onde criam-se espaços intermediários que fomentam tanto as necessidades individuais quanto coletivas, como ‘um convite, um apelo à experimentação de novas formas de vida e de comunidade’. A amizade não é ligada apenas ao espaço privado, é um espaço de sujeitos em constante construção, é um ato político. Para este autor, entender amizade como algo universalizante e fraternal exclui a diferença, sendo necessário essa para de relações que resultem em políticas de experimentação.

*“Só de estar em grupo, assim, rever as pessoas, as amizades, e isso é bom, a gente vive em conjunto, em grupo e isso é bom.”
G.F. Usuários.*

Entender as relações de amizade como uma linha que costura todos, promove empoderamento. O fragmento abaixo mostra que as relações afetivas são potentes tanto para os usuários quanto para os profissionais.

“Antes a gente ligava para a escola e não sabia com quem estava falando, agora eu converso diferente porque eu sei com quem estou falando. Antes a gente só falava mal dos outros,

criamos um vínculo de amizade de confiança.” G.F. Profissionais.

O desafio que se instaura diz respeito ao deslocamento da noção de amizade como sinônimo de espaço privado para a constituição de espaços de pluralidade, de diversidade, de constante transformação dos sujeitos, sendo também político. Pela força que assume, podemos interpretar que a amizade potencializa os sujeitos, ou seja, o empoderamento também está relacionado às amizades.

No relato do diário de campo tem-se que:

“Visitamos uma casa em que a mãe descrevia como uma estratégia de enfrentamento às violências do bairro era fortalecer as amizades da filha. A partir do fortalecimento do grupo de amigos construiu-se uma forma de enfrentamento a violência, tornando-se um canal de empotenciamento tanto da filha como do grupo de amigos.” Obs. Pesquisador.

Como todo processo de subjetivação constitui-se a partir das relações entre as pessoas, NALDINHO e CARDOSO JR. (2009) afirmam que a amizade pode ser compreendida como resistência à normatização, já que carrega uma potência criativa. O fragmento abaixo traz a palavra terapia, como sinônimo de algo que faz bem, que contribui e ajuda estar em contato com os outros.

“Isso é uma terapia que a gente faz, nós conversamos uma com a outra.” G.F. Usuários.

“Hoje eu não tomo nada, espanto com alegria e respeito, isso aqui é uma terapia que a gente faz, é muito bom, a gente é tão amiga, a gente se gosta demais, é o tempo todo brincando.” G.F. Usuários.

Como forma de concretização da sensação, um aspecto que um dos grupos entendeu como importante diz respeito ao abraço. O abraço como uma expressão da amizade, do afeto. Voltamos à noção de agenciamento, da capacidade de afetar e ser afetado, uma troca de forças que, nos discursos dos sujeitos, geram potência e consequentemente saúde:

“A melhor parte é o abraço, que a gente está se abraçando, se beijando, assim a felicidade vai reinar lá e ninguém vai ter mais stress, não vai ter mais nada disso.” G.F. Usuários.

Um dos grupos relata que se autodenominavam por poderosas.

“Aqui somos as poderosas, a gang das poderosas. Pode entrar no Facebook que você vai ver as poderosas. Poderosa porque eu acordo quatro e quarenta da manhã também, quatro e quarenta, aí saio de casa assim umas cinco e vinte para chegar aqui as seis, então para isso tem que ter muito poder” G.F. Usuários.

4.2.3.5. Autoestima

O campo também trouxe discussões sobre a autoestima dos participantes. Este foi um tema frequente nos relatos.

“Levanta a autoestima com certeza.” G.F. Usuários.

“Levantar a autoestima para que a criança não venha cair na maré da violência” G.F. Profissionais.

A associação entre empoderamento e autoestima é bastante comum na literatura e, também, apropriada pelos participantes das ações. Pessoas consideradas “sem empoderamento” são descritas como quem tem “pouco amor próprio” A preocupação em mudar esta imagem é recorrente em ações propositivas de empoderamento, tendo o resgate da autoestima um de seus principais objetivos.

A literatura reforça que pessoas com autoestima elevada têm um ‘afeto positivo’ sob si, acreditam em sua competência e valor, demonstram capacidade em lidar com desafios e adaptam-se facilmente às situações, sendo mais independentes e autônomas. Já a pessoa com baixa autoestima, tem maior sensibilidade às críticas, sofrem um ‘afeto negativo’ e sentimentos de isolamento, inferioridade e insegurança (ASSIS, 2003).

“O projeto ajuda muito nesse sentido [da autoestima], nós não temos tempo para ter depressão” G.F. usuários

A preocupação com a tarefa de resgatar a autoestima corre o risco de fortalecer a noção esforço individual, como algo a ser conquistado para sempre, sem relativizações. Como já mencionado, o sujeito institui-se cotidianamente, não é consolidado, ele se constitui em cada relação que estabelece (VEIGA NETO 2003; 2007).

Quando pensamos na relação entre empoderamento e autoestima, há o cuidado em não cair na armadilha discutida por LUPTON (2003), qual seja, de ser vinculada ao individualismo, ligada a realização pessoal e desvinculada do coletivo. Nesse sentido, apesar de parte da literatura e dos discursos vincular empoderamento às questões pessoais, o fragmento abaixo mostra que a autoestima também está ligada a ideia de relação, de estar com outras pessoas, relacionada ao plano coletivo, sem uma dicotomização entre sujeito sociedade.

“Para a autoestima, faça um grupo de amigos que sua autoestima vai lá em cima.” G.F. Usuários.

Toda intervenção no campo da saúde pública pode ser uma ação biopolítica mas, como afirma PELBART (2003), ao lado das lutas tradicionais de exploração há outras lutas contra o assujeitamento e submissão da subjetividade. É importante ressaltar aqui que, mesmo diante do principal objetivo de uma ação ser atividade física, as falas relacionadas aos “ganhos” subjetivos extrapolam essa preocupação com o corpo, ampliando suas relações com o mundo.

“Muitas vezes vai além do cuidado apenas com o corpo, muitas vezes mesmo, os ganhos, os benefícios em nível de relacionamento, a nível psicológico.” G.F. Profissionais.

“Não tem só aquele foco, só a ginástica, mas temos a parte recreativa, parte de aconchego...” G.F. usuários.

COSTA (2005) afere que, com a expansão do conhecimento científico, o corpo assumiu um novo lugar na contemporaneidade. O sujeito pode estabelecer relações obsessivas com o corpo, o que pode ser nocivo, mas, também, pode gerar

um cuidado de si que não necessariamente seja significado de narcisismo, egoísmo ou hedonismo. Para este autor, o que está em jogo não é o montante de cuidados dedicados ao corpo, mas na significação que os cuidados assumem. O sujeito pode cuidar-se desde que não seja uma prisão, mas que amplie seus horizontes de relações com os outros.

4.2.3.6. Relações

A partir das falas, somos instigados a pensar o empoderamento como relacional, que não independe da convivência com o outro. Por isso, este termo no cunho individual perde o sentido, pois para que o sujeito se sinta empoderado precisa do outro e do mundo para inscrever e dar sentido às suas ações:

“Se eu não criar essa consciência de que eu sou pertencente também, de que eu tenho parte nessa construção, será uma pessoa alienada neste processo, não só ele, como alienará também outras pessoas.” G.F. Profissionais.

Compreender o termo empoderamento a partir de relações coletivas, está em consonância com a definição de subjetividade proposta por FERREIRA-NETO *et al.* (2011, p. 835) onde não *“não se trata de pensar a subjetividade como interioridade psicológica, intimidade privada, e muito menos um retorno ao indivíduo liberal. Busca-se reconhecer a dimensão política da subjetividade vivida de modo mais particular, em sua conexão com os processos macrosociais.”*

Quando assumimos o empoderamento como troca, assumimos que ambas as partes são compostas de forças. O fragmento abaixo contribui para a reflexão do termo como um campo de trocas, “de mão dupla”.

“O empoderamento como uma via de mão dupla, a gente não tem como empoderar quando a gente não se empodera também” G.F. Profissionais.

Entretanto, tanto na literatura como em uma fala do campo, o empoderamento comunitário carrega um discurso de evolução, de estágio. Primeiro vem o empoderamento individual e, depois, o coletivo, um lugar a ser alcançado progressivamente.

“A questão do empoderamento da comunidade aí é outro capítulo que a gente quer um dia atingir, eu acho que a gente ainda está muito longe disso.” Ent. Coordenador.

De acordo com FUGANTI (2009), há um mito de que coletivo é formado de uma multiplicidade de indivíduos. Para este autor, o coletivo sempre é uma junção de singularidades, uma composição de forças, de potências, uma multiplicidade de multiplicidades, sendo que o indivíduo já é um coletivo na racionalidade. À medida que o sujeito apreende os agenciamentos na relação, encontra também a condição para a conquista da autonomia.

“Eu perceber que em um grupo eu consigo fazer uma música, que eu posso, que eu sou capaz de ter autonomia. Fizemos um vídeo, demos uma cópia deste CD para cada família, e o que aconteceu? As mães falaram que muitos parentes vieram passar o natal aqui e aí ficaram assistindo na noite de natal o vídeo.” G.F. Profissionais.

O fragmento mostra como uma intervenção artística proporcionou um novo lugar ao sujeito, que o colocou em relações com seus familiares. Se apenas fizesse o CD e não apresentasse, não teria o efeito de empoderamento, mas, quando ele encontra com seus familiares e apresenta sua produção, o sujeito ocupa um novo lugar.

O contrário dessa situação foi discutido por FUGANTI (2009), o empoderamento pode servir para justificar uma estratégia de biopoder quando desqualifica a potência dos sujeitos. A partir do enfraquecimento do outro que se criam ações para compensar tal enfraquecimento, ou seja, se entendermos que o outro não sabe ou não tem capacidades, criamos intervenções que “ensinem” e que “aumentem seu poder.

Um olhar sobre a vida que tende simplesmente a naturalizar uma maneira de viver separada de suas capacidades criativas, e que nessa medida, buscaria políticas públicas compensatórias, investindo em empoderamento local de indivíduos ou grupos (FUGANTI, 2009, p.132).

O empoderamento, utilizado como uma estratégia de biopoder separa o sujeito da potência de criação. Uma pergunta que deveria estar presente em nossas ações: será um investimento na afirmação da vida ativa ou na conservação de modos de impotência?

4.3. SÍNTESE DA DISCUSSÃO

Aqui resgatamos e resumimos aspectos discutidos ao longo do texto. Como considerado anteriormente, não houve intenção de ser propositivo de caminhos ou soluções, pois isso seria pressupor a existência de uma forma única e verdadeira de pensar e fazer. O empenho foi de trazer questões que pudessem contribuir para a reflexão e utilização do termo. Como escreveu o poeta Antônio Machado: “*caminante, no hay camino, se hace camino al andar*”.

Após a aproximação com o referencial teórico, apresentamos as possíveis correlações com as influências teóricas do termo (psicológica, pedagógica e pós-estruturalista) na compreensão de cada uma das significações atribuídas. Contudo, como colocado anteriormente, e agora ratificado com os resultados obtidos, essas influências funcionam concomitantemente e se sobrepõem no cotidiano. A intenção de separá-las no processo de análise não foi de criar dicotomias entre si, mas de enfatizar potencialidades e limites de cada influência, de forma a contribuir na compreensão do termo empoderamento

Na dimensão política: foram apresentadas três significações que influenciam na compreensão do termo: a constituição de redes, a participação, a autonomia e o pastorado.

No que diz respeito às redes, os dados permitem considerá-las um importante instrumento de construção de relações empoderadoras. O discurso psicológico contribui quando possibilita o reconhecimento de que a rede é formada por pessoas, potencializando cada sujeito participante. O discurso pedagógico contribui no fomento às capacitações, fortalecendo a noção de que todos são parte do território da ação. Já o discurso pós-estruturalista influencia na compreensão de que as redes são fluidas e inacabadas, que há conflitos de interesses que podem engessar sua potência e que há relações de poder que circulam entre os participantes.

A participação foi outra significação importante para a compreensão do termo. O discurso psicológico dá lugar de destaque ao sujeito na proposição de ações. Mas sem considerar a crise de legitimidade das instâncias públicas, remete à noção de falta de motivação dos sujeitos para atuar na esfera pública. O discurso pedagógico estimula a participação em canais institucionais de cogestão e no reconhecimento da força de uma comunidade. Por outro lado, leva ao risco de desconsiderar que há aspectos que estão fora de sua governabilidade. A teoria pós-estruturalista influi na compreensão da participação também como espaço de resistências, assim como considera a existência de outras formas de participação que também tem função política. As limitações apontadas são de compreender a participação como um dever dos sujeitos, responsabilizando-os pelos problemas decorrentes da ausência do Estado.

O campo apresentou a associação entre empoderamento e autonomia. No que concerne ao discurso psicológico compreende-a como uma atitude exclusivamente individual, conseqüentemente, ter saúde é resultado de escolhas pessoais saudáveis. Já o discurso pedagógico oferta aos sujeitos informações e conhecimentos que fomentem processos de escolhas. Por outro lado coopera para a apreensão de que os sujeitos são incompletos, sendo necessário transformá-los. O discurso pós-estruturalista aventa para discussão crítica sobre liberdade de escolhas, pois comumente essas são predeterminadas; discute também que, mesmo diante de estratégias de controle, o sujeito pode fazer escolhas livres e inventivas, desde que se compreenda a autonomia como relacional.

Outra significação atribuída ao temo diz respeito ao pastorado, o discurso psicológico influencia na desapropriação do saber, invalidando a capacidade do sujeito de conduzir a própria vida. A pedagogia impulsiona o ato de ensinar como um espaço de trocas, porém, corre o risco de almejar converter indivíduos em ‘sujeitos esclarecidos’. O discurso pós-estruturalista colabora para a discussão quando traz a necessidade do profissional renunciar o lugar controle e criar capilaridades para o encontro com a potência do outro.

Na dimensão da gestão: o campo trouxe três significações que influenciam na compreensão do termo: o discurso econômico, o interesse da gestão e as relações de trabalho.

Tendo em consideração o discurso econômico, a influência psicológica ajuda que o profissional valorize seu próprio trabalho. Não obstante, o mesmo discurso cultiva a formação de profissionais empreendedores e produtivos. O discurso pedagógico contribui na utilização de práticas grupais como importante ferramenta. Já o pós estruturalismo compreende que o discurso econômico estimula a fabricação profissionais quantitativos e produtivistas incorrendo no risco de perder a potência do trabalho promotor de saúde.

Quanto o campo traz o questionamento sobre o interesse do Estado em fomentar o empoderamento, está intrínseca a preocupação com a possibilidade de um sujeito e uma comunidade desestabilizar a ordem estabelecida. A contribuição do discurso psicológico está em reconhecer a necessidade de considerar o sujeito na construção de uma ação. Entretanto, a limitação fica por conta da dificuldade em reconhecer a potência desse sujeito, por isso a comunidade nem sempre é consultada. O discurso pós-estruturalista contribui para a discussão quando aponta para a necessidade criação de espaços de trocas para que não ocorra o congelamento da potência dos sujeitos.

Em referência às relações de trabalho, o discurso psicológico contribui ao reforçar a necessidade de reconhecer cada profissional. Entretanto o mesmo discurso também estimula a compreensão de que a potência do profissional está relacionada

às características individuais ou habilidades pessoais, o que leva um mesmo profissional assumir várias responsabilidades no trabalho. O discurso pedagógico contribui quando fomenta as capacitações profissionais como forma de contribuir para empoderamento, desde que os sujeitos façam parte do processo e não sejam considerados “caixas vazias”. Contudo, o mesmo discurso incita a noção de que os profissionais são impotentes, sendo necessário capacitá-los para que consigam lidar com os problemas da instituição. Sob influência do discurso pós-estruturalista discute-se a necessidade de criação de cenários que fomentem a potência existente nos profissionais.

Outras significações envolvidas na compreensão do termo empoderamento foram agrupados na dimensão subjetiva, são eles: espaço de luzes, fortalecimento do sujeito no território, encontros, amizades, autoestima e relações.

Quanto ao espaço de luzes, o discurso psicológico contribui no reconhecimento de que há potencialidades no território, entretanto há de ter cuidados para o mesmo discurso não responsabilize os sujeitos por iluminar o território, desconsiderando o contexto em que estão envolvidos. Sob influência do discurso pós-estruturalista podemos compreender os sujeitos como positividade e não sujeito da falta.

Quanto ao fortalecimento [do sujeito] no território, as contribuições do discurso psicológico dizem respeito ao reconhecimento da importância do fortalecimento dos sujeitos. O discurso pedagógico contribui quando fomenta o diálogo com a comunidade, respeitando à cultura local. A influência do discurso pós-estruturalista instiga a importância da flexibilização das fronteiras entre profissionais e usuários, constituindo maior conexão com território.

No que diz respeito ao encontro, sob influência do discurso pós-estruturalista, o sujeito constitui-se na relação com o outro, em constante construção, com potência de afetar e ser afetado. O que gera a necessidade de criação de espaços onde as potências possam fluir, gerando agenciamentos entre os sujeitos e o espaço.

No que diz respeito à relação entre empoderamento e amizades também remete à importância da interação com o outro. Porém, o discurso psicológico pode reduzir a compreensão das amizades como apenas um espaço pessoal, assim como pode levar a compreender sua função terapêutica como uma estratégia de auto ajuda. Sob influência do discurso pós-estruturalista, as amizades são compreendidas como um aspecto político que fomenta a participação dos sujeitos no espaço público

A discussão que associa autoestima e empoderamento é a que mais aborda o discurso psicológico, pois aproxima-se da individualização do termo, compreendendo-o como realização pessoal. Assumindo o risco de não considerar o contexto social, estrutural e político que também formam as subjetividades, o que leva à noção de autossuficiência com a ajuda mínima do Estado.

E finalmente, quando o campo discute as relações traz a importância de pensar o empoderamento como relacional, não independente da convivência com o outro.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Empoderamento foi quando ele foi se sentindo potente”

Usuário.

De forma geral, um ponto que precisamos destacar é que a perspectiva de empoderamento proposta pelo referencial da promoção da saúde foi legítima em um determinado período histórico. Mas, diante da atualização das questões políticas, tecnológicas e subjetivas da sociedade, novos coletivos se constituem, tornando necessário revisitar e repensar o termo, agregando novas composições e outros discursos a partir do presente.

Com o objetivo de compreender o uso do termo empoderamento no campo da saúde pública, a partir das percepções dos coordenadores, profissionais e usuários envolvidos em duas ações de promoção da saúde, este estudo possibilitou a identificação de alguns aspectos que podem contribuir para atualização do termo, assim como podem oferecer subsídios para a construção de práticas mais democráticas e emancipatórias.

O campo mostrou que há diferentes processos envolvidos na compreensão do termo: psicológicos, sociais e também políticos, culturais e econômicos. Todos se transpassam, são interdependentes e contribuem na sua compreensão. Para abarcar toda sua complexidade, os processos envolvidos nas significações atribuídas foram divididos em três dimensões: política; gestão e subjetiva.

Dentro da dimensão política emergiram questões relacionadas: às redes; à participação social; à autonomia e ao pastorado. Na dimensão da gestão foram analisadas a influência do discurso econômico; o interesse do Estado em fomentar o empoderamento e as relações de trabalho. E finalmente na dimensão subjetiva foram estudadas as seguintes significações: os espaços públicos de luzes; o fortalecimento

dos sujeitos no território; os encontros; as amizades; a autoestima e as relações estabelecidas.

De modo geral, quando os resultados foram aproximados às possíveis influências teóricas sobre o termo, vimos que o discurso psicológico contribui para o reconhecimento da importância dos sujeitos nas ações, entretanto o mesmo discurso pode contribuir para a individualização do termo. A influência da perspectiva pedagógica contribui na proposição de processos educativos, assim como pode também limitar a eminência de potência dos envolvidos. Já a influência pós estruturalista contribui na compreensão das relações de poder e resistências envolvidas nesses processos.

Os dados e a discussão sobre a constituição de redes e empoderamento, possibilitam-nos refletir o quanto produzem efeitos no território e potencializam seus participantes. A noção de rede trazida, além de ser considerado um importante instrumento para o empoderamento, contribui para o deslocamento da noção de “eu interior” para a noção de subjetividades como multiplicidade de agenciamentos.

No que diz respeito à associação do termo empoderamento à participação, alguns pontos foram identificados: o primeiro foi de priorizar o olhar sob a participação institucionalizada de cogestão, sendo esta uma de suas dimensões, o que camufla outros possíveis olhares para a potência do termo; outro ponto diz respeito à necessidade de considerar os limites da participação na cultura contemporânea, como a descrença no poder público; as novas formas de participação não institucionalizadas e as relações de poder e resistência envolvidas.

O campo também contribui para a reflexão do quanto o empoderamento e autonomia são interligados, entretanto, cabe a relativização do discurso de que os sujeitos são livres para escolher caminhos, pois há momentos em que suas escolhas estão entre as opções predefinidas pelo mercado, pelo Estado e pela cultura contemporânea.

Um aspecto importante emergido diz respeito à preocupação do profissional em ensinar caminhos e dar respostas aos sujeitos, ao que chamamos

pastorado. Essa ação leva o profissional a considerar que ele deve dar respostas às angústias e incorrer no risco de saber o que era melhor para o outro. Por outro lado, o campo também traz uma postura profissional que aponta caminhos sem assumir o lugar de dominação.

Nossos dados mostram que a influência do discurso econômico na gestão da saúde traz várias consequências para o serviço: a preocupação com o cumprimento de metas, de criar dados que justificam o investimento econômico, além da eleição de prioridades no território. Assim, esse aspecto traz um dilema: o mesmo sistema de saúde que pede o fortalecimento de estratégias de empoderamento é o que aprisiona seus trabalhadores em burocracias e agendas externas.

A análise do material traz outra discussão que diz respeito ao interesse do Estado em ter sujeitos empoderados, trazendo o questionamento de quanto este é propositivo de criação de espaços de liberdade, ao invés de submissão. Também, apresenta a necessidade dos próprios profissionais em potencializarem-se.

Em sua dimensão subjetiva, o empoderamento está associado ao reconhecimento das potencialidades dos sujeitos, ao fortalecimento dos sujeitos no território, aos encontros disparadores de afetividade, às amizades, à autoestima e às relações construídas. Assim, o termo é traduzido como possibilidade de manifestação de potências e como de produção de vida a partir dos espaços de encontros e trocas.

Destarte, o campo mostra que é possível o empoderamento servir como uma estratégia de biopoder quando pastora os sujeitos definindo saberes, formas de atuar, de participar, se preocupar, consumir e comportar, aprisionando o sujeito na noção de fraqueza, impotência ou incompletude. São discursos que vão minando a potência de vida dos sujeitos, tornando-os reativos e mantenedores de uma ordem onde a criação é excesso. Desta forma o sujeito é separado do que pode.

Por outro lado, como também apresenta, o termo pode contribuir para a emancipação dos sujeitos quando fomenta a participação no espaço público, a constituição de redes, o reconhecimento dos sujeitos, o fortalecimento das comunidades e a eminência das resistências e, finalmente, na compreensão de que

não há empoderamento que se finde no próprio sujeito, mas é um processo relativo que se constitui em encontros para a expansão da vida onde formam-se relações empoderadoras.

Tais aspectos remeteram para dois deslocamentos discutidos no referencial teórico utilizado deste trabalho: o primeiro diz respeito ao que foi chamado de “mito da interioridade” onde relativizamos a oposição interior/exterior e propomos a reflexão sobre produção de subjetividade porosa e relacional, que se constitui como fluxo contínuo, um hibridismo entre sujeito e sociedade; o segundo diz sobre a alteração da compreensão de sujeito incompleto ou da falta para a de sujeito de potência, noção esta que está implicada na teoria de que o poder é relacional e também positivo.

Podemos considerar então que, com uma postura vigilante para que toda a força que o termo transporta não se perca, o empoderamento pode contribuir para a eminência da potência e da inventividade, desde que se compreendam as diferentes linhas que tecem os cenários. O que exige uma atuação preocupada com o risco ir para o encontro preso em concepções e padronizações de sujeitos, comportamento e condutas. Cientes de que o profissional carrega seus discursos de valores, desejos e interesses da qual não é possível despir-se totalmente, trata-se de estar constantemente atento à possibilidade de estar no encontro e compreender o outro como potencialmente inventivo.

Diante dos tantos fios que formam as tramas do empoderamento, cabe-nos aqui tecer alguns últimos comentários: quando aproximamos os significados e sentidos atribuídos ao termo do referencial teórico escolhido, podemos concluir que somos tão governados porque somos ingovernáveis, isto é, só existem estratégias de controle porque somos sujeitos de potência que podem criar rupturas. Por mais que se instituem estratégias de controle desta potência, sempre temos a possibilidade de rompê-las e inventar a nós mesmos, sempre no encontro com o outro, de forma diferente.

Retomando seu início, onde pedia um barco para encontrar uma ilha desconhecida, toda a navegação no doutorado deixou claro que há muitos mares para cruzar e a pretensão de querer entender o que faz o sujeito insistir em viver é grande demais para essa viagem. Mas algumas pistas foram descritas ao longo do texto para que outras viagens possam ser inventadas e, quiçá contribuam para alguma outra embarcação que queira enfrentar essa empreitada.

Assim sendo, sem nenhum interesse em finalizar o tema, mas o seu contrário, contribuir para abertura para outros trabalhos, tivemos como intenção elaborar algumas reflexões, ainda que pequenas, que pudessem fomentar novas conversas e novas construções.

Chegando de fato ao fim da viagem, este trabalho apresentou uma possível rota para futuras navegações, onde, mais do que a preocupação em saber quais são as ferramentas e apetrechos necessários para uma viagem, já que estas se constituem no decorrer da viagem, há de se ter no horizonte uma miragem de ilha que mobiliza e dá sentido aos sonhos e, conseqüentemente, produz vida.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKERMAN, M. et al. Avaliação em promoção da saúde: foco no "município saudável". **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 5, Oct. 2002. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000600016&lng=en&nrm=iso>. Access on 04 Feb. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000600016>.

AKERMAN, M.; MENDES, R.; BOGUS, C. M. É possível avaliar um imperativo ético?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, Sept. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300013&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Feb. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300013>.

AMARANTE, P. Forças e diversidades: as transformações na saúde e na loucura. In: **Michel Foucault: da arqueologia do saber à estética da existência**- org. Guilherme Castelo Branco, Luiz Felipe Baeta Neves, Rio de Janeiro: NAU; Londrina, PR: CEFIL, 1998.

AMORIM et al. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde **Rev. Brás Ativ. Fiz e Saúde • Pelotas/RS • 18(1):63-74 •**

AMORIM, T., KNUTH, A., CRUZ, D., MALTA, D., REIS, R., & HALLAL, P.. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. Pelotas (RS): **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, 18(1), 63-74. Jan/2013.

ANDRADE, E. A.; BÓGUS, C. M. Políticas públicas dirigidas à juventude e promoção da saúde: como a proposta de auxiliares da juventude foi traduzida em prática. **Interface** (Botucatu. Impresso), v. 14, p. 853-865, 2010.

ANDRADE, E. A.; SACARDO, D.P.; FERNANDEZ, J.C. O "encontro" como espaço de experimentação e elaboração. In: Juan Carlos Aneiros Fernandez; Marisa

Campos; Dulce Helena Cazzuni; Paulo Fiorilo. (Org.. (Org.). **Juventude e Segurança: PROTEJO** Osasco. 01ed.São Paulo: Aderaldo&Rothschild (HUCITEC): CEPEDOC Cidades Saudáveis, 2010, v. 01, p. 85-100

AQUINO, J. G. A governamentalidade como plataforma analítica para os estudos educacionais: a centralidade da problematização da liberdade. In: Castelo Branco, Guilherme; Veiga-Neto, Alfredo. (Org.). **Michel Foucault: filosofia & política**. 1ed.Belo Horizonte: Autêntica, 2011, v. 1, p. 195-211.

AQUINO, J. G.; SAYÃO, R.; RIZZO, S.; TAILLE, Y. **Família e educação: quatro olhares**. Campinas: Papirus, 2011.

ASSIS, S. G. et al. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, 2003. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso on 04 FEB. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000300002>.

BANCO MUNDIAL Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento. **Relatório sobre o desenvolvimento mundial** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1990.

BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. Introdução. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. P.10-19. Online: Disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.

BAUMAN, Z.; MAY, T. **Aprendendo a pensar com a sociologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2010.

BERNSTEIN, E., WALLESTEIN, N., BRAITHWAITE, B., GUTIERREZ, L. LABONTE, R., & ZIMMERMAN, M., 1994. Empowerment Forum: A dialogue between guest editorial board members. In: **Health Education Quarterly**, (Special issue. Community empowerment, participatory education and health - Part II) VOL 21, 3: 281-294.

BOGHOSSIAN, C. O.; MINAYO, M. C. S. Revisão sistemática sobre juventude e participação nos últimos 10 anos. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: vol. 18, n. 3, Set. 2009 .

BÓGUS, C.M. **Conselhos Gestores de Políticas Públicas no Município de São Paulo: identidade, limitações e potencialidades na perspectiva da Promoção da Saúde**. 2009. Livre-docência. Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo, São Paulo.

BÓGUS, C.M. WESTPHAL M. Participação social e cidadania em movimentos por cidades saudáveis. In: FERNANDEZ; J. C. F; MENDES, R. (Org.). **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo. Hucitec, 2007, p. 61-84.

BRASIL. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055-18059

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (documento para discussão)** Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNsPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Brasília, DF, 2014.**

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde** / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BUSS, P. Uma introdução ao conceito da promoção da saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15 – 38.

CALLON, M. e CALISKAN, K. New and Old Directions in the Anthropology of Markets. Paper prepared for the **Wenner-Gren Foundation for Anthropological Research**: New York. 2005

CALLON, M. Entrevista com Michel Callon: dos estudos de laboratório aos estudos de coletivos heterogêneos, passando pelos gerenciamentos econômicos. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 19, June 2008

CALLON, M.; LASCOUMES, P.; BARTHE, Y. **Acting in an uncertain world. An essay on technical democracy**. London. London: The MIT Press. 2009.

CARVALHO, R. S. A invenção do pedagogo generalista: problematizando discursos implicados no governo de professores em formação. Tese de doutorado **Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação**. Programa de Pós-Graduação em Educação. 2011. Disponível em <http://hdl.handle.net/10183/36334> acesso em 21 janeiro de 2015

_____As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3):669-678, 2004

_____Os múltiplos sentidos da categoria empowerment; no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública** (FIOCRUZ), Cadernos de Saúde Pública, vol. 20, n. 4, p. 1088-1095, 2004.

_____ **Saúde Coletiva e Promoção à Saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005.

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

CASTELO BRANCO, G. Os nexos entre subjetividade e política. In Foucault: filosofia e política. Castelo Branco, G. e Veiga-Neto (Org.). Belo Horizonte: Autêntica. 2011.

CHEVITARESE, L. E PEDROSA Risco poder e tecnologia: as virtualidades de uma subjetividade pós-humana In: **Anais do seminário internacional de inclusão social e as perspectivas pós estruturalistas**, 2005.

COSTA, J. F. **O ponto de vista do outro** Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

_____ **A subjetividade exterior**. Palestra apresentada sob o título de A Externalização da Subjetividade, 2001. . In http://jfreirecosta.sites.uol.com.br/artigos/artigos_html/subjetividade.html. Acesso em 03 de março de 2012.

_____ **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

CREMONESE, D. e GUEDES, E. Aproximações entre o liberalismo clássico e o neoliberalismo. **Revista Litteris**, Rio de Janeiro, n. 14, setembro 2014. Disponível em http://revistaliter.dominiotemporario.com/doc/RL_14_FIL_APROXIMACOES.pdf acesso em 01 fev. 2015.

CRUZ D.K, ALBUQUERQUE G, DAMASCENA W. Programa Academia da Cidade do Recife: minimizando contrastes sociais [Internet]. Recife (PE): **Portal DSS Nordeste**; 2013 Fev. 06. Disponível em: <http://dssbr.org/site/experiencias/programa-academia-da-cidade-do-recife-minimizando-contrastes-sociais/?preview=true>

CZERESNIA, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.39-53.

DE ANTONI, C.; MARTINS, C.; FERRONATO, M. A. Grupo focal: Método qualitativo de pesquisa com adolescentes em situação de risco. **Arquivos Brasileiros**

de Psicologia, Brasília, vol.2, n. 53, 2001.

DELEUZE, G. **Espinosa: filosofia prática**. São Paulo: Escuta, 2002. 144p.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia**, vol. 5; tradução de Peter Pal. Pelbart e Janice Caiafa. — São Paulo: Ed. 34, 1997

DOMÈNECH, M.; TIRADO, F., & GÓMEZ, L. A dobra: psicologia e subjetivação. In: Silva, Tomaz Tadeu. **Nunca fomos humanos: nos rastros do sujeito** (pp. 111-136). Belo Horizonte: Autêntica. 2001

FERNANDEZ, J. C. A; ANDRADE, E. A.; PELICIONI, M. C. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da saúde: elemento instituinte? **Saúde e Sociedade** (USP. Impresso), v. 17, p. 153-164, 2008.

FERNANDEZ, J.C.A. **Promoção da saúde e dinâmica social: o lugar dos sujeitos**. 2011. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

FERNANDEZ, J.C.A.; WESTPHAL, M.F. O lugar dos sujeitos e a questão da hipossuficiência na promoção da saúde **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.42, p.595-608, jul./set. 2012

FERREIRA, C. P. **Origens da interioridade: autoconhecimento e externalismo / Cláudia Passos Ferreira**. – 2006. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

FERREIRA F.T. Rizoma: um método para as redes? **Liinc em Revista**, v.4, n.1, março 2008, Rio de Janeiro, p.28-40 in <http://revista.ibict.br/liinc/index.php/liinc/article/viewFile/251/142>

FERREIRA M. S., CASTIEL, L. D.; CARDOSO, M. H. C. A. Atividade física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, suppl.1, pp. 865-872. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700018>.

FERREIRA M. S., e; CASTIEL, L. D. Which empowerment, which Health Promotion? Conceptual convergences and divergences in preventive health practices. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: vol. 25, n.1, p. 68-76, jan. 2009.

FERREIRA M. S. Agite Antes de Usar... A Promoção da Saúde em Programas Brasileiros de Promoção da Atividade Física: o caso do Agita São Paulo” Tese[Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): **Escola Nacional de Saúde Pública/** Fundação Oswaldo Cruz; 2008.

FERREIRA NETO, J.L. et al. Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 3, set. 2009.

_____ Processos da construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, Out. 2013

_____ Usos da noção de subjetividade no campo da Saúde Coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, maio 2011

FEUERWERKER, L. **Micropolítica e saúde: promoção de cuidado, gestão e formação**, 2012 Livre docência. Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo, São Paulo.

FIGUEIRO, R A; DIMENSTEIN, M. O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura? **Fractal Revista Psicologia**, Rio de Janeiro: vol. 22, n. 2, ago. 2010.

FLEURY-TEIXEIRA, P. et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, Dec. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900016&lng=en&nrm=iso>. Access on 27 Jan. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900016>.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2009

_____. **Em defesa da sociedade**. Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo, Martins Fontes, 1999.

_____. Sujeito e poder. In: Dreyfus HL, Rabinow P. **Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995. p. 231-249.

_____. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: **Ditos & Escritos V - Ética, Sexualidade, Política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. 1984

_____. Direito de morte e poder sobre a vida. In: **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. 19 eds. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2009 p. 145-174.

_____. De espaços outros. **Estudos avançados**. São Paulo, v. 27, n. 79, 2013.

_____. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Org. e Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

_____. Segurança, território, população: curso dado no College de France (1977-1978) / Michel Foucault; edição estabelecida por Michel Senellart sob a direção de Francois Ewald e Alessandro Fontana; tradução Eduardo Brandao; revisão da tradução Claudia Berliner. - São Paulo: Martins Fontes, 2008

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido** Rio de Janeiro: Edições Paz e Terra, (36.^a ed. 2003; 1.^a ed. 1970) 184 p.

_____. **Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos** / Paulo Freire. – São Paulo: Editora UNESP, 2000.

FUGANTI, L. Biopolítica e produção de saúde: um outro humanismo? **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 13, supl. 1, 2009

FUGANTI, L. **Educação para Potência** (aulas 1-8). (Ditos Transcritos). Transcrição das aulas: Renata Mello. 2008. Disponível em <http://escolanomade.org/pensadores-textos-e-videos/fuganti-luiz/educacao-para-a-potencia-8-aulas-transcritas>. Acesso em 04 fev. 2014.

GASTALDO, D. Modos de viver, fazer, aprender e pensar enfermagem – integrando modos para a crítica e transformação social. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 56. 2004, Gramado. **Enfermagem hoje: coragem de experimentar muitos modos de ser**, Brasília (DF): Abe; 2005 [livro em formato eletrônico. Disponível em: <http://bstorm.com.br/enfermagem>. Acesso em 03 de março de 2012.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GLYN WILLIAMS **Evaluating participatory development: tyranny, power and (re)politicization** Third World Quarterly, Vol. 25, No 3, pp 557–578, 2004

GOHN, M. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**, vol. 13, n. 2, p. 20-31, mai./ago. 2004.

GOMES, M. L. **Política nacional de promoção da saúde: potência de transformação ou política secundária?** Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2009

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, vol.12, n.24, p.149-16, 2002.

GROS, F. O cuidado de si em Michel Foucault. In: RAGO, Margareth; VEIGA-NETO, Alfredo. (Org.). **Figuras de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

GUARULHOS. Apresentação Rede Intersetorial de Prevenção às Violências Contra Crianças e Adolescentes Projeto “Guarulhos: Cidade que protege”. Prefeitura Municipal de Guarulhos, 2012.

GUARULHOS. **Política Municipal de Promoção da Saúde Guarulhos**, 2014 disponível in www.guarulhos.sp.gov.br/files1/PMPS_07_02_14_vs_final.pdf. Acesso em 04 fev. 2015.

GUATTARI, F. e ROLNIK, S. **Micropolítica: Cartografias do Desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

HARAWAY, D. J. “Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX”. In: SILVA, Tomaz T. (Org.). **Antropologia do ciborgue: As vertigens dos pós humanos**. Belo Horizonte: Autêntica. 2000

IERVOLINO, SA.; PELICIONI, MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista Escola Enfermagem USP**, vol. 35, n.2, p.115-21, jun., 2001.

IORIO, C. Algumas considerações sobre estratégias de empoderamento e de direitos. In: ROMANO, Jorge & ANTUNES, Marta (Org.). **Empoderamento e direitos no combate à pobreza**. Rio de Janeiro: Action Aid Brasil, 2002. p. 21-44.

KEZH, N. H. P. e SOARES, J A. S. Avaliação do processo de implantação da “Rede Intersetorial para a Prevenção das Violências contra Crianças e Adolescentes: Projeto Guarulhos, Cidade que Protege” in Avaliação de projetos na lógica da promoção da saúde na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo / organização Juan Carlos Aneiros Fernandez, Marco Antônio de Moraes. – 1. ed. – São Paulo: Hucitec: Cepedoc Cidades Saudáveis, 2014

KLEBA, M. E.; COMERLATTO, D.; COLLISELLI, L. . Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um polo de educação permanente em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina: vol. 16, p. 335-342, 2007.

KLEBA, M. E.; WENDHAUSEN, Á. Empoderamento: processo de fortalecimento

dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde e Sociedade**, São Paulo: vol. 18, p. 733-743, 2009.

KNUTH AG, MALTA DC, CRUZ DKA, et al. Rede Nacional de Atividade Física do Ministério da Saúde: resultados e estratégias avaliativas. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde** 2010; 15(4): 229-33

LABONTE BERNSTEIN, E., WALLESTEIN, N., BRAITHWAITE, B., GUTIERREZ, L. LABONTE, R., & ZIMMERMAN, M., 1994. Empowerment Forum: A dialogue between guest editorial board members. In: **Health Education Quarterly**, (Special issue. Community empowerment, participatory education and health - Part II) vol. 21, 3: 281-294, 1994

LABRA, M. E. Capital social y consejos de salud en Brasil: ¿un círculo virtuoso? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 2002

LANE, S. Histórico e fundamentos da psicologia comunitária no Brasil. En R. H. F. Campos (Comp.), **Psicología social comunitária: da solidariedade à autonomia**. Petrópolis: Vozes. 1996.

LATOUR, B. **Jamais fomos modernos**: ensaio de antropologia simétrica / Latour, Bruno; tradução de Carlos Irineu da Costa. – Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

LEON, M. El Empoderamiento en la teoría y práctica del feminismo. In: LEON, Magdalena. **Poder y Empoderamiento de las mujeres**. Santafé de Bogotá.TM Editores: 1997.

LIMA, N. T.; EDLER, F; GERSCHMAN; SUÁREZ, J. **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LOYOLA, M.A. O Lugar das Ciências Sociais na Saúde Coletiva **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.1, p.9-14, 2012

LUDKE, M; ANDRÉ M. E. D. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUPTON, D. "Desenvolvendo-me por inteiro": cidadania, neoliberalismo e saúde contemporânea no currículo de Educação Física Deborah Lupton IN **Movimento** Porto Alegre, v.9, n. 3, p.11-31, set./dez. de 2003

LUPTON, D. **The Imperative of Health. Public health and the regulated body.** Thousand Oaks, California: Sage Publications 1995

MALTA D.C. Apresentação da Rede Nacional de Promoção da Saúde. in: III Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde (III SBEPS), Rio de Janeiro, UIPES/ORLA Brasil disponível em:<http://www.metodoeventosrio.com/efetividade/arquivos/index.php>

_____. et al A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS **Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, 18(1): 79-86, jan. Mar 2009.**

_____ et al Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) in **Epidemiologia e Serviços de Saúde; 16(1): 45 – 55. 2007**

_____ et al Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014 **Rev. Brás Ativ. Fiz e Saúde • Pelotas/RS • 19(3):286-299 • Mai/2014**

_____ et al. Ações de promoção da saúde no âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde: resultados da avaliação da Rede Nacional de Promoção da Saúde in. III Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde (III SBEPS), Rio de Janeiro, UIPES/ORLA Brasil, 2011.

MARCONDES, W. B. A convergência de referências na promoção da saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 1, abr. 2004

MENDES, R. et al. Promoção da saúde e redes de lideranças. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, 2013.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. In **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L.C. M e CECCIM, R. B. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. Salud colectiva. vol.2, n.2, 2006,

MILLER, P. & ROSE, N. **Governando o Presente**. São Paulo: Ed. Paulus, 2012.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992.

MOORE, A. Beyond participation: Opening up political theory in STS. **Social Studies of Science**. 40(5) 793–799. 2010

MUSITU OCHOA G., HERRERO OLAIZOLA J., CANTERA ESPINOSA L. & MONTENEGRO MARTÍNEZ M. **Introducción a la Psicología Comunitaria**. Ed. UCO. Barcelona. España. 2004

NALDINHO, T. C.; CARDOSO JR, H. R. A amizade para Foucault: resistências criativas face ao biopoder. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 21, p. 43-56, 2009.

NEVES, C. A. B.; MASSARO, A. Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, 2009.

NUNES, O. P. M. Estudos de Validação sobre a Escala Portuguesa de Empowerment E.P.E. **Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia** Universidade do Minho, Portugal, 4 a 6 de Fevereiro de 2010.

OAKLEY, P.; CLAYTON, A. **Monitoramento e avaliação do empoderamento** ("empowerment"). São Paulo: Instituto Polis, 2003.

ORTEGA, F. **Para uma política da amizade**. Arendt, Derrida, Foucault. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

PASSOS, I. C. F. (Org.). **Poder, normalização e violência**: incursões foucaultianas para a atualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 2008

PELBART. P. P. **Vida Capital: ensaios de BIOPOLÍTICA**. São Paulo: Iluminatus, 2011.

PINTO, C. C. G. Representações e práticas do Empowerment nos trabalhadores sociais. Tese (Doutorado). **Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas** - Universidade Técnica de Lisboa. Lisboa. 2011

POPE C, MAYS N, organizadores. 3ª ed. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed; 2009

PORTOCARRERO, V. Práticas sociais de divisão e a constituição do sujeito. **Figuras de Foucault**, Margareth Rago e Alfredo Veiga-Neto (org.), Belo Horizonte: Autentica. 2006.

RAPPAPORT, J. Desinstitucionalização: Empowerment e interajuda O papel dos Técnicos de Saúde Mental no século XXI **Análise Psicológica** 2 (VIII): 143-162, 1990.

RAPPAPORT, J. In praise of paradox: a social policy of empowerment over prevention. **American Journal of Community Psychology**, 9, 1-25. 1981.

RECIFE. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Prefeitura Municipal de Recife, 2011 disponível www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/5916.pdf.

RECIFE. **Apresentação Programa Academia da Cidade**. Prefeitura da Cidade do Recife. Secretaria de Saúde do Recife. Secretaria Executiva de Assistência à Saúde. Gerencia Atenção Básica, 2014.

RISSEL, C. Empowerment: the holy grail of health promotion? **Health promotion international** C Oxford University Press 1994

ROMANO, J. O. Empoderamento: enfrentemos primeiro a questão do poder para combater juntos a pobreza [documento de apoio]. In: **International Workshop Empowerment and rights based** In Fighting Poverty Together, Rio de Janeiro: 2002.

ROSE, N. Inventando nossos Selves: **Psicologia, Poder e Subjetividade**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2011.

SACARDO, D.P.; GONÇALVES, C.C.M. Território: potencialidades na construção de sujeitos. In: FERNANDEZ, J.C.A; MENDES, R. (Org.). Promoção da saúde e gestão local. São Paulo: Hucitec: Cepedoc, 2007

SARAIWA, K.; VEIGA-NETO, A. Modernidade Líquida, Capitalismo Cognitivo e Educação. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 34, p. 187-204, 2009. p. 187-201.

SCARCELLI, I. R.; JUNQUEIRA, Virgínia. O SUS como desafio para a formação em Psicologia. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 31, n. 2, 2011.

SCHERER-WARREN, I. Das mobilizações às redes de movimentos sociais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 109-130, jan./abr. 2006

SCHIAVO, M. R.; MOREIRA, E N. **Glossário social**. Rio de Janeiro: Comunicarte, 2005.

SERRES, M. Novas tecnologias e sociedade pedagógica. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 4, n. 6, Feb. 2000. Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100013&lng=en&nrm=iso>. Access on 04 Sept. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832000000100013>.

SHOR, I.; FREIRE, P. **Medo e Ousadia** – O Cotidiano do Professor; tradução de Adriana Lopez; revisão técnica de Lólio Lourenço de Oliveira. – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

SICOLI, J; NASCIMENTO, P. R. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface: comunicação, saúde, educação**. Botucatu: vol. 7 n.12: p.101 – 122, fev. 2003.

SILVA, P. F. A. Os sentidos & disputas na construção da Política Nacional de Promoção da Saúde” Dissertação[Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): **Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz**; 2012

SILVA, T. T. **Antropologia do ciborgue**: as vertigens do pós-humano / organização e tradução Tomaz Tadeu – 2. ed. – Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

_____ **Documentos de Identidade: Uma Introdução às Teorias de Currículo**.3º Edição. Editora Autêntica. 2010.

SPINK, M. J. P., RASERA, E. F. Reflexões sobre as múltiplas expressões do biopoder **Saúde & Transformação Social** / Health & Social Change [On-line] 2013, 4 (Julio-Septiembre): [Data de consulta: 27 / enero / 2015] Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265328845001>> ISSN

STOTZ, E. N; ARAÚJO, J. W. G. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo: vol. 13, n. 2, p. 5-19, maio/ago. 2004.

TEIXEIRA, R. R. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.6, n.1, p.49-61, 2001.

_____ R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set. 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais; a Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VALOURA, L. C. **Paulo Freire**, o educador brasileiro autor do termo Empoderamento, em seu sentido transformador. 2006

<http://siteantigo.paulofreire.org/Crpf/CrpfAcervo000120> acesso em 15/08/2014

VALVERDE, R.R.H.F. Sobre espaço público e heterotopias. **Geosul**, v.24, n.48, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2009

VARES, S. F. Reprodução social da resistência política na escola capitalista: um retorno às teorias reproducionistas. **Educação Unisinos**, Porto Alegre: vol. 15, n. 2, mai-ago, 2011.

VASCONCELLOS, E. M. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teoria e estratégias**. São Paulo: Paulus, 2003.

VEIGA NETO, A. **Foucault e a educação** – Belo Horizonte: Autêntica 2003.

VEIGA-NETO, A. LOPES, M. C. Inclusão e Governamentalidade. In **Educação Sociedade**, Campinas, vol. 28, n. 100, p. 947-963, out. 2007.

VEYNE, P. **Foucault, o pensamento, a pessoa**. Lisboa: Texto & Grafia, 2009.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 1. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WALLERSTEIN, N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, **Health Evidence Network report**, 2006.

WESTPHAL, M. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: SOUZA, G. W. al. (Org.) **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p 635 – 667.

WHO **The Ottawa Charter for Health Promotion** - First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 in
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html>

WHO **Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy** - Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 5-9 April

in 1988 in

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index6.html>

WHO Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health - Third International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden, 9-15 June 1991 in

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/index5.html>

WHO Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century - The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era - Leading Health Promotion into the 21st Century, meeting in Jakarta from 21 to 25 July 1997 in

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>

WHO The Fifth Global Conference on Health Promotion Health Promotion: Bridging the Equity Gap 5-9th June 2000, Mexico City in

http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_en.pdf

WHO Bangkok Charter for Health Promotion in a globalized world' 6th Global Conference on Health Promotion held in Thailand from 7-11 August, 2005 in

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/en/>

WHO The Nairobi Global Conference on Health Promotion 7th Global Conference on Health Promotion, Kenya, October 2009 in

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/>

WHO The Helsinki Global Conference on Health Promotion, 8th Global Conference on Health Promotion, June 2013

in <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>

WHO, Glossário de promoção de saúde. Genebra; 1986.

WHO, Declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS. Empoderamiento del usuario de salud mental 2010.

ZAGO, L. F.; SANTOS, L. H. S. Os limites do conceito de empoderamento na prevenção ao HIV/Aids entre jovens gays e bissexuais no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, Sept. 2013

ZIMMERMAN, P. (2000). Empowerment Theory: Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis. En J. Rappaport y E. Seidman (Eds.), **Handbook of Community Psychology** (pp. 43-64). Nueva York: Kluwer Academic Plenum.

ZOURABICHVILI, F. **O Vocabulário de Deleuze**. Tradução André Telles. Rio de Janeiro: Relume Dumará, Conexões, 2004.

7. ANEXOS

7.1. ANEXO 1: Termo de consentimento

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP: 01246-904 - São Paulo - Brasil

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Elisabete Agrela de Andrade, aluna da Faculdade de Saúde Pública do Departamento de Prática de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, inscrita no programa de pós-graduação (doutorado) sob o número USP 5537710, pretendo realizar o trabalho intitulado: “O conceito de empoderamento na promoção da saúde” sob orientação da Prof.^a. Dr.^a. Cláudia M. Bógus

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem o objetivo de conhecer sua percepção sobre o conceito de empoderamento.

Solicito a sua colaboração na participação em uma entrevista, ou grupo focal, para que seja possível aprofundar o tema estudado a fim de contribuir na construção e implementação de políticas públicas saudáveis.

Informo que toda e qualquer informação obtida durante esta pesquisa será utilizada de forma a proteger a identidade dos participantes e a assegurar que as informações permaneçam confidenciais.

As atividades serão realizadas em local privado e irão durar aproximadamente uma hora e meia. Para garantir as informações dadas, solicito a sua autorização para o uso do gravador. Todos os materiais (fitas, relatórios do estudo) ficarão guardados em lugares aos quais somente a pesquisadora terá acesso e serão mantidos em sigilo na Faculdade de Saúde Pública/USP.

Você tem o direito de não responder a qualquer pergunta e de interromper a participação quando quiser, sem que nenhum dano e/ou prejuízo ocorra.

Para mais informações sobre esta pesquisa, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável (11) 9626-0462.

Declaração de Consentimento

Tive a oportunidade de ler o presente Termo de Consentimento. Compreendo a finalidade da pesquisa e seus procedimentos, as dúvidas foram esclarecidas em linguagem clara e sinto-me esclarecido para consentir em participar.

Nome

Assinatura

Declaração do Pesquisador

Eu, abaixo assinado, expliquei ao participante voluntário da pesquisa os seus objetivos, os procedimentos e métodos para coleta de informações, sendo que o mesmo assinou esse Termo de Consentimento voluntariamente.

São Paulo, _____ de _____ de 2012.

Elisabete Agrela de Andrade

PESQUISADORA: Elisabete Agrela de Andrade

Aluna do Programa de Doutorado em Saúde Pública - FSP/USP

Fone (11) 9626 0462 e-mails elisagrela@usp.br

ORIENTADORA:

Profa. Dra. Cláudia M. Bógus FSP/USP - Fone: 3061-7955 e-mail: claudiab@usp.br

COMITÊ DE ÉTICA:

Comitê de Ética FSP/USP

Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, CEP: 01246-904, São Paulo

Fone: 3061-7779/7742 e-mails: coop@fsp.usp.br

7.2.ANEXO 2: Parecer consubstanciado CEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

PROJETO DE PESQUISA

Título: O conceito de empoderamento na Promoção da Saúde

Área Temática:

Pesquisador: Elisabete Agreia de Andrade

Versão: 1

Instituição: Faculdade de Saúde Pública da Universidade
de São Paulo - FSP/USP

CAAE: 01599312.0.0000.5421

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 48315

Data da Relatoria: 22/06/2012

7.3.ANEXO 3: Roteiros

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP: 01246-904 - São Paulo - Brasil
Tel. (55-11) 3061-7796
Fax (55-11) 3083-3501

Entrevista

RAPPORT

1. Conte sobre a ação que você atua

SAÚDE

2. Qual é a função da proposta para a rede de saúde?

O CONCEITO

3. O que entende por empoderamento?
4. Como trabalham com o conceito?

SUGESTÕES

5. O que a participação nesta ação significa na sua vida?
6. Algo mais que queira completar?

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP: 01246-904 - São Paulo - Brasil
Tel. (55-11) 3061-7796
Fax (55-11) 3083-3501

Grupo focal – profissionais

RAPPORT

1. Contem como se deu a inserção de vocês programa.
2. Produz saúde? Por quê?

O CONCEITO

3. O que entende por empoderamento? Sabem?
4. Como trabalham com o conceito?

SUGESTÕES

5. O que faz uma pessoa ter poder ter potência de vida?
6. O que o programa significa na vida de vocês?
7. Algo mais que queiram completar?

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP: 01246-904 - São Paulo - Brasil
Tel. (55-11) 3061-7796
Fax (55-11) 3083-3501

Grupo focal – usuários

Utilizaremos “sinônimo”: como autoestima, poder (dado da pesquisa),

RAPPORT

1. Contem como se deu a inserção de vocês no programa.
2. Como é participar do programa? O que isso mudou na sua vida?
3. O que vocês entendem por empoderamento
4. O programa contribuiu para que vocês se sentissem com mais poder? Como?
5. A participação no programa mudou algo na vida de vocês? O que?
6. Algo mais que queiram completar?

CURRÍCULO LATTES

04/02/2015

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Cláudia Maria Bógus)

Cláudia Maria Bógus

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2777821546207314>
Última atualização do currículo em 22/01/2015

Cláudia Maria Bógus possui graduação em Pedagogia (1987) pela Faculdade de Educação da USP, Especialização em Saúde Pública (1988), Mestrado (1992) e Doutorado (1997) em Saúde Pública e Livre-Docência (2009) em Promoção da Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Participou do Programa de Formação em Saúde Internacional da Organização Pan-Americana de Saúde em WDC (EUA) em 2001. É docente da Faculdade de Saúde Pública da USP desde 2004 e credenciada como orientadora de Mestrado e Doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP desde 2005. Atua na área de saúde coletiva e saúde pública com ênfase em promoção da saúde, educação em saúde, participação social em saúde e políticas públicas em saúde. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Cláudia Maria Bógus
Nome em citações bibliográficas	BÓGUS CM; BÓGUS C; BÓGUS, CLÁUDIA MARIA; Bógus, Cláudia Maria

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública. Av. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira Cesar 01246-904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617955 Fax: (11) 30833501 URL da Homepage: http://www.usp.br/fsp
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

1993 - 1997	Doutorado em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: A formação política e o fortalecimento da participação popular em saúde: o caso dos cursos de formação política de conselheiros de saúde da zona leste de São Paulo, Ano de obtenção: 1997. Orientador: Marcia Faria Westphal. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil. Palavras-chave: conselhos de saúde; participação social; processo educativo. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública. Setores de atividade: Saúde e Serviços Sociais.
1989 - 1992	Mestrado em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Reforma sanitária e a Educação Continuada: a importância do investimento nos recursos humanos locais de saúde, Ano de Obtenção: 1992. Orientador: Marcia Faria Westphal. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e

04/02/2015

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Elisabete Agrela de Andrade)

Elisabete Agrela de Andrade

Bolsista de Doutorado do CNPq

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2048869501454767>
Última atualização do currículo em 04/02/2015

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho UNESP (1997). Concluiu mestrado em 2008 e atualmente é doutoranda em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Também faz parte da equipe de pesquisadores do CEPEDOC - Centro de Estudos Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis, um Centro Colaborador da OMS em Promoção da Saúde. Pesquisa principalmente os seguintes temas: Saúde Pública; Promoção da Saúde; Empoderamento; Avaliação de políticas públicas; Juventude. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Elisabete Agrela de Andrade
Nome em citações bibliográficas	ANDRADE, Elisabete Agrela; ANDRADE, E.A.; AGRELA, E.A.; Andrade, Elisabete Agrela de

Endereço

Endereço Profissional	Centro de Estudos Pesquisa e Documentação Em Cidades Saudáveis, FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA - USP. Av. Dr. Arnaldo, 725 Cerqueira Cesar 01246-904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (011) 30667760 Fax: (011) 30854760 URL da Homepage: http://www.cidadessaudaveis.org.br
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

2011	Doutorado em andamento em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Empoderamento na perspectiva da Promoção da saúde, Orientador: Cláudia Maria Bógus. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Palavras-chave: Saúde Pública; empoderamento. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Promoção da saúde. Setores de atividade: Saúde humana e serviços sociais.
2006 - 2008	Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Gestão Municipal de políticas públicas dirigidas à juventude e possíveis aproximações com a Promoção da Saúde, Ano de Obtenção: 2008. Orientador: Cláudia Maria Bógus. Palavras-chave: juventude; política pública; Promoção da saúde. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva. Grande Área: Ciências Humanas / Área: Psicologia. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde