



Rosane Carvalho Lopes

**Promoção da Saúde na perspectiva da
Teoria Educacional Crítica. A relevância
do Empowerment, Participação e
Dialogicidade**

Tese de Doutorado

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação do Departamento de Educação da PUC-Rio como parte dos requisitos parciais para obtenção do título de Doutor em Educação.

Orientador: Ralph Ings Bannell.

Co-orientadora: Florence Romijn Tocantins

Rio de Janeiro
Abril de 2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



Rosane Carvalho Lopes

**Promoção da Saúde na perspectiva da
Teoria Educacional Crítica. A relevância
do Empowerment, Participação e
Dialogicidade**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Educação do Departamento de Educação do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Prof. Dr. Ralph Ings Bannell

Orientador

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Florence Romijn Tocantins

Universidade do Rio de Janeiro/UNIRIO

Profa. Doutora Rosália Maria Duarte

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Romeu Gomes

Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Marcelo Gustavo Andrade de Souza

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Suzana Maciel Wullaume

Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Paulo Fernando C. de Andrade

Coordenador Setorial do Centro de
Teologia e Ciências Humanas

Rio de Janeiro, 24 de abril de 2008.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Rosane Carvalho Lopes

Graduou-se em Pedagogia pelo Centro de Ciências Humanas e Sociais Instituto Isabel (1989), concluiu Especialização em Didática e Metodologia do Ensino Superior pela Universidade Estácio de Sá (1995), é Mestre em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (2000), fez o curso Nacional em Pneumologia Sanitária (1990), participou dos cursos de Aperfeiçoamento em Educação e Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (1992) e em Comunicação e Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública (1993). Tem experiência nas áreas de Educação e de Saúde. Atuando e prestando assessoria pedagógica principalmente nos seguintes temas: Educação, Saúde, Promoção da Saúde.

Ficha Catalográfica

Lopes, Rosane Carvalho

Promoção da saúde na perspectiva da teoria educacional crítica: a relevância do *empowerment*, participação e dialogicidade / Rosane Carvalho Lopes; orientador: Ralph Ings Bannell; co-orientadora: Florence Romijn Tocantins. – 2008.

164 f. ; 30 cm

Tese (Doutorado em Educação)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

Inclui bibliografia

1. Educação – Teses. 2. Promoção da Saúde. 3. Educação. 4. Teoria Educacional Crítica. 5. Empowerment. 6. Participação. 7. Dialogicidade. I. Bannell, Ralph Ings. II. Tocantins, Florence Romijn. III. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Educação. IV. Título.

CDD: 370

Às minhas meninas Melissa,
Fernanda e Daniela, com
amor e esperança.

À Philomena, minha mãe,
pela vida.

A Daniel Lopes, meu pai, *in
memoriam.*

Aos meus irmãos, ao Adonis
e a meu cunhado, Luiz, com
fraternidade.

À tia Ophélia por tanto amor
e carinho.

Agradecimentos

Agradecer, para mim, é sempre um momento de emoção. É quando “voltamos a fita ao início”. É quando lembramos as pessoas importantes para nós, lembramos dos momentos bons e ruins, de tudo que contribuiu para que eu chegasse até aqui.

Inicialmente quero agradecer ao Instituto Fernandes Figueira/IFF/FIOCRUZ, nas pessoas dos doutores José Augusto, Diretor do IFF; Cíntia Magluta, Vice-diretora de Assistência/IFF, quando do início dessa jornada, e Rita Rosana, atual Vice-diretora de Assistência/IFF, pela oportunidade da realização deste doutorado, que muito contribuirá para meu aperfeiçoamento técnico-profissional.

Agradeço à PUC-Rio, ao Departamento de Pós-graduação em Educação, aos professores que compartilharam seus conhecimentos, apoiando minha formação e aos funcionários em geral, pela atenção e presteza no atendimento de nós, doutorandos, e

Quero agradecer especialmente, ao Prof. Dr. Ralph Inngs Bannel, meu orientador, pela aprendizagem, pelo convívio amistoso e acima de tudo, por sua capacidade de ouvir e dialogar comigo. Foram muitos os momentos em que tive a oportunidade de vê-lo, em sala de aula, no grupo de estudo e pesquisa e em orientação, construindo a dialogicidade conosco.

A Profa. Dr^a Florence Romijn Tocantins, minha co-orientadora, por seu apoio sempre presente no desenvolvimento desta tese, e ao acompanhamento de minha trajetória acadêmica desde a realização do mestrado.

Aos amigos queridos:

Dr^a Lucíola Santos Rabello, por tudo. O carinho, acima de tudo, que só as pessoas especiais sabem nutrir pelos outros, o apoio emocional nos momentos difíceis e por muitas leituras atentas ao meu texto, com sugestões valiosas que contribuíram de modo especial. Muito obrigada.

Gabriela Ruiz pela solidariedade. Qualidade tão nobre, que pudemos compartilhar tantas vezes.

Prof^a Dr^a Madalena Santiago, por sua amizade e estímulos ao longo desta elaboração.

Ao Admilson pelo apoio nas leituras dos textos em inglês e pela revisão das traduções.

E em especial a Helana Torres, amiga profissional, pelo apoio inteligente e humanístico que me foi dado nesta trajetória.

Resumo

LOPES, Rosane Carvalho; Bannell Igns Ralph. **Promoção da Saúde na Perspectiva da Teoria Educacional Crítica - A Relevância do Empowerment, Participação e Dialogicidade.** Rio de Janeiro, 2008. 164p. Tese de Doutorado – Departamento de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A presente tese tem como propósito geral analisar, no contexto da Promoção da Saúde, as concepções das categorias de *empowerment*, participação e dialogicidade a partir da Teoria Educacional Crítica (TEC). Como objetivos específicos, estabeleceram-se: identificar nas Cartas e Declarações sobre Promoção da Saúde, produzidas no período compreendido entre 1986 a 2005, as concepções apresentadas de *empowerment*, participação e dialogicidade; e, caracterizar as temáticas e os sentidos que estas concepções expressam, respectivamente em cada um destes documentos, a partir da discussão fundamentada na Teoria Educacional Crítica. Trata-se de uma análise documental essencialmente qualitativa, cujo *corpus* de texto foi composto por sete fontes documentais. Como ferramental de análise elegeu-se um conjunto de técnica e procedimentos da Análise de Conteúdo Temática visando sua interpretação. Tem como *corpus* de análise Conferências de âmbito internacional sobre Promoção da Saúde, divulgadas pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde. Os resultados obtidos apontam que os sentidos do *empowerment*, nos documentos oficiais de Promoção da Saúde, focalizam a transferência do conhecimento e o desenvolvimento de potencialidades, enquanto que a participação apresenta-se predominantemente com o sentido de controle social, poder de decisão e poder. Merece destaque que a concepção de dialogicidade não se faz presente nos documentos. Entende-se assim que estas concepções e sentidos, tal qual apresentados, não contemplam a práxis transformadora, um dos princípios essenciais tanto da Promoção da Saúde como da Teoria Educacional Crítica. Sugere-se que, para que sujeitos e coletivos na área da saúde concretizem as propostas contidas nas Cartas e Declarações de Promoção da Saúde, faz-se necessário as contribuições da Teoria Educacional Crítica.

Palavras-chave

Promoção da Saúde; Educação; Teoria Educacional Crítica; *Empowerment*; Participação; Dialogicidade.

Abstract

LOPES, Rosane Carvalho; Bannell Igns Ralph (Advisor). **Health Promotion from the perspective of Critical Educational Theory - The Relevance of Empowerment, Participation, Dialogicity.** Rio de Janeiro, 2008. 164p. Thesis of Doctorate – Departamento de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The general aim of this thesis is to analyse, in the context of health promotion, the conceptions of empowerment, participation and dialogicity to be found in the Declarations and Letters on Health Promotion produced in the period 1986 – 2005, from the perspective of Critical Educational Theory. Specific objectives were: to identify the conceptions of empowerment, participation and dialogicity present in the Declarations; characterise the themes and meanings that these conceptions express in each of the documents, from the perspective of critical educational theory. The bulk of the thesis is a qualitative document analysis, the corpus of which was composed of seven documents. The analytical tools used were a set of techniques and procedures from Content Analysis, utilized with the intention of interpreting the documents. The corpus comprises Declarations resulting from international conferences on Health Promotion, published by the World Health Organization and the Pan-American Health Organization. The results obtained indicate that the meanings of empowerment, contained in these official documents on Health Promotion, focus on the transfer of knowledge and the development of abilities, while participation presents itself predominately with the meaning of social control, power and power of decision. An important result was the complete lack of any conception of dialogicity in the documents analysed. These results show that these conceptions and meanings, as interpreted in this analysis, do not contemplate a transformatory praxis, one of the essential principles of Health Promotion and Critical Educational Theory. It is suggested that the possibility of realising the proposals for Health Promotion contained in these Letters and Declarations, by both individuals and colectives, necessitates the contributions of Critical Educational Theory.

Keywords

Health Promotion; Education; Critical Educational Theory; Empowerment; Participation; Dialogicity.

Sumário

1	Introdução	10
2	Saúde, sua Promoção e a Educação Crítica	21
2.1	A Promoção da Saúde: o processo saúde-doença e o papel da educação	21
2.2	Promoção da Saúde segundo a Carta de Ottawa	24
2.3	O Movimento Internacional de Promoção da Saúde de 1988 a 2005	26
2.4	Por que é necessária uma Educação Crítica no campo da Promoção da Saúde?	31
3	Marco Teórico Conceitual	39
3.1	A Teoria Educacional Crítica e a fundamentação teórica da tese	39
4	Métodos e Técnicas	53
4.1	Métodos utilizados para analisar os Documentos Oficiais sobre Promoção da Saúde no período de 1986 a 2005	53
4.2	Delimitação das categorias analíticas	57
4.2.1	Empowerment	57
4.2.2	Participação	58
4.2.3	Dialogicidade	59
4.3	Estruturação da análise: momentos metodológicos	59
4.3.1	Apresentação do processo de categorização dos Documentos Oficiais sobre Promoção da Saúde de 1986 a 2005	60
4.3.1.1	Resultados parciais da categorização analítica a priori: conjunto de quadros-síntese, do Quadro 1 ao Quadro 21	61
4.3.1.2	Resultados parciais da categorização a posteriori: conjunto de quadros-síntese da categorização empírica, do Quadro 22 ao Quadro 24	90
5	Considerações Finais	101
5.1	Interpretação sobre Empowerment	101
5.2	Interpretação sobre Participação	109
5.3	Interpretação sobre Dialogicidade	113
6	Considerações Finais	116
7	Referências Bibliográficas	121
8	Anexos	129

Lista de Quadros

Quadro 1	Categorização do <i>Empowerment</i> na Carta de Ottawa	62
Quadro 2	Categorização do <i>Empowerment</i> na Declaração de Adelaide	64
Quadro 3	Categorização do <i>Empowerment</i> na Declaração de Sundsvall	66
Quadro 4	Categorização do <i>Empowerment</i> na Declaração de Santafé de Bogotá	68
Quadro 5	Categorização do <i>Empowerment</i> na Declaração de Jacarta	69
Quadro 6	Categorização do <i>Empowerment</i> na Declaração do México	71
Quadro 7	Categorização do <i>Empowerment</i> na Carta de Bangkok	72
Quadro 8	Categorização da Participação na Carta de Ottawa	74
Quadro 9	Categorização da Participação na Declaração de Adelaide	76
Quadro 10	Categorização da Participação na Declaração de Sundsvall	77
Quadro 11	Categorização da Participação na Declaração de Santafé de Bogotá	78
Quadro 12	Categorização da Participação na Declaração de Jacarta	80
Quadro 13	Categorização da Participação na Declaração do México	81
Quadro 14	Categorização da Participação na Carta de Bangkok	82
Quadro 15	Categorização da Dialogicidade na Carta de Ottawa	83
Quadro 16	Categorização da Dialogicidade na Declaração de Adelaide	84
Quadro 17	Categorização da Dialogicidade na Declaração de Sundsvall	85
Quadro 18	Categorização da Dialogicidade na Declaração de Santafé de Bogotá	86
Quadro 19	Categorização da Dialogicidade na Declaração de Jacarta	87
Quadro 20	Categorização da Dialogicidade na Declaração do México	88
Quadro 21	Categorização da Dialogicidade na Carta de Bangkok	89
Quadro 22	Categorização empírica de <i>empowerment</i> em todos os documentos	90
Quadro 23	Categorização empírica de participação em todos os documentos	96
Quadro 24	Categorização empírica da dialogicidade em todos os documentos	100
Quadro 25	Interpretação de <i>empowerment</i> nos Documentos Oficiais de Promoção da Saúde	101
Quadro 26	Interpretação da participação nos Documentos Oficiais de Promoção da Saúde	109
Quadro 27	Interpretação da dialogicidade nos Documentos Oficiais de Promoção da Saúde	113

1 INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Com esta direcionalidade, os objetivos da tese visam:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁴ O Art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, estabelece que: “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Brasil, 1990a). Na Declaração de Jacarta (WHO, 1997), os determinantes da saúde apresentam-se como pré-requisitos para a saúde humana englobando um amplo espectro de fatores como: “paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade” (Brasil, 2002, p.2).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2

Saúde, sua Promoção e a Educação Crítica.

2.1

A Promoção da Saúde: o processo saúde-doença e o papel da educação.

Os primeiros estudos sobre Promoção da Saúde¹, antes de sua emergência como política pública, foram impulsionados pelos pioneiros da saúde pública e por uma corrente de cientistas que relacionavam as causas das doenças às condições de vida das populações. Defendiam a idéia de que os problemas de saúde apresentavam uma relação com a natureza da vida comunitária, suas experiências com a saúde e o adoecimento, e a origem das enfermidades estava associada às causas ambientais, entendidas neste contexto como sociais e econômicas, relacionando, assim, a causalidade das doenças à qualidade física e química do ambiente (Chor & Faerstein, 2000; Buss, 2003).

No entanto, na passagem do século XX, surge um novo paradigma explicativo para a ocorrência das doenças, o paradigma biologicista. A ascensão desse paradigma é explicada pela expansão do capitalismo e do processo de industrialização, pelo desenvolvimento técnico-científico, gerando avanços significativos para o enfrentamento de inúmeras doenças, até então sem controle e tratamento, além do crescimento de comunidades urbanas, sobretudo nos Estados Unidos e Europa Ocidental. Cria-se, então, um clima favorável às novas descobertas científicas no campo da bacteriologia e da imunologia (Rosen, 1994).

Com o desenvolvimento das investigações nesse campo desvendam-se os mistérios sobre o contágio e a transmissão das doenças, agora sob a égide da Bacteriologia como ciência. Emerge uma nova definição sobre a origem das doenças, a qual relaciona sua existência à presença de agentes etiológicos no corpo do hospedeiro, o homem, e não mais sobre as condições de vida como determinantes da saúde. Assim, desloca-se a ação da saúde sobre as condições do meio ambiente e de vida da população para a prevenção e o combate aos agentes específicos: o microorganismo (Rosen, 1994).

¹ As idéias que fundamentam a Promoção da Saúde vêm sendo construídas, gradualmente ao longo de anos de discussão e de validação de trabalhos científicos de diversos estudiosos dos séculos, XX e XXI (OPS, 1996 *apud* Terris, p. 37-44; Buss, 1998 p. 3-4; Chor e Faerstein, 2000).

Este modelo resultou numa compreensão reduzida e insuficiente da totalidade e complexidade do fenômeno saúde-doença, uma vez que não reconhece os fatores sociais, culturais e ecológicos, gerando distorções não só na aplicação e uso dos recursos, como na apropriação tanto quanto na exclusão do conhecimento de outras áreas do saber.

Do ponto de vista da educação, o conhecimento produzido nesse período - a *Era Bacteriológica* - é representado por ações de educação em saúde que assumiam um enfoque autoritário e coercitivo, visando normalizar hábitos de higiene e disciplinar o trabalhador e a população urbana. Trata-se de um projeto de normalização de comportamentos e atitudes, visando imputar regras de bem-viver às pessoas que passam a ser consideradas como um conjunto de indivíduos (Oshiro, 1988).

Evidencia-se a educação em saúde como forma de prevenção sob uma base mais direcionada para as doenças que não tinham tratamento específico, onde as ações sanitárias assumem um caráter de “polícia sanitária”, com vistas à formação da consciência sanitária para o indivíduo portador de doença (Melo, 1984).

A redução do processo saúde-doença a uma compreensão biológica desse fenômeno faz com que o indivíduo surja como responsável pelo seu estado de saúde. Assim, a relação entre condições de vida da população e as doenças assume posição secundária, favorecendo o entendimento de que as doenças são os resultados de sua ignorância, da sua ausência de conhecimento e decadência moral. Isso torna necessário instruir a população com o objetivo de controlar e disciplinar comportamentos higiênicos e hábitos saudáveis de vida, de modo que ela possa incorporar os valores impostos pela expansão da economia nos centros urbanos (Melo, 1984; Oshiro, 1988).

A partir dos anos setenta, reestrutura-se o pensamento na saúde pública e a idéia de reciprocidade entre as múltiplas dimensões que condicionam o processo saúde e doença, dá início a uma nova fase no campo da saúde, desmistificando a teoria microbiana (Rosen, 1994).

Em 1976, Leavell & Clark estruturaram o modelo da História Natural da Doença com o objetivo de explicar o processo saúde-doença como decorrente de relações mútuas entre os vários organismos vivos e o meio ambiente, melhor

explicitando, entre o agente etiológico, o microorganismo; o homem, como hospedeiro; e o meio ambiente (Arouca, 1975; Buss, 2003).

No modelo proposto por Leavell & Clark, as enfermidades poderiam ser combatidas segundo três diferentes níveis de prevenção, dependendo do grau de conhecimento da história natural da doença: prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária corresponde ao nível pré-patogênico, onde são aplicadas medidas de promoção da saúde² e proteção específica do indivíduo contra agentes patológicos ou pela criação de barreiras aos agentes do meio ambiente; a secundária refere-se ao período patogênico, onde o diagnóstico e o tratamento precoces são utilizados como medidas para impedir que a doença estabelecida evolua; e a prevenção terciária visa à reabilitação e recuperação dos doentes (Buss, 1998; 2003).

Para López (1998), o conceito de prevenção está diretamente relacionado à enfermidade, cujo objetivo final é evitar uma doença específica. Neste caso, a prevenção refere-se mais aos aspectos clínicos do processo saúde-doença, propondo ações focais para controlar temporariamente determinadas doenças, limitando seu campo de ação ao setor saúde. Nesse sentido, López (1998, p.128) ao analisar as ações de prevenção afirma que:

La prevención implica más acciones de aplicación individual, en cuyo proceso la persona es un ente algo pasivo. Se trata básicamente de la aceptación de un tratamiento, la aplicación de una prueba diagnóstica, la adopción de una profilaxis o, en el mejor de los casos, la eliminación de un determinado factor de riesgo.

É assim que o conhecimento produzido pela educação no campo da saúde, em vigor neste período, incorpora o discurso da multicausalidade como explicação para as doenças:

Os fatores sociais, econômicos e culturais são incorporados na maneira de perceber e explicar a saúde/doença. A educação sanitária deve considerar esses fatores que constituem barreiras para a ação educativa. Embora aqueles fatores sejam considerados para compreender a doença, esta é percebida como fenômeno

² O conceito de promoção da saúde na perspectiva de Leavell & Clark é diferente do conceito de promoção da saúde elaborado durante a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa, 1986. Naquela, a promoção da saúde diz respeito a medidas de educação em saúde, de controle sanitário do meio ambiente, de nutrição adequada, entre outros, focalizando atividades sobre os indivíduos e ou grupos (Buss, 1998, 2003).

individual. Os indivíduos oferecem uma barreira cultural, econômica e/ou social que deve ser diagnosticada no sentido de rompê-la (Melo, 1984 p.37).

A partir deste momento a educação no campo da saúde passa a ser desenvolvida segundo a égide da prevenção da doença e não da promoção da saúde. O sentido pedagógico da prática educativa limita-se a evitar enfermidades ou o risco de adoecer. A ausência de doenças seria um objetivo final e suficiente no processo de produção de conhecimento nesse campo.

Ainda que o modelo da História Natural da Doença tenha permitido avançar na compreensão do fenômeno saúde-doença, os fatores biológico, social e ambiental que passam a explicar a ocorrência de enfermidades aparecem fragmentados, permanecendo isolados entre si e deslocados do contexto global sócio-econômico-cultural dos sujeitos. Desta forma, mantém-se o predomínio da visão biologicista em vez de uma compreensão ampla, onde a saúde é, também, resultante do processo social e cultural de indivíduos e comunidades (Lopes, 2000).

2.2

A Promoção da Saúde segundo a Carta de Ottawa

As idéias que fundamentam a Promoção da Saúde vêm sendo construídas *pari passu* ao desenvolvimento humano da saúde, desde a antiguidade (Rosen, 1994). Contudo, as discussões sobre o tema assumem a formatação de política pública a partir da divulgação da “Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde” (OMS, 1986) e sua adoção por países desenvolvidos, como Canadá, Inglaterra e Dinamarca, entre outros. Nesta ocasião, buscou-se não apenas superar o conceito tradicional de saúde como propor estratégias para promover a saúde e a qualidade de vida individual e coletiva conforme visto neste documento.

Segundo a Carta, a Promoção da Saúde define o conceito de saúde como positivo, uma vez que considera ser a saúde um recurso que os indivíduos têm e que, juntamente com outros recursos oferecidos pela sociedade, deve ser utilizado para o seu desenvolvimento integral e não como um objetivo a ser alcançado apenas quando se está doente (OMS, 1986; OPS, 1996; Brasil, 2002).

Esta concepção relaciona-se à possibilidade de configuração de uma consciência crítica capaz de dar infra-estrutura a decisões autônomas dos sujeitos

e não a partir da aceitação acrítica de normas e condutas impostas pelas autoridades sanitárias, sejam estas imposições veladas ou abertamente assumidas. Implica também em aumentar a capacidade das pessoas para usufruírem seus recursos existenciais, numa concepção da saúde como integralidade e não mais em seu aspecto específico.

Assim entendida, a concepção de Promoção da Saúde inclui um amplo espectro de fatores e determinantes relacionados à qualidade de vida como paz, ecossistema estável, padrão adequado de alimentação e habitação, chances de trabalho, oportunidades de educação ao longo da vida, apoio social tanto para indivíduos como para grupos de familiares, estilo de vida saudável, recursos sustentáveis, entre outros (Buss et al.,1998 p.12; Buss, 2003 p.19; OMS, 1986; OPS, 1996 p.367).

Nesse sentido, é possível afirmar que a saúde não pode mais ser entendida apenas a partir do próprio campo da saúde³ e que sua promoção depende de uma ampla atuação que considere todos os elementos essenciais para incrementar a qualidade de vida e a cidadania. Assim, a cidadania estaria relacionada à idéia que vem sendo formulada a partir do final do século XX, sobre os chamados “direitos de terceira geração” (Vieira, 2002 p.23), que tratariam não apenas dos direitos do indivíduo, mas da noção de coletividades éticas da própria humanidade; além dos direitos civis, políticos e sociais que foram sendo conquistados e assumidos pelas sociedades ao longo da história (Carvalho, 2002).

É inegável que concretizar a Promoção da Saúde, nos dias atuais, representa um grande desafio para a saúde mundial de todas as nações, sobretudo dos países em desenvolvimento, pois promover a saúde compreende um amplo espectro de conceitos e de práticas multidimensionais, interdisciplinares e inter-setoriais.

Faz-se necessário refletir sobre a construção de um conhecimento educativo fundamental para promover a saúde, concebida para a emancipação, a autonomia e a reflexão crítica dos sujeitos e coletivos, onde o diálogo e a participação destacam-se como elementos pedagógicos desse processo.

³ Convém ressaltar que essas considerações não desobrigam o Estado de suas responsabilidades em assegurar os avanços conquistados e de investir em políticas públicas a fim de garantir o bem-estar a toda população. Nem tão pouco, exime o setor saúde de suas atribuições e da necessidade de buscar novos processos assistenciais que promovam a saúde.

2.3

O Movimento Internacional de Promoção da Saúde de 1988 a 2005

Seis conferências internacionais sobre este tema, de maior ou menor porte, foram realizadas após a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde com o objetivo de ampliar as discussões e os desdobramentos teórico-práticos e suas implicações para as políticas públicas, nos anos seguintes.

Neste momento, não é necessário descrevê-las detalhadamente, mas merecem destaque por contribuírem para o desenvolvimento conceitual e a articulação das propostas de Promoção da Saúde na agenda política de chefes de Estado e gestores de diferentes instâncias de poder no mundo inteiro. Apesar de não terem força de lei, as Cartas e Declarações, patrocinadas por alguns países interessados e, sobretudo, pela Organização Mundial da Saúde/Sede Regional da Europa e pela Organização Pan-Americana da Saúde, reafirmam o que há muito vem sendo dito sobre o papel da doença como fonte de iniquidades e obstáculos para o desenvolvimento humano e a justiça social, bem como constituem protocolos de intenções entre estes países e os organismos multilaterais das Nações Unidas (Rabello, 2006).

De modo axiológico, pode-se afirmar que estes documentos expressam o sentido da saúde para indivíduos e coletivos, como premissa para potencializar seu bem-estar, buscando expressar como indissociável o que nos constitui como seres humanos: o biológico, o subjetivo, o simbólico e o social. Não obstante possam apontar avanços, é importante dizer que todos esses documentos foram gerados num contexto mundial de globalização e de expansão de regimes neoliberais que se intensifica a partir dos anos 80 e 90, período em que os discursos sobre a Promoção da Saúde marcam o pensamento sanitário internacional, sobretudo dos países desenvolvidos.

Embora não seja objeto desta tese discutir o processo de globalização e seus efeitos para a sociedade em geral, a globalização em curso é decorrente do liberalismo contemporâneo e suas conseqüências são sentidas de forma peculiar por diferentes governos e povos, configurando, portanto, um contexto da Promoção da Saúde. Definida como um fenômeno mundial multifacetado, a globalização vem transformando dimensões da vida econômica, social, política,

religiosa, jurídica e cultural em contextos internacionais, nacionais e locais (Santos, 2002; Corrêa, 2003).

Admite-se hoje que está associada a fatores econômicos, financeiros, migratórios, comunicacionais e culturais representados no cenário mundial pela aceleração das transações internacionais, pela quebra de fronteiras geográficas, por inovações tecnológicas, por imenso intercâmbio de informações e conhecimentos. Sem esgotar a reflexão sobre o processo de globalização, Fiori (1997; 1998) nos ensina que este não é um movimento novo, pois o próprio capital já nasceu global. O atual “apetite” voraz do mercado, ao expandir e imputar seus produtos ao mundo inteiro, tem transformado a lógica das relações humanas, que devem ser pautadas sobre as dimensões sociais, éticas e culturais, na lógica do econômico; onde tudo ou quase tudo o que nos constitui como seres humanos transforma-se em mercadoria influenciando as dimensões individual e coletiva de nossas vidas.

Em decorrência, o reflexo deste fenômeno sobre a saúde das populações tem sido objeto de inúmeras discussões. Muitos autores (Fiori, 1997; Tavares & Fiori, 1998; Hirst & Thompson, 1998; Canclini, 2003) alertam que o processo de globalização não é global; não é redistributivo, nem inclusivo, tampouco promove a transferência de investimentos, poderes, recursos e empregos, melhor qualidade de vida dos países ricos para os países em desenvolvimento, o que exige de nós ampliarmos nosso espectro de conhecimento e compreensão sobre os efeitos desse fenômeno sobre e para a saúde das pessoas.

A II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, foi realizada na Austrália, em 1988. Nela, redigiu-se a “Declaração de Adelaide”, cujo tema central foi a defesa das políticas públicas saudáveis e o compromisso com a equidade no acesso a bens e serviços existentes nas sociedades, a fim de permitir a todos melhorar suas condições de vida e saúde:

Healthy public policy is characterized by an explicit concern for health and equity in all areas of policy and by accountability for health impact. The main aim of health public policy is to create a supportive environment to enable people to lead healthy lives. Such a policy makes health choices possible or easier for citizens. It makes social and physical environments health enhancing. In the pursuit of healthy public policy, government sector concerned with agriculture, trade, education, industry and communications need to take into account health as an essential factor when formulating policy. These sectors should be accountable

for the health consequences of their policy decisions. They should pay as much attention to health as to economic considerations (WHO, 1988).⁴

As políticas públicas saudáveis reafirmam a necessidade de ir além dos cuidados de saúde e a importância da noção de intersetorialidade⁵. Outra recomendação diz respeito à ação comunitária e ao papel da educação formal no sentido de “reorientar currículos” (Brasil, 2002, p.36) para valorizar a criação de ambientes saudáveis e desenvolver competências para saber lidar com esse campo, que é ao mesmo tempo desconhecido, mas que se faz necessário para lograr a promoção da saúde em sociedades complexas.

Apesar da importância do tema, muitas questões permanecem como desafios a serem incorporados ao campo da Promoção da Saúde, ainda que não sejam abordados nesta tese: como trabalhar com a intersetorialidade se nossas relações estão pautadas por uma racionalidade fragmentada, por relações de poder hierarquizadas? Como identificar os atores-chave para mediar a formulação de políticas públicas saudáveis envolvendo diferentes setores e instâncias de poder? (Westphal, 2004); Como pensar a educação no contexto da intersetorialidade para ter impacto sobre a saúde da população?

A Declaração de Sundsvall representa o documento oficial da III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Ambientes Favoráveis à Saúde, realizada em junho de 1991 na Suécia. O propósito foi chamar a atenção do mundo para o tema do ambiente (nas suas dimensões físicas, naturais, sociais, econômicas, políticas e culturais) e as consequências de sua degradação para a saúde das populações. Reconhece que as sociedades globalizadas têm um papel

⁴ A política de saúde pública é caracterizada por uma preocupação explícita com a saúde e equidade em todas as áreas da política e pela responsabilidade final pelo impacto na saúde. O objetivo principal da política de saúde pública é criar um ambiente de apoio para permitir que as pessoas tenham vidas saudáveis. Tal política torna as escolhas na saúde possíveis ou mais fáceis para os cidadãos. Ela faz com que os ambientes físicos e sociais estimulem a saúde. Na busca de uma política pública de saúde, o setor do governo voltado para a agricultura, comércio, educação, indústria e comunicações precisa levar em conta a saúde ao formular suas políticas. Esses setores devem ser responsabilizados pelas consequências na saúde de suas decisões políticas. Eles devem dispensar tanta atenção à saúde quanto dispensam às questões econômicas (Organização Mundial da Saúde).

⁵ Ressalta-se que a intersetorialidade é um tema discutido desde a Conferência de Alma-Ata ao afirmar que: “a conquista do mais alto grau de saúde exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde” (WHO, 1978; BRASIL, 2002 p. 9). Esta conferência foi realizada na ex-União das Repúblicas Socialistas Soviéticas/URSS, no ano de 1978 na cidade de Alma-Ata, com o patrocínio e a presença dos Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde.

importante na preservação, sustentabilidade e criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde (OMS/WHO, 1991), por entender que “ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis” (*Op.cit.*, 1991; Brasil, 2002 p.41; Buss, 2003, p.30) para o desenvolvimento humano e qualidade de vida dos povos e nações.

A conferência resgata “o reforço da ação comunitária”, citado na Carta de Ottawa (OMS, 1986), como uma das propostas de ação que pode, também, ser desenvolvida para a promoção de ambientes favoráveis à saúde. Reforça a dimensão educativa ao explicitar a necessidade de capacitar e reconhecer o conhecimento, em especial das mulheres, para adquirirem poder e controle sobre sua saúde e o meio ambiente “através da educação e maior participação nos processos de tomada de decisão” (OMS, 1991, p. 4; Brasil, 2002 p.43).

O quarto evento foi realizado na Colômbia em 1992. Na realidade é conhecido como a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na América Latina, cujo documento final é a Declaração de Santafé de Bogotá que marca as discussões sobre o tema no contexto dos países latino-americanos em desenvolvimento. Denuncia as situações de iniquidades e de injustiça social e de saúde que caracteriza a maioria desses países e aponta para a necessidade de contextualizar os preceitos da Promoção da Saúde à realidade específica das nações latino-americanas.

Apesar dos avanços, o debate permanece apontando para as tensões sobre o que significa e quais as reais possibilidades de um modelo de Promoção da Saúde frente a realidades tão distintas dos países desenvolvidos. Como as demais conferências, conclama a educação como uma das estratégias para diminuir as injustiças sociais em saúde. Em particular, destaca que a informação e o conhecimento são instrumentos para a participação e para a mudança de estilo de vida saudável individual e coletivo (BRASIL, 2002).

Diante de tais afirmações cabe, então, questionar quais as concepções de educação podem contribuir para a Promoção da Saúde tendo em vista nossas realidades?

Outro documento é a “Declaração de Jacarta - Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde no Século XXI” (OMS, 1997). Nela, estão representadas as intenções da IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no ano de 1997 na Indonésia, na cidade de Jacarta.

A leitura sobre as recomendações do documento aponta em duas direções consideradas essenciais para lograr a Promoção da Saúde.

A primeira reitera a importância de trabalhar de forma articulada os cinco campos de ação da Promoção da Saúde, sancionados em Ottawa, em oposição a um enfoque fragmentado pelo emprego de estratégias focais. A segunda recomendação diz respeito aos determinantes da saúde (Brasil, 2002), no entanto estes são abordados de forma ampla e pouco específica sobre o que representam no cenário globalizado das sociedades e como podem contribuir efetivamente para promover a equidade social e saúde para todos. Desde a publicação do Relatório Lalonde (1974) a discussão sobre os determinantes sociais da saúde vem sendo aprofundada no âmbito internacional e nacional com críticas e adesões sobre suas implicações e sobre como a Promoção da Saúde pode estar orientada a intervir sobre os determinantes sociais da saúde (Akerman, 2004).

A Conferência de Jacarta reiterou o interesse pela educação como orientadora de estratégias e ações de Promoção da Saúde, destacando a participação popular e o *empowerment*, ainda que não mencione o termo, “para aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo” (OMS, 1997, p.4), estabelecendo uma relação entre adquirir habilidades e conhecimentos para intervir sobre os determinantes da saúde.

A Quinta Conferência Global sobre Promoção da Saúde, realizada na cidade do México/México entre os dias 5-9 de junho de 2000, redigiu o documento internacional intitulado Declaração do México. Entre os temas discutidos pelos participantes, ministros de Estado da Saúde que assinaram esta declaração destaca-se que a Promoção da Saúde deve ser considerada como uma “prioridade fundamental das políticas e programas públicos locais, regionais, nacionais e internacionais” (OMS, 2000 p.1) visando à equidade em saúde, além do compromisso com o desenvolvimento da “participação ativa de todos os setores e da sociedade civil na implementação das ações de Promoção da Saúde que fortaleçam e ampliem as parcerias na área da saúde” (OMS, 2000 p.2).

No documento observa-se que a participação é evidenciada apenas no nível macro dos espaços e formas de articulação do Estado e com a sociedade civil, sem reconhecer a dimensão da participação dos indivíduos, como sujeitos sociais e protagonistas dos programas e políticas de Promoção da Saúde, que

tenham como referência a descentralização do poder e a socialização dos recursos, estratégias e ações de saúde.

A dimensão individual da participação visa a emancipação e a autonomia dos sujeitos, mas para tal deve conceber como fundamento suas práticas sociais e considerar os interesses em promover a saúde do ponto de vista das pessoas. Esses elementos podem criar possibilidades para construir uma subjetividade coletiva que os tornem capazes de identificar e lutar pela melhoria de sua saúde individual e coletiva.

O último documento a ser analisado é a Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde no Mundo Globalizado, representando a VI Conferência Internacional sobre o tema, foi realizada em agosto de 2005, na cidade de Bangkok, na Tailândia. O documento reafirma a definição sobre a Promoção da Saúde redigida pela Carta de Ottawa e ressalta as recomendações das conferências anteriores. Destacam-se as discussões sobre os desafios de promover saúde num mundo globalizado, de modo a posicionar a saúde como uma responsabilidade central de todos, governos, organizações internacionais, setor privado, sociedade civil, ONG e comunidades. As recomendações sobre a educação são pouco específicas, referem-se à sociedade civil em geral, e apontam o *empowerment* comunitário como a “chave do sucesso” (OMS, 2005) sem, contudo, acrescentar novos elementos para realizar a educação no campo da Promoção da Saúde.

2.4

Por que é necessária uma Educação Crítica no campo da Promoção da Saúde?

Vimos na breve descrição das Cartas e Declarações de Promoção da Saúde que a educação é um tema presente. Os documentos expressam diferentes dimensões da educação, sendo esta identificada nos processos de *empowerment*, individual e comunitário; no reforço da ação comunitária; no desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais; na participação popular; como opção de estilos de vida saudável; na capacitação da população para tomar decisões favoráveis à sua saúde e para participar no processo de decisão política, entre outros.

O documento de Ottawa, ao definir Promoção da Saúde “como o processo de capacitação de indivíduos e coletivos para atuarem na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse

processo” (OMS, 1986; OPS, 1996; Brasil, 1996/2002), já ressaltava, conforme visto, a importância da educação neste campo uma vez que entende que a saúde é um recurso para a vida inteira e não um objetivo a ser alcançado apenas quando se está doente: “*health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capabilities*” (OTTAWA CHARTER, 1986 *apud* Kickbusch, 2003, p.384).⁶

Nesta perspectiva, saúde não é um objetivo estático; é processual, refere-se a “graus” de um processo de desenvolvimento que pode estar vinculado à perda, ao equilíbrio ou ao ganho de saúde ao longo da vida. Nesse sentido, aponta para a necessidade de construção de consciência crítica que também ocorre em níveis, em graus de aprendizagem sobre a realidade social, sobre si mesmos, e sobre os limites e possibilidades de cada um com sua saúde, como também inclui as responsabilidades do Estado em possibilitar qualidade de vida para a população. Essa consciência crítica, assim construída, é geradora do *empowerment* decorrente do processo de participação com sua conseqüente dialogicidade, sobretudo na ocorrência de processos educativos.

Um dos fundamentos da Teoria Educacional Crítica refere-se à construção de processos auto-reflexivos: a compreensão, a capacidade de comunicação e organização do conhecimento dirigido para a práxis, pelos indivíduos. Esse movimento dos sujeitos não elimina deste processo, a consciência de limites, porque há, na ordem social, determinados aspectos da realidade que não podem ser transformados sem que haja uma “consciência consensual” da maioria (Vázquez, 2007).

Na Carta de Ottawa, acima referida, observa-se a presença da educação, expressa na importância da participação ativa da população como um dos elementos essenciais para sua operacionalização:

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos (OMS, 1996, p.370).

⁶ “saúde é um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas”. (CARTA DE OTTAWA, 1986 *apud* Kickbusch, 2003, p.384).

Como apontado na introdução desta tese, o educador Paulo Freire, ao longo de sua obra, enfatizou a importância do diálogo e da participação como elementos pedagógicos do processo educativo: “o diálogo consiste em uma relação horizontal e não vertical, entre as pessoas implicadas, entre as pessoas em relação” (Freire, 1993 *apud* Gadotti, 2000 p.103).

O diálogo pedagógico a que Freire se refere visa oportunizar a participação de todos os envolvidos e implica em um saber crítico que possibilite uma práxis, uma ação-reflexão, também crítica, portanto a dialogicidade. É através do diálogo e da participação que o conhecimento apreendido, o conteúdo ou objeto cognoscível constrói-se, gerando novas formas de conhecimento a partir das experiências vividas. Nesse processo de aprendizagem todos são sujeitos e as relações entre indivíduos e sociedade são indissociáveis (Freire, 1993/1999).

Se a definição de Promoção da Saúde é entendida como processo de capacitação que permite às pessoas adquirir maior controle sobre sua saúde e o meio ambiente, significa que do ponto de vista educacional, há necessidade de mudanças no estilo de vida e nas condições de vida da população e da sociedade no sentido amplo. Para tal, implicaria não somente adquirir um conhecimento, mas desenvolver habilidades pessoais e sociais de modo a lidar com os determinantes da saúde e saber eleger e fazer escolhas com liberdade, que sejam favoráveis à saúde e à qualidade de vida, o que constitui o *empowerment*, individual e comunitário.

Nessa direcionalidade, o diálogo pedagógico exige uma abordagem educacional que possibilite o exercício da aprendizagem transformadora das atitudes dos indivíduos e da comunidade.

Ressalta-se, porém, que o processo de capacitação na pedagogia tradicional associa-se à proposta de transmissão: a idéia de que existe alguém que ensina o outro a aquisição de conhecimentos para moldar e adaptar suas vidas, a fim de atender aos ditames da educação atual, contrariamente aos ideais da teoria educacional crítica, na qual o valor da educação está na formação de sujeitos críticos por meio da construção de conhecimentos, saberes e habilidades para lidarem, no caso da saúde, com a multiplicidade e a diversidade de fatores existentes nas sociedades contemporâneas. Nesse sentido, é a possibilidade de construir conhecimentos por meio da formação crítica de saberes e práticas que podem contribuir à integridade da humanidade na perspectiva de uma melhor

qualidade de vida, o que reforça a necessidade da educação crítica no campo da Promoção da Saúde.

Assim, a capacitação de sujeitos, voltada para saúde, requer a compreensão que a educação ocorre na forma de processo, onde aprender implica em construir e não em adquirir conhecimentos, significa desenvolver habilidades pessoais e sociais, e não adaptar ou reproduzir comportamentos e atitudes. Estes, no entanto, só terão significado do ponto de vista da aprendizagem, se forem ressignificados no contexto da vida sócio-cultural dos indivíduos e grupos de indivíduos.

Faz-se necessário, então, distinguir entre o “conhecimento-regulação” e o “conhecimento-emancipação” (Santos, 2001, p.78-83). O primeiro concebe o outro como objeto e, conseqüentemente, não o reconhece como sujeito; nele, o conhecimento é um princípio de ordem sobre as coisas e os outros. Já no “conhecimento-emancipação”, conhecer é reconhecer e implica progredir no sentido de elevar o outro da condição de objeto à condição de sujeito, onde esse “conhecimento-reconhecimento” fortalece o processo educativo pela via da “solidariedade” (Santos, 2001, p.29-30), conforme a configuração da proposta de Teoria Educacional Crítica.

O reconhecimento do outro como sujeito e a valorização de suas experiências vividas devem estar presentes em todo processo educativo, inclusive em saúde, pois o conhecimento só tem significado quando gera experiências de aprendizagem criativas e críticas em conexão com a expectativa e a vida dos “sujeitos aprendentes” (Assmann, 1998), com o que as pessoas pensam, sentem e sabem.

É importante afirmar que mudar as condições sociais de saúde e estilos de vida, individual e coletivo, não é algo que se possa imputar pela simples aquisição de conhecimentos ou prescrição de hábitos e condutas para se viver melhor e com mais saúde. A saúde e, conseqüentemente, determinados hábitos de saúde têm raízes na teoria e na história das civilizações (Rosen, 1984) e estão associados com relações culturais, educacionais e, também, com o desenvolvimento econômico, político e de estruturas sociais, com condições de vida que favoreçam mudanças comportamentais (Lupton, 1999). Não se trata de automatizar novos hábitos saudáveis, mas sim de construí-los, conscientemente, por meio de

métodos educacionais que favoreçam essa transformação, tal como proposto na Teoria Educacional Crítica.

Portanto, propor mudança de estilos de vida saudável, sobretudo para populações marginalizadas e excluídas do processo de desenvolvimento social, econômico e educacional exige uma reflexão aprofundada sobre o que molda suas escolhas e porque muitas vezes elas escapam ao controle e ao desejo individual (Lupton, 1995; 1999) e como estão relacionadas com o entorno de vida das pessoas, com desigualdades sociais e de saúde e outras questões que são de interesse essencial para as iniciativas de Promoção da Saúde.

Nos anos 1980 e 1990, surgem as primeiras críticas aos limites teóricos e práticos sobre o tipo de abordagem em Promoção da Saúde centrada na mudança de estilo de vida individual, que ficou conhecida como “vertente behaviorista da Promoção da Saúde”. A abordagem behaviorista da Promoção da Saúde tem como referência o Relatório Lalonde, que foi publicado em 1974 pelo Ministério do Bem-Estar e Saúde do Canadá. O documento definiu o conceito de “Campo de Saúde”, cujo objetivo era elaborar um mapa sobre os problemas de saúde da população canadense, a partir de quatro componentes: biologia humana, saúde física e mental; meio ambiente natural e social; estilo de vida, centrado em decisões e comportamentos individuais para o controle da própria saúde e organização da atenção à saúde, voltada para recursos humanos e materiais (OPS, 1996 p. 3-5).

Este modelo tecnológico de saúde intrujava intervenções no nível individual, no qual o objetivo final visa à mudança nos hábitos de vida da população, acreditando que apenas a adoção de estilos de vida saudável fosse capaz de alterar o panorama da saúde.

Não resta dúvida que este modelo encontrou campo fértil para a expansão do ideário neoliberal no campo da saúde, reafirmando as premissas de bem-estar social mínimo, desviando do Estado a responsabilidade pela expansão das políticas públicas de saúde além de alimentar um mercado que fomenta o consumo de necessidades e estimula toda sorte de desejos que almejam a saúde ideal.

No nível individual, este modelo em nome da autonomia, de uma vida mais saudável; da liberdade como qualidade de vida; e da emancipação como capacidade de reflexão crítica, por meio do diálogo e da participação, transfere

para a esfera da vida privada a responsabilidade sobre o controle de sua saúde. Interferindo sobre sua psique, provoca-se o fenômeno da “culpabilização das vítimas” (“*blaming the victims*”). Com isso, não só exclui a possibilidade de crítica sobre a crise da sociedade atual, sobretudo da saúde e de sua práxis educativa, como também o questionamento do poder que nos é delegado, que realmente temos para modificar as estruturas de poder que multiplicam mecanismos de controle que regulam com sofisticação nossa capacidade de crítica individual e coletiva.

As estratégias derivadas dessa abordagem vêm obtendo um impacto muito reduzido sobre os grupos mais pobres da população que não conseguem mudar as condições de suas vidas (Carvalho, 2004) sem o acesso a bens materiais e serviços sociais básicos, de modo a auxiliá-los a suprir eventuais necessidades e superar dificuldades para adotarem práticas saudáveis de vida. Por outro lado, os grupos mais favorecidos tampouco respondem favoravelmente a elas.

Estas estratégias aumentam seu potencial quando conectadas com a educação, com abordagens orientadas pela Teoria Educacional Crítica, cujo objetivo é restabelecer o potencial crítico emancipatório da educação. Apesar de considerar as especificidades do campo da saúde, é inegável o vínculo entre esses dois saberes, pois todo ato em saúde é um ato educativo, o que implica a inclusão da Promoção da Saúde.

Há na proposição da Promoção da Saúde um caráter pedagógico que envolve dimensões do conhecimento científico e popular, da cultura, não sendo possível pensá-lo sem considerar um enorme arcabouço de questões como valores, escolhas, desejos, inclinações, necessidades, singularidades, poder e conflitos individuais e coletivos. Estes poderão ser incorporados ou descartados pelas pessoas ao longo do processo de aprendizagem, de construção de conhecimentos sobre sua saúde e o meio ambiente.

Uma leitura ingênua ou uma aproximação pouco crítica dos propósitos da Promoção da Saúde pode seduzir o leitor e ou os profissionais de saúde a imaginarem que o processo educativo em saúde é simples.

É preciso lembrar que estamos lidando com dois campos complexos, com o da educação e o da saúde. Não basta reproduzir o saber técnico ou adotar práticas verticais visando repassar/transmitir conhecimentos prontos e acabados (Freire, 1993; Gadotti, 2001) sobre saúde e qualidade de vida. Estes não serão

incorporados sem resistências, conflitos ou sem as subjetividades culturais, pessoais e ou coletivas, próprias das experiências da doença ou de se sentir saudável.

Embora de difícil definição, dado os múltiplos significados que a educação comporta atualmente, na perspectiva tradicional esta sempre se preocupou com a transmissão de conhecimentos e com a assimilação pelos indivíduos de valores e modos de agir, para desenvolver competências e hábitos institucionalmente consolidados. Dessa forma, pretendendo adaptar o ser humano a uma racionalidade objetivada em normas e padrões que moldam formas de agir e pensar de indivíduos e coletivos, a fim de atender às finalidades de uma determinada sociedade. Este comportamento está presente no cotidiano dos serviços de saúde.

Todavia, os ideais emancipatório e libertador da educação, formal ou não-formal, sempre estiveram presentes ao longo da história da pedagogia, significando resistência e inovação aos processos de dominação cultural (Giroux, 1986/1997; Maclaren, 1997). O que enseja a possibilidade de buscas por teorias críticas.

Nesta perspectiva a educação não é neutra, é uma prática social permeada de intenções, subjetividades e fins. É uma atividade humana construída historicamente, constituindo um *ethos* sociocultural, um modo de ser e viver, tanto quanto a saúde, que não é apenas ausência de doença, conforme argumentado na discussão anterior.

Partindo dessa linha, a educação em Promoção da Saúde deve ser fundamentada numa concepção de educação crítica para capacitar indivíduos e comunidades, cuja formação não visa apenas memorizar conceitos e saberes instrumentais sobre saúde, mas sim, serem capazes de desenvolver habilidades e competências para saber acessar, decodificar, manejar e, se necessário, criticar informações e conhecimentos sobre sua saúde e o meio ambiente.

Pensar uma proposta educativa na perspectiva da Promoção de Saúde exige o reconhecimento de pelo menos, as proposições que seguem:

- O campo educativo situa-se numa área que sofre interações e influências de outras áreas;
- A educação compreende um conjunto de processos formais e não-formais, intencionais ou não, sistematizados ou não, que contribuem para o desenvolvimento e inserção social das pessoas; e
- A educação é entendida como um processo que envolve reflexão crítica e, portanto, reconhece as diferenças individuais e coletivas de todos os sujeitos envolvidos, equipe de saúde, usuários dos serviços e seu entorno.

Nessa perspectiva, a Teoria Educacional Crítica parece-nos a mais adequada para o atendimento às exigências da práxis do campo da Promoção da Saúde, acima referidas, porque atua na construção consciente desses objetos mediando-os com a realidade social, capacitando indivíduos e coletivos à transformação pessoal e comunitária.

3 Marco Teórico Conceitual

3.1 A Teoria Educacional Crítica e a fundamentação teórica da tese

A construção de um pensamento educacional crítico vem sendo elaborada por educadores, historiadores, sociólogos, filósofos e por todos aqueles que argumentam e intervêm a favor de uma educação que amplie as capacidades humanas a fim de promover a liberdade, a autonomia e a emancipação de sujeitos e coletivos.

A teoria educacional crítica reconhecida também como “pedagogia crítica”, surgiu na segunda metade do século XX. Partindo de uma análise crítica das realidades sociais, tinha como objetivo questionar a ideologia e a prática da educação tradicional e a suposta neutralidade de seus fundamentos visando à transformação das desigualdades socioculturais. É importante destacar que uma de suas fundamentações filosóficas é a Teoria Crítica da Escola de Frankfurt, localizada no Instituto de Pesquisas Sociais/*Das Institut für Sozialforschung*, fundado por Felix Weil na cidade de Frankfurt, na Alemanha, no dia 03 de fevereiro de 1923.

Inicialmente, a linha de investigação do instituto centrava-se em análises socioeconômicas, mas foi somente a partir de 1930 sob a direção de Max Horkheimer, que o campo de investigação alastra suas fronteiras para outras esferas da vida social, constituindo o que se denominou por Teoria Crítica, também conhecida como Teoria Crítica Social ou Teoria Crítica da Sociedade. Suas formulações estão invariavelmente relacionadas à construção de determinadas formas de conhecimento inerente às idéias de esclarecimento e emancipação, na qual os sujeitos são capacitados para se libertar das coerções, ocultas ou não, impostas pela sociedade, para que possam reconhecer e lutar por seus verdadeiros interesses (Geuss, 1988).

Geuss (1988, p.8) esclarece que para a Escola de Frankfurt, uma teoria crítica é constituída por três elementos:

1. teorias críticas guiam a ação humana no sentido de construir esclarecimento entre aqueles que a defendem, capacitando-os a eleger quais são seus verdadeiros interesses; são inerentemente emancipatórias, libertam as pessoas de um tipo de

coerção, total ou parcial, a autofrustração da ação humana consciente; 2. teorias críticas têm conteúdo cognitivo, isto é são formas de conhecimento; 3. teorias críticas diferem epistemologicamente de teorias em ciências naturais, de maneira essencial. As teorias em ciências naturais são “objetificantes”; as teorias críticas são “reflexivas”.

Todavia, há diferenças entre a Teoria Crítica, desenvolvida pela Escola de Frankfurt, e a que se denominou de Teoria Educacional Crítica (TEC), apropriada pelo campo da educação para a teorização de uma pedagogia crítica. Antes de refletirmos sobre a Teoria Educacional Crítica vamos apresentar um breve histórico da Escola de Frankfurt e alguns princípios que fundamentaram sua Teoria Crítica.

O termo Escola de Frankfurt não surgiu originalmente como tal. Esse termo diz respeito a um grupo de intelectuais e à elaboração de uma teoria social, simultaneamente (Freitag, 1990). Sua origem pode ser compreendida a partir da criação do Instituto de Pesquisa Social/*Institut fuer Sozialforschung*, conforme visto anteriormente, que embora tivesse autonomia financeira e acadêmica para desenvolver suas pesquisas, manteve-se vinculado à Universidade de Frankfurt até 1933. Assim, é provável que o nome Escola de Frankfurt tenha sido cunhado dessa associação.

A definição dos rumos teóricos e investigativos da Escola de Frankfurt surge, contudo, somente após a publicação dos trabalhos mais significativos de seus principais filósofos: Max Horkheimer, Theodor Wiesengrund-Adorno, Herbert Marcuse, Walter Benjamin e o contemporâneo Jürgen Habermas.

A história da fundação e da consolidação do Instituto de Pesquisa Social reflete, através do pensamento crítico de seus colaboradores, o significado das transformações políticas, históricas e culturais da sociedade européia do século XX. Esta sociedade viveu a ascensão, a consolidação e a queda de regimes autoritários como o nazismo e o stalinismo e, posteriormente, o conflito conhecido como Guerra Fria, além de presenciar o início de um processo de cooptação da classe operária à ideologia capitalista.

Seus temas de interesse permanecem atuais ainda hoje, nas sociedades contemporâneas, uma vez que a Teoria Crítica aponta para um caminho de investigação, permitindo examinar e confrontar teoria e realidade, a fim de desnudar os mecanismos de dominação e alienação da sociedade. Segundo eles, o modelo de sociedade, que se consolidou, constitui-se de uma racionalidade

instrumental que perpassa a construção do indivíduo, da cultura, das relações sociais e de produção, que foram capitaneadas pelo desenvolvimento científico e tecnológico e pela economia capitalista, provocando mudanças para a sociedade e profundas transformações no indivíduo.

Não obstante, tão ou mais importante que conhecer sua história, é compreender o que diversos autores afirmam, que não há um pensamento homogêneo sobre a produção científica desenvolvida pela Escola de Frankfurt ou uma definição precisa sobre a Teoria Crítica por eles elaborada, pois ao contrário do que muitos imaginam, havia divergências políticas e diferenças no que concerne ao pensamento teórico sobre a realidade por eles investigada (Freitag 1990; Giroux, 1986; 1997; MaClaren 1997).

Apesar disso, a construção “do termo Escola de Frankfurt ou a concepção de uma Teoria Crítica” (Freitag, 1990 p.33) foi possível pela capacidade intelectual e pela liberdade de pensamento crítico e dialético de seus colaboradores e, sobretudo, pela competência dialógica que tinham para questionar os pressupostos e o aporte conceitual adotados por cada um de seus membros.

Em uma perspectiva crítica, a matriz conceitual do pensamento frankfurtiano visava teorizar sobre o esclarecimento e a emancipação dos sujeitos, tomando por base categorias situadas em contextos históricos contingentes, mediados por relações de dominação e subordinação. Seu propósito era “repensar e reconstruir radicalmente o significado da emancipação humana, um projeto que diferia consideravelmente da bagagem teórica do marxismo” (Giroux, 1986 p.21), pelo fato de não mais acreditar no poder revolucionário da classe operária de se erigir contra o poder do capitalismo.

Em decorrência deste fato, a linha de pesquisa da Escola de Frankfurt deslocou o foco sobre a economia e passou a valorizar questões sobre a subjetividade e as esferas da cultura e da vida cotidiana como um novo campo de pesquisa sobre dominação.

No entanto, o legado teórico dessa Escola é muito mais amplo do que as questões aqui anunciadas, pois se reflete sobre vários campos do saber. Porém, nessa breve aproximação, vamos nos ater em algumas categorias: a crítica da razão instrumental, a noção de teoria e a noção de cultura com o objetivo de criar uma aproximação, ainda que resumida, com a Teoria Educacional Crítica.

Antes de prosseguirmos é importante esclarecer que, ao final deste tópico, não teremos uma definição precisa do que é a Teoria Crítica segundo a Escola de Frankfurt. Isto se deve ao fato de que ela representa o trabalho teórico de vários pensadores que, ao mesmo tempo, compartilharam e divergiram em vários pontos de vista. Isso se deu, principalmente, porque o conceito de Teoria Crítica não é uma construção de conceitos homogêneos e postulados prontos ou acabados; justamente porque parte do seu objeto de investigação diz respeito a si mesma, refletindo uma crítica à ideologia e ao conhecimento que constitui a própria sociedade em constante transformação, constituindo-se, ela própria, a Teoria Crítica, em auto-referente da realidade:

refere-se à natureza de crítica autoconsciente e à necessidade de se desenvolver um discurso de transformação social e de emancipação que não se afigure dogmaticamente a seus próprios princípios doutrinários (Giroux, 1986 p.22).

Não obstante se afirme que não há uma definição exata sobre a Teoria Crítica da Escola de Frankfurt, cabe ilustrar que uma de suas preocupações era compreender os rumos, os desvios pelos quais, a humanidade se auto-conduzia em decorrência do desaparecimento das forças críticas cooptadas pelo capitalismo, que levaram a autodestruição do esclarecimento, o que torna secundária a necessidade de uma delimitação conceitual para sua abrangência:

A liberdade na sociedade é inseparável do pensamento esclarecedor. Contudo, acreditamos ter reconhecido com a mesma clareza que o próprio conceito desse pensamento, tanto quanto as formas históricas concretas, as instituições da sociedade com as quais está entrelaçado, contêm o germe para a regressão que hoje tem lugar por toda parte. Se o esclarecimento não acolhe dentro de si a reflexão sobre esse elemento regressivo, ele está selando seu próprio destino (Horkheimer & Adorno, 1985, p.13).

Guiados pela crítica ao conceito de razão instrumental e suas conseqüências negativas para a sociedade, tinham por interesse investigar o “caráter destrutivo e limitador da razão” (Mühl, 2003 p. 141). Acreditava-se ser possível transformar a sociedade e o indivíduo contemporâneos, resgatando a dimensão emancipatória do esclarecimento, em constante movimento, de acordo com o desenvolvimento da própria realidade.

Em suma, permanecemos sem respostas a perguntas que ainda hoje são atuais: o que fizemos com as promessas anunciadas pela modernidade, fundadas

na utopia de um mundo melhor no qual desfrutaríamos de felicidade? O que aconteceu com nossa racionalidade, cujas pretensões calcadas num projeto de razão iluminista, seriam a de nos constituirmos como sujeitos autônomos, reitores dos nossos destinos? Por que, mediados pelo poder, não fomos capazes de nos emancipar da ignorância e da violência e, por fim, nos libertarmos dos sofrimentos e do medo da destruição e da nossa própria desumanização e indiferença ao outro? Como resgatar, agora, a dimensão emancipatória da razão, uma vez que tudo em nossas vidas “*parece*” estar impregnado por uma razão instrumental? (Adorno & Horkheimer, 1985; Prestes, 1996; Silva, 2001; Sgró, 2007; Oliveira, 2007).

Nessa linha, Mühl (2003, p. 136) esclarece que para Adorno e Horkheimer:

O sentido fundante da modernidade é o domínio sobre toda a natureza externa objetivada e a natureza interna reprimida, constatando que a razão - que havia surgido como o recurso capaz de solucionar os problemas humanos - transformou-se num mecanismo de destruição da humanidade. Na modernidade, toda a racionalidade foi submetida aos ditames da racionalidade instrumental, cuja expressão teórica suprema é a própria ciência moderna, o que, entendida positivamente, troca toda a aspiração do conhecimento do mundo por sua utilização técnica.

A razão é um tema recorrente na obra dos frankfurtianos, principalmente para Horkheimer e Adorno. Pensar sobre seu movimento dialético e o significado de suas transformações para o mundo moderno foi uma reflexão sempre presente no pensamento desses filósofos alemães. Para eles, a origem da Modernidade ocorre quando o homem estabelece, a partir da razão, a capacidade de controlar e dominar a natureza externa e o próprio homem.

A racionalidade ocidental levou à instrumentalização da razão que, traindo-se a si mesma no seu projeto inicial, vai perdendo sua outra dimensão, a de uma racionalidade crítico-emancipatória, cujo fim era libertar os homens e a sociedade (Freitag, 2004). É necessário, então, resgatar, criar capacidades de crítica e reflexão para preservar as promessas de felicidade entre os homens e de uma sociedade mais justa.

Para Adorno e Horkheimer, a razão instrumental penetrou em todos os níveis da cultura. Ao embrenhar-se em todas as esferas da vida cotidiana,

transformou nossa subjetividade e a possibilidade de acesso a um conhecimento “*verdadeiro*” em racionalidade revestida de cientificidade:

[...] a crise da razão ocorre à medida que a sociedade se torna mais racionalizada, nessas circunstâncias históricas, na busca de uma harmonia social, ela perde a faculdade crítica e se torna um instrumento da sociedade existente. Como resultado, a razão enquanto ‘*insight*’ e crítica se transforma em seu contrário – em irracionalidade (Adorno *apud* Giroux, 1986 p.28).

Sobre a crise da razão, argumentaram em favor de uma noção auto-consciente de razão, com poderes de crítica e negatividade para a transformação da ação dos indivíduos e da sociedade. Segundo eles, o positivismo ao suprimir a dimensão ética da racionalidade elimina:

a possibilidade de autocrítica ou, mais especificamente, de questionamento de sua própria estrutura normativa. Os fatos ficam separados dos valores, a objetividade solapa a crítica e a noção de que a essência e a aparência podem não coincidir se perde na visão positivista de mundo (Giroux, 1896, p.30).

A Escola de Frankfurt, na formulação de sua teoria crítica, analisa o positivismo por entender que esse é um dos pontos da elaboração de sua Teoria Crítica. Aponta que a ideologia e a função social do positivismo, ao negar a capacidade crítica da razão, recusam-se a considerar a reflexão como uma categoria de conhecimento válido, passando então a explicar as questões sociais baseando-se nas ciências naturais e criando princípios metodológicos que valorizam a quantificação das análises dos resultados em detrimento dos fatos. Nesse sentido, estes ficam separados do contexto histórico e das relações sociais, econômicas, políticas e culturais que os constituem. As análises qualitativas poderiam ser feitas, somente, se consideradas a partir de uma matriz epistemológica positivista.

Dessa forma, a crítica elaborada por Horkheimer e Adorno fundamenta-se na idéia de que o positivismo e a sua teoria das ciências suprimiram a dimensão emancipatória da razão iluminista, que perdeu seu poder de crítica, a negação ao pragmatismo e à sociedade industrial capitalista, tornando-se cada vez mais racionalizada. O legado da razão kantiana, que conduziria à emancipação e à libertação dos indivíduos, auxiliando-os a conhecer e dominar suas “*amarras*” interiores e exteriores e a controlar a natureza, não se confirmou.

O positivismo como uma linha de investigação científica, ao desconsiderar em suas análises a relação entre categorias socioculturais que se desenvolvem historicamente, nega o movimento dialético existente entre objetividade e subjetividade; consciência e o mundo real; autoconsciência/experiência pessoal e realidade social; suprime a possibilidade de uma reflexão sobre as interações entre poder, conhecimento e valor.

Para os frankfurtianos, o pensamento crítico sobre a gênese dessa trilogia, poder, conhecimento e valor, não pode ficar relegado a um segundo plano, tampouco a tensão dos atos aí existentes, que estão presentes nas dimensões da vida social. É através da análise sobre a natureza da dominação que a idéia de uma humanidade emancipada é central na Teoria Crítica desses pensadores.

O que está em jogo, portanto, é a suposta neutralidade dessas categorias para a construção de uma teoria. O objetivo é apontar que a ausência da dialeticidade nas formulações de concepções científicas, impede a construção de elementos teóricos para fundamentar uma Teoria Crítica capaz de conceber projetos sociais verdadeiramente emancipatórios.

É instigante pensar como os frankfurtianos interpretam a noção de teoria. Ao estabelecerem diferenças entre “teorias científicas e teorias críticas” (Geuss, 1988, p.93), distinguiram a racionalidade que as constitui e reuniram os elementos ou os temas que caracterizam o conceito de Teoria Crítica para a Escola de Frankfurt.

Uma questão que parece fundamental para compreender esta distinção e que pode ser entendida como um dos elementos de uma teoria crítica é a correspondência que uma teoria deve estabelecer com as relações existentes na sociedade a fim de buscar as gêneses para as explicações de suas contradições: “a Escola de Frankfurt argumenta que, na relação entre teoria e a sociedade mais ampla, existem mediações que dão significado não apenas à natureza construtiva de um fato, mas também à própria natureza e substância do discurso teórico” (Giroux, 1986, p. 33).

Neste ponto reside não só a crítica ao pensamento positivista como a possibilidade de a Teoria Crítica apresentar uma finalidade, um conteúdo cognitivo, formas de conhecimento cuja estrutura cognitivo-reflexiva busca abordar a dominação, entendendo sua origem e contextualizando sua aplicação e um modo de validação (Giroux, 1986; Geuss, 1988). Como já mencionado, o

contraponto inicial está centrado na crítica ao pensamento positivista¹, por ser este um dos obstáculos à emancipação humana, e estar presente nas propostas tradicionais de saúde e educação que vimos discutindo ao longo desta tese. Para os positivistas, uma teoria é representada por conceitos com validade universal, construídos a partir de uma abordagem empírica e de uma estrutura de cognição objetificante que serve para postular um *status* de verdade e para classificar e ordenar fatos como absolutos (Geuss, 1988)². Neste sentido, podemos relacionar esta concepção à proposta behaviorista da Promoção da Saúde; e numa abrangência ampla, ao funcionamento normativo de condutas presente na educação e na saúde.

Contextualizando esta discussão ao objeto de estudo da tese, a noção de teoria crítica está vinculada à crítica da ideologia e à idéia de reflexão sobre a realidade, totalmente contrária à formulação positivista. Dessa feita, possibilitando descortinar a coerção “auto-imposta” para que o grupo à que se destina o processo educativo possa perceber seus interesses. Por conseguinte, uma teoria crítica “é uma teoria reflexiva que dá aos agentes um tipo de conhecimento inerentemente produtor de esclarecimento e emancipação” (Geuss, 1988, p. 9). É nessa direcionalidade que a TEC apropria-se da noção frankfurtiana de teoria.

Outro elemento central para a Escola de Frankfurt é a idéia de que uma teoria crítica é formulada e endereçada a um grupo “*particular*” de pessoas, para o qual deve produzir um conhecimento para que os indivíduos possam reconhecer e eleger seus próprios interesses. De certo modo, o que os frankfurtianos propõem é a inversão da lógica positivista de entender e fazer ciência, que neutraliza os resultados científicos em detrimento das mediações existentes entre o fato e a ciência. Propõem, então, o desenvolvimento de uma teoria não como uma verdade universal e absoluta, mas para refletir sobre suas próprias limitações a fim de reconhecer à que interesses serve, desvelando outros que são excluídos desse processo:

¹ O positivismo, em linhas gerais, resultou da aplicação de um determinado método das ciências naturais que é o empirismo, que trata a empiria como se fosse um fenômeno que o pesquisador observa e não interpreta, vendo-o como auto-explicativo. O objeto observado está fora do observador.

² Na época em que os autores da Escola de Frankfurt estavam escrevendo, eles falaram bastante sobre o Positivismo, porque naquele momento em que eles estavam trabalhando, o Positivismo era a auto-compreensão das ciências humanas; a pesquisa e a teoria das ciências humanas e sociais.

significa que ela (teoria) deve reconhecer os interesses carregados de valores que representa e ser capaz de refletir criticamente tanto sobre o desenvolvimento histórico ou a gênese de tais interesses, como sobre as limitações que eles possam apresentar dentro de certos contextos históricos e sociais (Giroux, 1986, p.33).

Para Henry Giroux (1986) o pensamento dialético é recorrente para entender a natureza de uma teoria crítica, abrindo possibilidades para a reconstrução da própria teoria, visto que a idéia de crítica busca revelar o que há de oculto na relação entre conhecimento, poder e as estruturas de dominação da sociedade. Tomando por base o pensamento dialético, a noção de reconstrução teórica tem a intenção de revelar o “*conhecimento errôneo*”, as explicações factíveis e conformistas das análises impostas tanto pela ciência como pela sociedade. Na realidade, o que os filósofos frankfurtianos pretendiam com a noção de pensamento dialético era “revelar o poder da atividade humana e do conhecimento humano tanto como produto quanto como uma força na determinação da realidade social” (*Op.cit.* p.35) para que a teoria crítica tivesse um elemento transcendente para o pensamento e para a ação humana transformadora no sentido político e social.

Por essa razão, a idéia de crítica revela certo antagonismo entre o que é real e o que não é real para dar lugar e voz a potencialidades não realizadas, por meio da revelação daquilo que não é, mediante rejeição daquilo que é, em termos de fatos da realidade e dos interesses dos indivíduos para quem uma teoria crítica é endereçada. O observado está contido no observador, o que exclui toda a possibilidade de uma suposta neutralidade, ao mesmo tempo em que responsabiliza os atores em termos de suas ações sobre a realidade social, o que é fundamental na Promoção da Saúde, dando concretude ao *empowerment*, à participação e à dialogicidade, como uma trilogia coerente dessa práxis. O que possibilita construir uma relação do ponto de vista educacional reflexiva e não auto-imposta.

A teoria crítica não busca desvelar e reconhecer somente os interesses que servem ao sistema de poder que, segundo estes filósofos, representam uma falsa ideologia, que é auto-imposta e é empregada para legitimar ações e um complexo de instituições que oprimem e mantêm os indivíduos excluídos do processo de decisão política das sociedades (Bannel, 2006).

Dessa forma, a idéia de reflexividade é central para os frankfurtianos, porque é ela que vai permitir aceitar ou refutar a ideologia dominante, as verdades auto-impostas pela sociedade (Geuss, 1988). Serve, também, para a autocrítica dos sujeitos e coletivos, uma vez que não pode ser concebida isoladamente destes ou como existindo previamente à sociedade.

Assim, a noção de autocrítica é fundamental na formulação de uma teoria crítica. O sentido de sua finalidade é ser autoconsciência de um processo que leve os sujeitos ao esclarecimento e à emancipação. É produzir auto-conhecimento que envolva um nível de interesses que diga respeito às suas convicções, aos seus desejos e valores, contribuindo para explicitar e informar os indivíduos, interessados numa teoria crítica, “os princípios epistêmicos” (Geuss, 1988, p. 103-5), que eles já têm e os que adquirem para construir e formar opiniões, cultivar crenças, aceitar ou rejeitar valores e convicções imprescindíveis para a afirmação resolutive da Promoção da Saúde, sobretudo no que tange ao educacional.

As reflexões de Adorno e Horkeimer são fortemente marcadas pelas transformações que ocorreram com a noção de cultura contemporânea, especialmente nos Estados Unidos, no início do século XX. Para eles, os acontecimentos políticos, econômicos e sociais ocorridos neste período histórico revelaram um novo papel e entendimento sobre o que é cultura (Adorno, 1985; Giroux, 1986).

As categorias cultura (*kultur*) e formação cultural (*bildung*) são eixos temáticos da filosofia frankfurtiana. Uma de suas premissas é que a cultura não é uma entidade autônoma independente dos processos políticos e econômicos da sociedade, havendo, portanto, uma dimensão política na noção de cultura (Giroux, 1986). Sua incorporação irá determinar novas formas de mensagens que serão produzidas pela indústria cultural sob a égide de uma racionalidade positivista que irá, paulatinamente, eliminar o poder de crítica da arte e da estética como a expressão de um mundo melhor.

O termo cultura de massa, indústria cultural, foi tomado para explicar o avanço do poder integrador do capitalismo sobre a vida das pessoas. Nessa perspectiva explica a relação entre as transformações ocorridas nas sociedades contemporâneas e a reprodução dos imperativos do capital, presentes, de forma significativa, na área da saúde e na Promoção da Saúde, em particular, norteando todo um movimento de consumo, sob a égide do mercado e das tecnobiociências.

Com o avanço do capitalismo no início do século XX, representado pela revolução tecnológico-industrial, comunicacional e pela expansão da informática e dos produtos culturais, o papel da cultura no mundo ocidental é forçado a se redefinir.

A influência do capitalismo industrial alcança o campo da saúde; a medicina redefine suas práticas como espaços de produção de bens e serviços assistenciais e de circulação e consumo de mercadorias, passando a impor novos hábitos culturais com o objetivo de manter a saúde da força de trabalho e controlar as tensões sociais existentes nas sociedades.

O sistema de produção cultural, existente até então, perdeu sua capacidade de controle sobre a sociedade exigindo do Estado novas formas de organização da produção cultural para manter a dominação sobre os trabalhadores, em particular. De acordo com a Escola de Frankfurt, a cultura passa a ter o poder de controle e torna-se uma indústria que produz bens integrados à lógica do mercado, legitimando a reprodução do capital e suas instituições (Freitag, 1990; Adorno 1985).

No entanto, foi Adorno quem, precisamente, cunhou o termo indústria cultural para afirmar que a noção de cultura não surge espontaneamente do povo. Seu intuito foi demonstrar que o campo cultural está subjugado às interferências econômicas e políticas com fins de dominação da sociedade, por meio da padronização dos objetos culturais, da racionalização das técnicas de produção / distribuição e da redução da cultura à simples diversão, enquanto extensão do próprio mundo do trabalho. Sua análise aponta para a perda da capacidade da cultura em desenvolver uma consciência crítica e uma identidade coletiva com potencial emancipatório e revolucionário, para realizar uma sociedade mais justa e igualitária (Adorno, 1985, Giroux, 1986, Freitag, 1990; 2004), e por que não dizer, mais saudável?

A preocupação central da filosofia frankfurtiana é a idéia de crítica como uma unidade potencial capaz de produzir instâncias divergentes e autônomas de conhecimento que representem a luta pela autonomia e a emancipação dos sujeitos. O ponto de intersecção entre a Escola de Frankfurt e a Teoria Educacional Crítica, é a exigência de uma crítica para entender porque determinado conhecimento é dito como verdade e outros não, para problematizar

diferentes identidades culturais e criticar a determinação das diferenças socioeconômicas impostas pelo poder dominante.

É claro que esta análise não esgota todas as contribuições dessa vertente de teoria, mas indica as possibilidades e as exigências para que se restaure o poder emancipatório da educação.

Como afirmei no início deste capítulo, a Teoria Educacional Crítica também pode ser chamada de Pedagogia Crítica e, da mesma forma que a Teoria Crítica elaborada pela Escola de Frankfurt, ela não representa um conjunto homogêneo de autores e idéias.

Os termos Teoria Educacional Crítica e Pedagogia Crítica são utilizados nesta tese como sinônimos, por entendermos que a pedagogia é um campo de conhecimentos que se ocupa do estudo da educação. Resguardadas as devidas diferenças conceituais entre esses termos, é importante destacar a contribuição de Libâneo (2005, p.22) aos sentidos e significados da Pedagogia:

constitui-se como campo de investigação específico cuja fonte é a própria prática educativa e os portes teóricos providos pelas demais ciências da educação e cuja tarefa é o entendimento global e intencionalmente dirigido dos problemas educativos [...] Compõe o conjunto das ciências da educação, mas se destaca delas por assegurar a unidade e dar sentido à contribuição das demais ciências, já que lhe cabe o enfoque globalizante e unitário do fenômeno educativo. Não se trata de requerer à pedagogia exclusividade no tratamento científico da educação; quer-se, no entanto, reter sua peculiaridade em responsabilizar-se pela reflexão problematizadora e unificadora dos problemas educativos, para além dos aportes parciais das demais ciências da educação. [...] a multiplicidade de enfoques e análises que caracteriza o fenômeno educativo não torna desnecessária a pedagogia, antes ressalta seu campo próprio de investigação para clarificar seu objeto, seu sistema de conceitos e sua metodologia de investigação, para daí poder apropriar-se da contribuição específica das demais ciências.

No entanto, o que une seus teóricos são as idéias de poder e de luta transformadora. O poder por reconhecerem a necessidade de fortalecer, no sentido amplo de *empowerment*, aqueles sem poder e a noção de luta como um pressuposto para a transformação das desigualdades e injustiças sociais existentes na sociedade.

Uma das questões centrais da pedagogia crítica (PC) é problematizar as idéias da educação tradicional, por entender que seu ideário está associado às aspirações de intelectuais que representam os interesses das classes dominantes.

Os teóricos tradicionais/conservadores são omissos em questionar a natureza política da educação. Ao tomarem o discurso da racionalidade positivista

como fundamento da educação, escolar ou não, privilegiam uma suposta neutralidade do conhecimento, ou seja, o conhecimento encerra-se nele próprio. Ao restringir-se a si mesmo torna-se “ingênuo” e é entendido, de modo errôneo, como supostamente dado, para o qual as escolas são apenas locais de instrução, aquisição e domínio de saberes instrumentais, cuja finalidade é legitimar a reprodução de valores socioculturais dominantes, sem questionamentos sobre os conflitos, as tensões e desigualdades existentes nas sociedades (Giroux, 1986; 1997).

A concepção crítica da educação toma de empréstimo a noção de teoria dos frankfurtianos que argumenta em favor de uma relação estreita entre teoria e sociedade para a construção de conhecimento. Com isso, fornece à pedagogia crítica um *insigh* para valorizar a relação entre valores e fatos, não só para esclarecer a interação entre o individual e o social, mas para deixar aflorar e incorporar experiências de vida, histórias, valores e identidades culturais como elementos do conhecimento (Giroux, 1997; Maclaren, 2000).

Nesse sentido, o educador crítico reconhece a necessidade pedagógica de “capacitar” no sentido de formação/construção de poder aos estudantes para desenvolver a auto-reflexão e a consciência crítica sobre o contexto de exploração e dominação capitalista a que estes estão submetidos.

A Teoria Educacional Crítica reconhece as relações entre conhecimento, poder e dominação. Ao reconhecer a existência dessas relações no processo educativo, aponta que as escolas são cenários políticos e culturais de resistência. Não são apenas locais de reprodução de ideologias e práticas dominantes, mas podem também representar espaços de contestação, nos quais diferentes experiências culturais colidem e disputam poder. É nas representações destas lutas, que surge a possibilidade da educação crítica construir conhecimentos e práticas sociais emancipatórias (Maclaren, 1997).

Os teóricos da educação crítica consideram as categorias de poder, resistência, cultura e transformação social importantes para compreender a relação entre educação e sociedade, a fim de identificar os interesses específicos que subjazem às diferentes formas de conhecimento que é reproduzido nas escolas e fora das escolas.

Ao invés de encarar o conhecimento escolar como objetivo, como algo a ser simplesmente transmitido aos estudantes, os teóricos radicais alegam que o conhecimento é uma representação particular da cultura dominante, um discurso

privilegiado que é construído através de um processo seletivo de ênfases e exclusões (Giroux, 1997).

A dimensão política na noção de cultura introduzida pelo pensamento frankfurtiano é tomada pela educação crítica como uma categoria para explicar as relações de poder entre cultura dominante e a dominada e suas implicações na construção de conhecimento. Os teóricos críticos vêem na cultura uma possibilidade dos sujeitos oprimidos, desprovidos de poder, de se apropriarem de suas próprias histórias culturais por meio da valorização de suas experiências e pela crítica à cultura dominante.

Giroux (1986), ao explicitar as contradições sobre o significado de cultura nos escritos da Escola de Frankfurt, vislumbra espaços de tensão para enfatizar as rupturas e descontinuidades da ação humana, como uma saída para pensar a educação crítica na dimensão da cultura:

Há um paradoxo em sua ênfase (dos frankfurtianos) na natureza esmagadora e unilateral da cultura enquanto força dominadora, por um lado, e em sua incansável insistência na necessidade de crítica, negatividade, mediação crítica, por outro lado. É dentro dessa aparente contradição que as noções mais dialéticas de poder e resistência têm que se desenvolver, posições essas que reconhecem as determinações estruturais e ideológicas mais amplas, ao mesmo tempo, reconhecendo que os seres humanos nunca representam simplesmente um reflexo de tais limitações (Giroux, 1986 p. 59).

É no resgate dessas contradições e tensões que a Teoria Educacional Crítica deve problematizar o conteúdo, o que constitui conhecimento, de uma cultura e seus valores, as ideologias dos dominantes e dos dominados, que são mediadores de formações culturais.

Assim, sem esgotar o tema, sequer dos teóricos críticos que apresentei nesta breve discussão, é importante destacar que a Teoria Crítica da Escola de Frankfurt não teve a intenção de elaborar uma teoria específica para a educação. O que suas análises fornecem para um grupo de teóricos da educação crítica é um *insight*, que também não é o único adotado, para resgatar o potencial emancipatório e o poder de crítica como um fundamento da educação. No entanto, para a delimitação do estudo que sustenta esta tese, consideramos que a discussão, por eles apresentada, preenche questões que o campo da Promoção da Saúde exige, em termos educacionais, sobretudo com vistas ao *empowerment*, à participação e à dialogicidade.

4 Métodos e Técnicas

4.1 Métodos utilizados para analisar os Documentos Oficiais sobre Promoção da Saúde no período de 1986 a 2005.

Toda pesquisa independentemente do método empregado não é neutra. Valores morais, intenções, memória cultural e desejos do pesquisador impregnam toda e qualquer pesquisa, bem como a necessidade imperiosa de considerar e entender o contexto de seu tempo, que interfere e norteia “um arcabouço teórico que informa a escolha do objeto, todos os passos e resultados teóricos e práticos” (Minayo, 1993 p. 37).

Da mesma forma, documentos não são neutros. Carregam consigo intenções, opiniões e visões de mundo da pessoa e ou da organização que o escreveu (Bacellar, 2005). Palavras, frases ou até trechos inteiros podem desempenhar o papel de ocultar ou revelar o específico e a diversidade, a multiplicidade das conjunturas social, política, econômica e cultural de uma sociedade no momento de sua redação (Pinsky, 2005).

Para a realização desta investigação, cujo objeto de pesquisa é essencialmente qualitativo, recorreu-se ao método de análise documental, do tipo escrita. Segundo Bardin (1979), a definição de análise documental é:

uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar num estado ulterior, a sua consulta e referência. Enquanto tratamento da informação contida nos documentos acumulados, a análise documental tem por objetivo dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação por intermédio de procedimentos de transformação (Op.cit. p. 45).

Esta opção representou um dos desafios da tese, pois foi necessário assegurar técnicas e procedimentos que servissem de ferramentas para revelar o objeto a partir de uma relação dinâmica entre a objetividade destes e a subjetividade da pesquisadora.

Ao todo foram utilizados sete documentos de âmbito internacional divulgados pela Organização Mundial da Saúde/OMS e pela Organização Pan-Americana da Saúde/ OPAS no período de 1986 a 2005, sendo o universo da investigação composto pelas seguintes fontes documentais:

- Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986;
- Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1988;
- Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1991;
- Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde de Santafé de Bogotá, considerada a primeira realizada na América Latina, 1992;
- Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1997;
- Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 2000 e a
- Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde no Mundo Globalizado, 2005.

Merece destaque que o objetivo desta tese não foi realizar uma pesquisa historiográfica como proposto por Pinsky (2005) e, como tal, a análise documental realizada não teve a intenção de explorar todos os instrumentos exigidos por esse tipo de pesquisa. Desta forma, a relação estabelecida entre a pesquisadora e o campo de trabalho foi de compreender o texto, as Cartas e Declarações Internacionais sobre Promoção da Saúde, interpretadas à luz da Teoria Educacional Crítica (TEC).

A fim de cumprir a exigência do rigor metodológico, elegeu-se, como método auxiliar, a Análise de Conteúdo (AC) utilizada também para tratar materiais textuais como dados. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de rupturas para analisar as mensagens de comunicações. É um ferramental de análise, que comporta vários aplicativos, formas, que permite adaptações para problematizar a familiaridade com o objeto de análise e, ao mesmo tempo, para duvidar da realidade instantânea ou aparentemente fácil, apresentada pela leitura dos textos, a fim de formar uma consciência crítica a respeito de conceitos ou hipóteses provisórios ou não (Bardin, 1979; Minayo, 2006; Bauer, 2002).

A definição clássica de Bardin sobre o que é AC é:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 1979 p.42).

Martin Bauer (2002) inclui na sua definição sobre AC a perspectiva de que nenhum dado de comunicação é neutro e que estes estão sujeitos às interpretações de seus autores e a interferências do pesquisador. Análise de conteúdo é um método de pesquisa situado no campo das ciências sociais e humanas, compreendendo um conjunto de técnicas amplamente utilizadas para analisar todo tipo de comunicação/significação expressa por repertórios de mensagens extraídas de fontes documentais do tipo impressas, biográficas, orais, audiovisuais e da rede mundial de computadores, para revelar o que seus autores imaginam, intencionam ou ocultam dizer.

No entanto, Bardin (1979), esclarece que a análise documental pode apropriar-se da análise de conteúdo e servir-se desta como um instrumento para interpretar o conteúdo de mensagens, desde que “suas possibilidades técnicas” sejam limitadas “à análise categorial ou temática” (Op.cit., p. 45).

Deste modo, análise de conteúdo é o tratamento dado aos tipos de informação contida em mensagens expressas por fontes diversas. Sua análise não se limita somente aos conteúdos que afloram explicitamente ou não. De acordo com Minayo (1993; 2007) a postura interpretativa, a experiência e a intuição do pesquisador aliados à teoria que sustenta o objeto de investigação, contribuem para o enriquecimento e refinamento da análise. Entretanto, estas prerrogativas de que desfrutam os pesquisadores não os isentam de utilizar procedimentos técnicos de validação que o método dispõe.

Definida a abordagem, o método e suas técnicas constitutivas, construiu-se o percurso metodológico para o qual se utilizou um conjunto de procedimentos e estratégias para organizar o material a fim de operacionalizar a pesquisa em si.

O percurso metodológico teve início com a constituição do *corpus* de análise, que é a definição prévia dos documentos a serem explorados (Bardin, 1979; Minayo, 1993; 2007). O *corpus* de análise desta pesquisa foi composto por sete textos divulgados pela OMS e a OPAS, numa seqüência por data em ordem cronológica de realização, das respectivas Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, citadas anteriormente, resultando na publicação das seguintes cartas e declarações: Carta de Ottawa em novembro de 1986; Declaração de Adelaide no ano de 1988; Declaração de Sundsvall no mês de junho de 1991; Declaração de Santafé de Bogotá em novembro do ano de 1992; Declaração de Jacarta em junho de 1997; Declaração do México no ano 2000 e, por último, a

Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde no Mundo Globalizado em 11 de agosto de 2005¹.

Segundo Bardin (1979), a análise temática é uma das técnicas mais antigas e mais utilizadas, principalmente em análise de conteúdo. O processo de criação do pesquisador se dá, quando ele inicia a construção de um sistema de categorias analíticas que vão contribuir para subsidiar a identificação das chamadas unidades de registro (UR).

As UR funcionam como uma espécie de veículo interativo entre o material e o pesquisador. É o elemento revelador, é o que vai ser recortado de um seguimento do conteúdo de uma mensagem ou texto, podendo ser representado por diferentes tipos e tamanhos, como uma palavra, uma frase ou mesmo um trecho, apontando para o tema.

Para Bardin (1979, p. 105), “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

O tema contém formulações singulares cuja finalidade é descortinar

os núcleos de sentido que compõem uma comunicação [...] a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (MINAYO, 2007, p.316).

Assim, os temas e os núcleos de sentido revelam significados implícitos e ou explícitos relevantes para encontrar temáticas mais amplas, em torno das quais gravitam idéias que estão vinculadas entre si. Estas idéias vão dar origem às categorias empíricas, aquelas construídas *a posteriori* nesta tese.

Para melhor identificar os significados dos núcleos de sentido investigados nesta tese, optou-se por trabalhar com recortes maiores dos textos das Cartas e Declarações sobre Promoção da Saúde, para gerar um entendimento amplo do que foi recortado do documento, a fim de compreender as idéias nele contidas.

O critério estabelecido para a leitura dos documentos e, conseqüentemente, o recorte e a identificação das UR, foram realizados com base nas três categorias analíticas, a saber: *empowerment*, participação e dialogicidade.

¹ Os documentos tomados para a análise foram traduzidos para o português, pelo Ministério da Saúde do Brasil, e estão disponíveis no portal www.saude.gov.br e em inúmeras bases de dados científicos.

Nesse momento, a pesquisa teve por finalidade captar as UR, trechos das Cartas e Declarações sobre Promoção da Saúde, que apontem para cada uma das três categorias para descobrir indícios, expressões ou idéias, que podem ser totais ou parciais, das concepções elaboradas sobre *empowerment*, participação e dialogicidade, contidas em cada um dos documentos analisados, separadamente.

Cabe esclarecer que este estudo priorizou a abordagem qualitativa dos conteúdos dessas mensagens, utilizando o conjunto de técnicas e procedimentos da análise de conteúdo temática, acima discutidos.

Reunidos os documentos, o primeiro passo foi fazer a “leitura flutuante” que é a primeira leitura do *corpus* dos textos, acima mencionados, para deixar-se “impregnar pelo conteúdo do material” (Gomes, 2007 p. 91), imbuindo-se de um estado de intimidade com os conteúdos tendo como guia o objeto e os objetivos da tese (Bardin, 1979; Minayo, 1993; 2007).

4.2

Delimitação das categorias analíticas

Considerando o volume significativo de informações apreendidas durante a exploração do material, foram construídas concepções das três categorias analíticas da tese, com fundamentação na Teoria Educacional Crítica (TEC), segundo Giroux (1986, 1987, 1997, 1999); MacLaren (1997) e Freire (1987, 1993, 1996, 1999, 2007). Previamente elaboradas, estas categorias analíticas constituíram-se em uma das etapas da fase exploratória da pesquisa, apresentadas como segue.

4.2.1

Empowerment

Definimos esta categoria usando o conceito de Giroux (1999) como segue:

Empowerment é a capacidade de pensar e agir criticamente. Essa noção tem uma referência dupla: para o indivíduo e para a sociedade. A liberdade e as capacidades humanas dos indivíduos devem ser desenvolvidas ao máximo, mas os potenciais individuais devem estar vinculados à democracia, no sentido de que a melhoria social deve ser a consequência necessária do florescimento individual (Giroux, 1999 p.21).

Os educadores críticos entendem que as instituições sociais “devem educar as potencialidades que as pessoas têm para pensar, para agir, para serem indivíduos e para serem capazes de compreender os limites de seus compromissos ideológicos” (Giroux, 1999 p.21).

Nessa concepção de *empowerment* a relação entre indivíduo-sociedade é indissociável. O relacionamento entre as potencialidades humanas e as potencialidades sociais implica em educar as pessoas para serem capazes de questionar criticamente e intervir criativamente na realidade social.

O papel da educação crítica é contribuir no processo de co-construção e de co-formação entre indivíduo e sociedade.

4.2.2 Participação

A participação visa o aprofundamento do processo de descentralização e de democratização do poder pelo reconhecimento do direito “da voz e de ter voz” (Freire, 1996 p.58) dos indivíduos e comunidades para criar e recriar, para influenciar, eleger, decidir e assumir criticamente sua participação no processo histórico de transformação da sociedade.

A concepção de participação tem em si um potencial transformador, ela envolve a noção de *práxis*, pois não é possível pensá-la teoricamente sem a sua identificação com a prática. A participação, segundo a Teoria Educacional Crítica, tem por objetivo promover e criar condições para desenvolver conhecimentos, capacidades de discussão e de mobilização comprometidas com a ação-reflexão também crítica.

Outra característica dessa concepção é sua dupla referência, na qual a participação é orientada para ser desenvolvida tanto no nível individual como coletivo o que não significa valorizar uma dimensão ou desprezar outra.

A participação, entendida como um elemento pedagógico, visa educar os indivíduos e coletivos para pensar e para agir a fim de desenvolver conhecimento crítico para sua própria emancipação, enquanto sujeitos, e para o aprofundamento da sua capacidade de organização a fim de intervir e decidir sobre interesses do coletivo.

4.2.3 Dialogicidade

O diálogo pressupõe uma reciprocidade de comunicação fundamentado na relação sujeito-sujeito, na qual ambos se solidarizam para construção de conhecimentos que visam a sua conscientização e a compreensão crítica da realidade a fim de capacitá-los para intervir nos processos de transformação social.

A dialogicidade é a prática do diálogo crítico que se manifesta no refletir do agir fundamental para formação da consciência crítica que consiste em movimentos permanentes de ação-reflexão para a interação e a intervenção dos sujeitos na realidade social.

Esse movimento da práxis, de ação-reflexão, desencadeado pela dialogicidade, visa capacitar os indivíduos e coletivos para re-significar o conhecimento que é mediatizado por suas próprias experiências socioculturais e pela realidade ampla da sociedade para serem capazes de argumentar, discutir, defender, intervir e lutar por seus interesses coletivos.

4.3 Estruturação da análise: momentos metodológicos

Com vistas à estruturação do caminho analítico e a uma melhor interpretação qualitativa dos resultados, optou-se por trabalhar com dois momentos metodológicos distintos, porém interligados, um *a priori* e outro *a posteriori*.

Gomes (1994) afirma que a pesquisa qualitativa permite trabalhar com dois tipos de categorias ao mesmo tempo – *a priori* e *a posteriori*. São chamadas de *a priori*, as categorias analíticas que são construídas antes ou ao longo da fase exploratória. Sua elaboração exige do pesquisador um conhecimento teórico sobre a temática em questão, a fim de elaborar uma concepção, com base nos conceitos que delineiam o seu universo epistemológico, para que possa representá-lo no todo ou em parte.

Já as categorias *a posteriori* são as que os pesquisadores constroem depois, com os dados em mãos, após terem sido coletados. Chamadas também de categorias empíricas, numa pesquisa visam à classificação dos dados encontrados:

“as categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso” (Gomes, 1994, p. 70). São expressões classificatórias que dão sentido à determinada realidade investigada e, ao mesmo tempo, formulações construídas pelos pesquisadores:

quando um pesquisador consegue apreender e compreender as categorias empíricas de classificação da realidade do grupo investigado, perceberá que elas são saturadas de sentido e chaves para compreensão teórica da realidade em sua especificidade histórica e em sua diferenciação interna (MINAYO, 2007 p.179).

Estas duas etapas juntam-se ao final da investigação. Nesse momento final podem surgir questões possíveis de serem comparadas, classificadas, criticadas, associadas por diferentes tipos de representação social, cultural, política entre outras, ou, ainda, presta-se para justificar ou questionar a realidade que se manifesta dos textos explícita ou implicitamente (Gomes, 2007; Bauer, 2002).

4.3.1

Apresentação do processo de categorização dos documentos oficiais sobre Promoção da Saúde de 1986 a 2005

A operacionalização dos momentos metodológicos acima especificados encontra-se nos quadros apresentados a seguir.

O conjunto de quadros que apresenta as categorias *a priori* configura a síntese das categorias analíticas da tese, participação, *empowerment* e dialogicidade, expressas como indícios, idéias parciais e ou totais, conforme já explicado. Ressalte-se que a construção dessas categorias *a priori* deu-se antes do recorte das UR, conforme se pode visualizar nos quadros correspondentes.

Este conjunto de quadros, das categorias *a priori*, acima referido, é o guia para a análise das categorias *a posteriori*, que por sua vez, irão definir o conjunto de quadros de interpretação, que configuram a análise propriamente dita da pesquisa dos documentos da Promoção da Saúde, no período de 1986 a 2005. Estes quadros de interpretação demonstram a captação dos temas e dos núcleos de sentido.

Neste contexto, o conjunto de quadros do *a priori* foi estruturado com três colunas contendo os seguintes elementos:

- Índícios, partes ou trechos correspondentes a cada concepção foram registrados na primeira coluna dos quadros, tendo em vista que, ao longo da pesquisa, constatou-se que não havia uma identificação clara, total ou mesmo integral da mesma com a UR correspondente;
- Dados sumários sobre a caracterização de cada Conferência; e
- A UR recortada de cada Carta e Declaração sobre Promoção da Saúde.

Este conjunto de quadros encontra-se no tópico **4.3.1.1**.

O conjunto de quadros correspondente ao segundo momento da análise, com o objetivo de construir as categorias *a posteriori*, que são empíricas, foi assim estruturado:

- Uma coluna com as mesmas unidades de registro/UR, já recortadas durante a identificação das categorias analíticas da tese, presentes em cada documento, reunidas em um único *corpus*, sendo apresentadas em quadros separados por categorias;
- A segunda coluna contém os temas; e
- As idéias centrais que deram origem aos núcleos de sentido servindo de eixo para guiar as discussões e a análise dos dados, na última coluna.

Este conjunto de quadros encontra-se no tópico **4.3.1.2**.

4.3.1.1

Resultados parciais da categorização analítica *a priori*: conjunto de quadros-síntese, do Quadro 1 ao Quadro 21

A seguir apresentam-se os quadros das categorias analíticas da tese nos documentos oficiais sobre Promoção da Saúde de 1986 a 2005.

Em relação à categoria dialogicidade, não encontramos unidade de registro nas Cartas e Declarações da Promoção da Saúde, porque esta é uma categoria somente verificável na práxis da Promoção da Saúde, por ser o refletir do agir, conforme explicitado anteriormente, com base na discussão teórica de Paulo Freire.

**Quadro 1: Categorização do *Empowerment* na Carta de Ottawa
Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde**

<i>EMPOWERMENT</i> <i>a priori</i>	DOCUMENTO OFICIAL	UNIDADE DE REGISTRO
<p>Empowerment é a capacidade de pensar e agir criticamente.</p> <p>A liberdade e as capacidades humanas dos indivíduos devem ser desenvolvidas ao máximo.</p> <p>Os potenciais individuais devem estar vinculados à democracia, no sentido de que a melhoria social deve ser a consequência necessária do florescimento individual.</p> <p>Os educadores críticos acreditam que as instituições sociais devem educar as potencialidades que as pessoas têm para pensar, para agir, para serem indivíduos e para serem capazes de compreender os limites de seus compromissos ideológicos.</p> <p>Na concepção de <i>empowerment</i> a relação entre indivíduo-sociedade é indissociável.</p>	<p>Realização: Organização Mundial da Saúde e Associação Canadense de Saúde Pública.</p> <p>Título: Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde</p> <p>Tipo de documento: Carta de Ottawa</p> <p>Data e Local: 21/11/1986, na cidade de Ottawa / Canadá</p>	<p>Promoção da Saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde.</p> <p>Indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.</p> <p>As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos iguais para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia.</p> <p>As pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde.</p> <p>O desenvolvimento das comunidades é feito sobre os recursos humanos e materiais nelas existentes para intensificar a auto-ajuda e o apoio social e para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Isso requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro</p>

<p>O relacionamento entre as potencialidades humanas e as potencialidades sociais</p> <p>O papel da educação crítica é contribuir no processo de co-construção e de co-formação entre indivíduo e sociedade.</p> <p>Na concepção de <i>empowerment</i> a relação entre indivíduo-sociedade é indissociável</p> <p>Os educadores críticos acreditam que as instituições sociais devem educar as potencialidades que as pessoas têm</p>		<p>adequado.</p> <p>A promoção da saúde apóia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e a intensificação das habilidades vitais. Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor.</p> <p>É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência.</p> <p>Adotar uma postura abrangente que perceba e respeite as peculiaridades culturais. Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais.</p> <p>Apoiá-las (as pessoas) e capacitá-las para que se mantenham saudáveis a si próprias, às suas famílias e amigos.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Quadro 2: Categorização do *Empowerment* na Declaração de Adelaide
Segunda Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde**

<i>EMPOWERMENT a priori</i>	DOCUMENTO OFICIAL	UNIDADE DE REGISTRO
<p>Na concepção de empowerment a relação indivíduo-sociedade é indissociável.</p> <p>A liberdade e as capacidades humanas dos indivíduos devem ser desenvolvidas ao máximo</p> <p>A liberdade e as capacidades humanas dos indivíduos devem ser desenvolvidas ao máximo, mas os potenciais individuais devem estar vinculados à democracia, no sentido de que a melhoria social deve ser a consequência necessária do florescimento individual.</p> <p>Os educadores críticos acreditam que as instituições devem educar as potencialidades que as pessoas têm para pensar, para agir, para serem indivíduos e para serem capazes de compreender os limites de seus compromissos ideológicos.</p> <p>Os potenciais individuais devem estar vinculados à democracia, no sentido de que a melhoria social deve ser a consequência necessária do florescimento individual</p>	<p>Realização: Organização Mundial da Saúde</p> <p>Título: Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde</p> <p>Tipo de documento: Declaração de Adelaide - Políticas Públicas Saudáveis</p> <p>Data e Local: 05 a 09 de abril de 1988 em Adelaide na Austrália</p>	<p>As políticas saudáveis facilitam opções saudáveis de vida para os cidadãos.</p> <p>Uma política pública saudável reconhece como peculiar a cultura de povos indígenas, minorias étnicas e imigrantes.</p> <p>Os governos e os setores sociais que concentram recursos são igualmente responsáveis, perante os cidadãos, quanto às consequências das suas decisões políticas, ou pela falta delas, sobre a saúde das populações.</p> <p>A ação comunitária é um ponto central da promoção de políticas saudáveis. Tomando-se em conta a educação e o nível de alfabetização das populações, devem ser feitos esforços especiais para informar adequadamente estas políticas públicas aos grupos que dela poderão melhor se beneficiar.</p> <p>A capacidade potencial destas organizações (governos, ONG e organizações comunitárias) em preservar e promover a saúde das populações deve ser encorajada.</p>

<p>A liberdade e as capacidades humanas dos indivíduos devem ser desenvolvidas ao máximo, mas os potenciais individuais devem estar vinculados à democracia, no sentido de que a melhoria social deve ser a consequência necessária do florescimento individual.</p> <p>Os educadores críticos acreditam que as instituições devem educar as potencialidades que as pessoas têm para pensar, para agir, para serem indivíduos e para serem capazes de compreender os limites de seus compromissos ideológicos.</p>		<p>Todas as mulheres, especialmente aquelas de grupos étnicos, indígenas ou outras minorias, têm o direito à autodeterminação de sua saúde e deveriam ser parceiras plenas na formulação das políticas públicas voltadas à saúde, tendo assim assegurada sua identidade cultural.</p> <p>As instituições educacionais precisam responder às necessidades emergentes da nova saúde pública, reorientando os currículos existentes, no sentido de melhorar as habilidades em capacitação, mediação e defesa da saúde pública.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Quadro 3: Categorização do *Empowerment* na Declaração de Sundsvall
Terceira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde: Ambientes
Favoráveis à Saúde**

<i>EMPOWERMENT a priori</i>	DOCUMENTO OFICIAL	UNIDADE DE REGISTRO
<p>A noção de empowerment tem uma dupla referência: para o indivíduo e para a sociedade.</p> <p>Na concepção de empowerment a relação entre indivíduo-sociedade é indissociável. O relacionamento entre as potencialidades humanas e as potencialidades sociais tem por finalidade educar as pessoas para serem capazes de questionar criticamente e intervir criativamente nas próprias estruturas.</p> <p>Empowerment é a capacidade de pensar e agir criticamente. Essa noção tem uma dupla referência: para o indivíduo e para a sociedade.</p> <p>Os educadores críticos entendem que as instituições sociais devem educar as potencialidades que as pessoas têm para pensar, para agir, para serem indivíduos e para serem capazes de compreender os limites de seus compromissos ideológicos.</p>	<p>Realização: Organização Mundial da Saúde</p> <p>Título: Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Ambientes Favoráveis à Saúde</p> <p>Tipo de documento: Declaração de Sundsvall sobre ambientes favoráveis à saúde e desenvolvimento sustentável e a equidade</p> <p>Data e Local: 09 a 15 de junho de 1991 Sundsvall / Suécia</p>	<p>[...] na ação social para a saúde e na mobilização de recursos e criatividade de indivíduos e comunidades. Para materializar este potencial faz-se necessária uma profunda mudança na maneira como se encara atualmente a saúde e o ambiente, além de um claro e forte compromisso político com políticas sustentáveis de saúde e ambientes. As soluções estão além de um sistema de saúde nos moldes tradicionais.</p> <p>A necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive os setores político e econômico, para que se possa desenvolver uma infra-estrutura mais positiva para ambientes favoráveis à saúde.</p> <p>Ambientes favoráveis capacitam pessoas a expandirem suas capacidades e desenvolverem a autoconfiança.</p> <p>Capacitar comunidades e indivíduos a ganhar maior controle sobre sua saúde e o ambiente, através da educação e maior participação nos processos de tomada de decisão.</p>

<p>Na concepção de empowerment a relação entre indivíduo-sociedade é indissociável. O relacionamento entre as potencialidades humanas e as potencialidades sociais tem por finalidade educar as pessoas para serem capazes de questionar criticamente e intervir criativamente nas próprias estruturas.</p> <p>A liberdade e as capacidades humanas dos indivíduos devem ser desenvolvidas ao máximo</p> <p>A noção de empowerment tem uma dupla referência: para o indivíduo e para a sociedade; e ... a melhoria social deve ser a consequência necessária do florescimento individual</p>		<p>A educação é um direito humano básico e um elemento-chave para realizar as mudanças políticas, econômicas e sociais necessárias para tornar a saúde possível para todos.</p> <p>A educação deveria ser acessível durante toda a vida e baseada nos princípios da igualdade, particularmente com respeito à cultura, classe social e gênero.</p> <p>Na capacidade de as sociedades melhorarem sua situação e garantirem uma qualidade de vida decente para as futuras gerações.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quadro 4: Categorização do *Empowerment* na Declaração de Santafé de Bogotá
Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde na América Latina

<i>EMPOWERMENT</i> <i>a priori</i>	DOCUMENTO OFICIAL	UNIDADE DE REGISTRO
<p>O relacionamento entre as potencialidades humanas e as potencialidades sociais implica em educar as pessoas para serem capazes de questionar criticamente e intervir criativamente na realidade social</p> <p>A liberdade e as capacidades humanas dos indivíduos devem ser desenvolvidas ao máximo, mas os potenciais individuais devem estar vinculados à democracia, no sentido de que a melhoria social deve ser a consequência necessária do florescimento individual.</p> <p>Os educadores críticos acreditam que as instituições sociais devem educar as potencialidades que as pessoas têm para pensar, para agir, para serem indivíduos e para serem capazes de compreender os limites de seus compromissos ideológicos.</p> <p>A liberdade e as capacidades humanas dos indivíduos devem ser desenvolvidas ao máximo.</p>	<p>Realização: Ministério da Saúde da Colômbia e Organização Pan-Americana da Saúde (OPS)</p> <p>Apoio: Ministério da Saúde da Bolívia, Equador e Nicarágua e dos representantes de Cuba, Guatemala e Panamá e da Prefeitura de La Paz.</p> <p>Título: Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na América Latina</p> <p>Tipo de documento: Declaração de Santafé de Bogotá</p> <p>Data e Local: 09 a 12 de novembro de 1992 em Santafé de Bogotá / Colômbia</p>	<p>O papel que corresponde à Promoção da Saúde para alcançar este propósito (a equidade) consiste não só em identificar fatores (econômicos, políticos e sociais) que favorecem a iniquidade e propor ações que diminuam seus efeitos (o da iniquidade), mas também em atuar além, como um agente de mudança que induza transformações radicais nas atitudes e condutas da população e seus dirigentes.</p> <p>Impulsionar a cultura da saúde, modificando valores, crenças, atitudes e relações que permitam chegar tanto à produção quanto ao usufruto de bens e oportunidades para facilitar opções saudáveis. Com eles, serão possíveis a criação de ambientes sadios e o prolongamento de uma vida plena, com o máximo desenvolvimento das capacidades pessoais e sociais.</p> <p>[...] levar a processos que conduzam nossos povos a criarem ideais de saúde, mediante a completa tomada de consciência da importância da saúde e a determinação de realizar ações transcendentais de impacto neste campo.</p> <p>Fortalecer a capacidade da população nas tomadas de decisões que afetem sua vida e para optar por estilos de vida saudáveis.</p>

**Quadro 5: Categorização do *Empowerment* na Declaração de Jacarta
Quarta Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde - Novos
Protagonistas para uma Nova Era: orientando a Promoção da Saúde
no século XXI**

<i>EMPOWERMENT a priori</i>	DOCUMENTO OFICIAL	UNIDADE DE REGISTRO
<p>A liberdade e as capacidades humanas dos indivíduos devem ser desenvolvidas ao máximo.</p> <p>Os educadores críticos acreditam que as instituições sociais devem educar as potencialidades que as pessoas têm para pensar, para agir, para serem indivíduos e para serem capazes de compreender os limites de seus compromissos ideológicos.</p> <p>A liberdade e as capacidades humanas dos indivíduos devem ser desenvolvidas ao máximo.</p> <p><i>Empowerment</i> é a capacidade de pensar e agir criticamente e intervir criativamente.</p>	<p>Realização: Organização Mundial da Saúde</p> <p>Título: Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde: Novos Protagonistas para uma Nova Era: orientando a promoção da saúde no século XXI</p> <p>Tipo de documento: Declaração de Jacarta</p> <p>Data e Local: 21 a 25 de julho de 1997 em Jacarta na Indonésia</p>	<p>A saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico. A Promoção da Saúde está sendo reconhecida cada vez mais como um elemento essencial para o desenvolvimento da saúde. É um processo para permitir que as pessoas tenham maior controle sobre sua saúde, e para melhorá-la.</p> <p>As estratégias de Promoção da Saúde podem provocar e modificar estilos de vida, assim como as condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde. A Promoção da Saúde é um enfoque prático para a obtenção de maior equidade em saúde.</p> <p>Aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo.</p> <p>A promoção da saúde efetua-se pelo e com o povo, e não sobre e para o povo. Ela melhora tanto a habilidade das pessoas para agir como a capacidade de grupos, organizações ou comunidades para influenciar os determinantes da saúde.</p>

<p>Os educadores críticos acreditam que as instituições sociais devem educar as potencialidades que as pessoas têm para pensar, para agir, para serem indivíduos e para serem capazes de compreender os limites de seus compromissos ideológicos.</p>		<p>Para melhorar a capacidade das comunidades e promover a saúde, requer instrução prática, treinamento em liderança e acesso aos recursos. Dar o direito de voz às pessoas requer acesso mais consistente ao processo de tomada de decisão e às habilidades e conhecimentos essenciais para efetuar a mudança.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Quadro 6: Categorização do *Empowerment* na Declaração do México
Quinta Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde**

<i>EMPOWERMENT a priori</i>	DOCUMENTO OFICIAL	UNIDADE DE REGISTRO
<p>A melhoria social deve ser a conseqüência necessária do florescimento individual.</p> <p>Na concepção de empowerment a relação entre indivíduo-sociedade é indissociável. O relacionamento entre as potencialidades humanas e as potencialidades sociais tem por finalidade educar as pessoas para serem capazes de questionar criticamente e intervir criativamente nas próprias estruturas.</p>	<p>Realização: Organização Mundial da Saúde</p> <p>Título: Quinta Conferência Global sobre Promoção da Saúde</p> <p>Tipo de documento: Declaração do México</p> <p>Data e Local: 05 a 09 de Junho de 2000 Cidade do México / México</p>	<p>A necessidade urgente de abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, sendo preciso fortalecer os mecanismos de colaboração para a promoção da saúde em todos os setores e níveis da sociedade.</p> <p>Os Ministros da Saúde de todos os países participantes da Conferência reconhecem que a consecução do nível de saúde mais alto possível é um elemento positivo para o aproveitamento da vida e necessário para o desenvolvimento social, econômico e a equidade. Mobilização de recursos financeiros e operacionais que fortaleçam a capacidade humana e institucional para o desenvolvimento, implementação, monitoramento e avaliação dos planos de ação nacionais.</p>

**Quadro 7: Categorização do *Empowerment* na Carta de Bangkok
Sexta Conferência Global Sobre Promoção da Saúde**

<i>EMPOWERMENT a priori</i>	DOCUMENTO OFICIAL	UNIDADE DE REGISTRO
<p>Os educadores críticos acreditam que as instituições sociais devem educar as potencialidades que as pessoas têm para pensar, para agir, para serem indivíduos e para serem capazes de compreender os limites de seus compromissos ideológicos</p> <p>A liberdade e as capacidades humanas dos indivíduos devem ser desenvolvidas ao máximo, mas os potenciais individuais devem estar vinculados à democracia, no sentido de que a melhoria social deve ser a consequência necessária do florescimento individual.</p> <p>O papel da educação crítica é contribuir no processo de co-construção e de co-formação entre indivíduo e sociedade.</p> <p><i>Empowerment</i> é a capacidade de agir e pensar criticamente. Essa noção tem uma referência dupla: para o indivíduo e para a sociedade</p> <p>Os educadores críticos entendem que as instituições sociais devem educar as potencialidades que as pessoas têm.</p>	<p>Realização: Organização Mundial da Saúde</p> <p>Título: Sexta Conferência Global de Promoção da Saúde</p> <p>Tipo de documento: Carta de Bangkok</p> <p>Data e Local: 07 a 11 de agosto de 2005 em Bangkok / Tailândia</p>	<p>[...] as políticas e parcerias para o empoderamento das comunidades e para a melhoria da saúde e da equidade em saúde, deveriam ser situadas no centro do desenvolvimento global e nacional.</p> <p>A Promoção da Saúde é um processo de capacitação de pessoas para exercerem controle sobre sua saúde e seus determinantes, e, portanto, para melhorarem a saúde.</p> <p>Construir capacidade para o desenvolvimento de políticas, liderança, prática da promoção da saúde, transferência de conhecimento e pesquisa e proporcionar informações sobre saúde.</p> <p>Regular e legislar para assegurar um alto nível de proteção para a redução de danos e oportunidades iguais para a saúde e o bem estar de todas as pessoas.</p> <p>Em comunidades menos desenvolvidas, o apoio para a construção de capacidades é particularmente importante.</p>

<p>Empowerment é a capacidade de pensar e agir criticamente. Essa noção tem uma referência dupla: para o indivíduo e para a sociedade.</p> <p>A relação entre indivíduo-sociedade é indissociável. O relacionamento entre as potencialidades humanas e as potencialidades sociais tem por finalidade educar as pessoas para serem capazes de questionar criticamente e intervir criativamente nas próprias instituições.</p>		<p>Comunidades bem organizadas e empoderadas são altamente efetivas na determinação da própria saúde, e são capazes de tornar os governos e o setor privado responsáveis pelas consequências para a saúde de suas políticas e práticas.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Quadro 8: Categorização da Participação na Carta de Ottawa
Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde**

PARTICIPAÇÃO <i>a priori</i>	DOCUMENTO OFICIAL	UNIDADE DE REGISTRO
<p>A concepção de participação tem em si um potencial transformador, ela envolve a noção de práxis, pois não é possível pensá-la teoricamente sem a sua identificação com a prática.</p> <p>A participação visa o aprofundamento do processo de descentralização e de democratização do poder pelo reconhecimento do direito da voz e de ter voz dos indivíduos e comunidades para criar e recriar, para influenciar, eleger, decidir e assumir criticamente sua participação no processo histórico de transformação da sociedade.</p> <p>A participação entendida como um elemento pedagógico visa educar os indivíduos e coletivos para pensar e agir a fim de desenvolver conhecimento crítico para sua própria emancipação, enquanto sujeitos e para o aprofundamento da sua capacidade de organização a fim de intervir e decidir sobre interesses do coletivo.</p> <p>A participação visa o aprofundamento do processo de descentralização e de democratização do poder pelo reconhecimento do direito da voz e de ter voz dos indivíduos e comunidades para criar e recriar, para influenciar, eleger, decidir e assumir criticamente sua participação no processo histórico de transformação da sociedade.</p>	<p>Realização: Organização Mundial da Saúde e Associação Canadense de Saúde Pública</p> <p>Título: Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde</p> <p>Tipo de documento: Carta de Ottawa</p> <p>Data e Local: 21/11/1986, na cidade de Ottawa / Canadá</p>	<p>Promoção da Saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.</p> <p>A promoção da saúde trabalha através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde. O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino.</p> <p>[...] aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor.</p> <p>A responsabilidade pela Promoção da Saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. Todos devem trabalhar juntos, no sentido de criarem um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde.</p>

<p>A participação entendida como um elemento pedagógico visa educar os indivíduos e coletivos para pensar e para agir a fim de desenvolver conhecimento crítico para sua própria emancipação, enquanto sujeitos, e para o aprofundamento da sua capacidade de organização a fim de intervir e decidir sobre interesses do coletivo.</p> <p>A participação visa o aprofundamento do processo de descentralização e de democratização do poder pelo reconhecimento do direito da voz e de ter voz dos indivíduos e comunidades</p>		<p>A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros.</p> <p>Os envolvidos neste processo (de Promoção da Saúde) devem ter como guia o princípio de que em cada fase do planejamento, implementação e avaliação das atividades de promoção da saúde, homens e mulheres devem participar como parceiros iguais.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Quadro 9: Categorização da Participação na Declaração de Adelaide
Segunda Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde**

PARTICIPAÇÃO <i>a priori</i>	DOCUMENTO OFICIAL	UNIDADE DE REGISTRO
<p>A participação visa o aprofundamento do processo de descentralização e democratização do poder.</p> <p>A participação visa o aprofundamento do processo de descentralização e democratização do poder pelo reconhecimento do direito da voz e de ter voz dos indivíduos e coletivos pra criar, influenciar, eleger, decidir e assumir criticamente sua participação no processo histórico de transformação social.</p> <p>A participação visa o aprofundamento do processo de descentralização e democratização do poder.</p> <p>A participação visa o aprofundamento do processo de descentralização e de democratização do poder pelo reconhecimento do direito da voz e de ter voz dos indivíduos e comunidades para criar e recriar, para influenciar, eleger, decidir e assumir criticamente sua participação no processo histórico de transformação da sociedade.</p>	<p>Realização: Organização Mundial da Saúde</p> <p>Título: Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde</p> <p>Tipo de documento: Declaração de Adelaide – Políticas Públicas Saudáveis</p> <p>Data e Local: 05 a 09 de abril de 1988 em Adelaide na Austrália</p>	<p>As mulheres são as principais promotoras da saúde em todo o mundo [...]. Grupos e organizações de mulheres são modelos para o processo de organização, planejamento e implementação do componente de Promoção da Saúde. [...]. Por sua participação efetiva na Promoção da Saúde, as mulheres deveriam ter mais acesso à informação e aos recursos do setor.</p> <p>Todas as mulheres, especialmente aquelas de grupos étnicos indígenas ou outras minorias, têm o direito à autodeterminação de sua saúde e deveriam ser parceiras plenas na formulação das políticas públicas voltadas à saúde, tendo assim assegurada sua identidade cultural.</p> <p>Esta Conferência propõe que os países comecem a desenvolver planos nacionais para a promoção de políticas públicas voltadas à saúde da mulher, nos quais os pontos da agenda do movimento de mulheres fossem respeitados e priorizados, incluindo como sugestão [...] igualdade de direitos na divisão de trabalho existente na sociedade.</p> <p>Para atingir melhores níveis de saúde, devemos encontrar novas formas de colaboração dentro e entre os diferentes atores e, também, entre os diversos níveis de decisão.</p>

**Quadro 10: Categorização da Participação na Declaração de Sundsvall
Terceira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde Ambientais
Favoráveis à Saúde**

PARTICIPAÇÃO <i>a priori</i>	DOCUMENTO OFICIAL	UNIDADE DE REGISTRO
<p>A participação visa o aprofundamento do processo de descentralização e de democratização do poder pelo reconhecimento do direito da voz e de ter voz dos indivíduos e comunidades para criar e recriar, para influenciar, eleger, decidir e assumir criticamente sua participação no processo histórico de transformação da sociedade.</p> <p>A participação visa o aprofundamento do processo de descentralização e democratização do poder.</p> <p>A concepção de participação tem em si um potencial transformador, ela envolve a noção de práxis, pois não é possível pensá-la teoricamente sem a sua identificação com a prática.</p> <p>A participação segundo a teoria educacional crítica tem por objetivo promover e criar condições para desenvolver conhecimentos, capacidades de discussão e de mobilização comprometidas com a ação-reflexão também crítica.</p>	<p>Realização: Organização Mundial da Saúde</p> <p>Título: Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Ambientais Favoráveis à Saúde</p> <p>Tipo de documento: Declaração de Sundsvall sobre ambientes favoráveis à saúde e desenvolvimento sustentável e a equidade</p> <p>Data e Local: 09 a 15 de junho de 1991 Sundsvall / Suécia</p>	<p>No contexto da saúde, o termo ambientes favoráveis, refere-se aos aspectos físico e social do nosso entorno. Este termo alcança os espaços nos quais as pessoas vivem: a comunidade, suas casas, seu trabalho e lazer. Também engloba as estruturas que determinam o acesso aos recursos para viver e as oportunidades para ter maior poder de decisão.</p> <p>A dimensão política, que requer dos governos a garantia da participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades. Também requer o compromisso com os direitos humanos, com a paz e com a realocação de recursos oriundos da corrida armamentista.</p> <p>A conclamação para a criação de ambientes favoráveis à saúde é uma proposta prática para ações de saúde pública no nível local, com a definição de atividades de saúde que permitam amplo envolvimento e controle da comunidade. Exemplos de todas as partes do mundo foram apresentados [...] eles mostraram claramente que ambientes favoráveis capacitam pessoas a expandirem suas capacidades e desenvolverem a auto-confiança.</p> <p>Aumentar o poder de decisão das pessoas e a participação comunitária são fatores essenciais num processo democrático de promoção da saúde e a força motriz para a autoconfiança e o desenvolvimento.</p>

Quadro 11: Categorização da Participação na Declaração de Santafé de Bogotá
Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde na América Latina

PARTICIPAÇÃO <i>a priori</i>	DOCUMENTO OFICIAL	UNIDADE DE REGISTRO
<p>A característica da concepção de participação é sua dupla referência, na qual a participação é orientada para ser desenvolvida tanto no nível individual como coletivo, o que não significa valorizar uma dimensão ou desprezar outra; <i>e</i></p> <p>A participação é entendida como um elemento pedagógico.</p> <p>A participação tem em si um potencial transformador, ela envolve a noção de práxis, pois não é possível pensá-la teoricamente sem a sua identificação com a prática. Ou seja, a participação segundo a teoria educacional crítica tem por objetivo promover e criar condições para desenvolver conhecimentos, capacidades de discussão e de mobilização comprometidas com a ação-reflexão também crítica.</p> <p>Visa o aprofundamento do processo de descentralização e democratização do poder pelo reconhecimento do direito da voz e de ter voz; <i>e</i></p> <p>A concepção de participação tem em si um potencial transformador, ela envolve a noção de práxis, pois não é possível pensá-la teoricamente sem a sua identificação com a prática;</p>	<p>Realização:</p> <p>Ministério da Saúde da Colômbia e Organização Pan-Americana da Saúde (OPS)</p> <p>Apoio: Ministério da Saúde da Bolívia, Equador e Nicarágua e dos representantes de Cuba, Guatemala e Panamá e da Prefeitura de La Paz.</p> <p>Título:</p> <p>Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na América Latina</p> <p>Tipo de documento:</p> <p>Declaração</p> <p>Local e Data:</p> <p>09 a 12 de novembro de 1992 em Santafé de Bogotá / Colômbia</p>	<p>A Promoção da Saúde destaca a importância da participação ativa das pessoas nas mudanças das condições sanitárias e na maneira de viver, condizentes com a criação de uma cultura de saúde. Dessa forma, o repasse de informação e a promoção do conhecimento constituem valiosos instrumentos para a participação e as mudanças dos estilos de vida nas comunidades.</p> <p>Levar a processos que conduzam nossos povos a criar ideais de saúde, mediante a completa tomada de consciência da importância da saúde e a determinação de realizar ações transcendentais de impacto neste campo.</p> <p>Fortalecer a capacidade da população nas tomadas de decisões que afetem sua vida e para optar por estilos de vida saudáveis</p>

<p>A participação entendida como um elemento pedagógico visa educar os indivíduos e comunidades para pensar e para agir a fim de desenvolver conhecimento crítico para sua própria emancipação, enquanto sujeitos, e para o aprofundamento da sua capacidade de organização a fim de intervir e decidir sobre interesses coletivos.</p>		<p>Estimular a investigação na promoção da saúde, para gerar ciência e tecnologia apropriada e disseminar o conhecimento resultante, de forma que se transforme em instrumento de liberdade, mudança e participação.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Quadro 12: Categorização da Participação na Declaração de Jacarta
Quarta Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde - Novos
Protagonistas para uma Nova Era: orientando a Promoção da Saúde
no século XXI**

PARTICIPAÇÃO <i>a priori</i>	DOCUMENTO OFICIAL	UNIDADE DE REGISTRO
<p>A concepção de participação tem em si um potencial transformador, ela envolve a noção de práxis, pois não é possível pensá-la teoricamente sem a sua identificação com a prática.</p> <p>A participação entendida como um elemento pedagógico visa educar os indivíduos e comunidades para pensar e para agir a fim de desenvolver conhecimento crítico para sua própria emancipação, enquanto sujeitos, e para o aprofundamento da sua capacidade de organização a fim de intervir e decidir sobre interesses coletivos.</p> <p>A participação envolve a noção de práxis, pois não é possível pensá-la teoricamente sem a sua identificação com a prática; e</p> <p>A participação é entendida como um elemento pedagógico.</p>	<p>Realização: Organização Mundial da Saúde</p> <p>Título: Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Novos Protagonistas para uma Nova Era: orientando a promoção da saúde no século XXI</p> <p>Tipo de documento: Declaração de Jaarta</p> <p>Data e Local: 21 a 25 de julho de 1997 em Jacarta na Indonésia</p>	<p>A participação é essencial para dar apoio ao esforço. Para ser eficaz é necessário que as pessoas estejam no meio da ação de Promoção da Saúde e do processo de tomada de decisão.</p> <p>Aprender sobre saúde fomenta a participação. O acesso à instrução e à informação é essencial para alcançar a participação eficaz e o direito de voz das pessoas e das comunidades.</p> <p>Para melhorar a capacidade das comunidades e promover a saúde, requer instrução prática, treinamento em liderança e acesso aos recursos. Dar o direito de voz às pessoas requer acesso mais consistente ao processo de tomada de decisão e às habilidades e conhecimentos essenciais para efetuar a mudança.</p>

**Quadro 13: Categorização da Participação na Declaração do México
Quinta Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde**

PARTICIPAÇÃO <i>a priori</i>	DOCUMENTO OFICIAL	UNIDADE DE REGISTRO
<p>A concepção de participação tem em si um potencial transformador, ela envolve a noção de práxis, pois não é possível pensá-la teoricamente sem a sua identificação com a prática.</p>	<p>Realização: Organização Mundial da Saúde</p> <p>Título: Quinta Conferência Global sobre Promoção da Saúde</p> <p>Tipo de documento: Declaração do México</p> <p>Data e Local: 05 a 09 de Junho de 2000 Cidade do México / México</p>	<p>Assegurar a participação ativa de todos os setores e da sociedade civil na implementação das ações de promoção da saúde que fortaleçam e ampliem as parcerias na área da saúde.</p>

**Quadro 14: Categorização da Participação na Carta de Bangkok
Sexta Conferência Global Sobre Promoção da Saúde**

PARTICIPAÇÃO <i>a priori</i>	DOCUMENTO OFICIAL	UNIDADE DE REGISTRO
<p>A concepção de participação tem em si um potencial transformador, ela envolve a noção de práxis, pois não é possível pensá-la teoricamente sem a sua identificação com a prática.</p> <p>A participação, entendida como um elemento pedagógico, visa educar os indivíduos e coletivos para pensar e para agir a fim de desenvolver conhecimento crítico para sua própria emancipação, enquanto sujeitos, e para o aprofundamento da sua capacidade de organização a fim de intervir e decidir sobre interesses do coletivo.</p>	<p>Realização: Organização Mundial da Saúde</p> <p>Título: Sexta Conferência Global de Promoção da Saúde</p> <p>Tipo de documento: Carta de Bangkok</p> <p>Data eLocal:: 07 a 11 de agosto de2005 em Bangkok / Tailândia</p>	<p>A Promoção da Saúde é um processo de capacitação de pessoas para exercerem controle sobre sua saúde e seus determinantes, e, portanto, para melhorarem a saúde.</p> <p>As comunidades e a sociedade civil frequentemente propiciam o início, a forma e o empreendimento da Promoção da Saúde. Elas necessitam ter o direito, os recursos e as oportunidades para que suas contribuições sejam ampliadas e sustentadas.</p>

**Quadro 15: Categorização da Dialogicidade na Carta de Ottawa
Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde**

DIALOGICIDADE <i>a priori</i>	DOCUMENTO OFICIAL	UNIDADE DE REGISTRO
	<p>Realização: Organização Mundial da Saúde e Associação Canadense de Saúde Pública</p> <p>Título: Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde</p> <p>Tipo de documento: Carta de Ottawa</p> <p>Data e Local: 21/11/1986, na cidade de Ottawa / Canadá</p>	<p>Inexiste unidade de registro nesta categoria</p>

**Quadro 16: Categorização da Dialogicidade na Declaração de Adelaide
Segunda Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde**

DIALOGICIDADE <i>a priori</i>	DOCUMENTO OFICIAL	UNIDADE DE REGISTRO
	<p>Realização: Organização Mundial da Saúde</p> <p>Título: Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde</p> <p>Tipo de documento: Declaração de Adelaide - Políticas Públicas Saudáveis</p> <p>Data e Local: 05 a 09 de abril de 1988 em Adelaide na Austrália</p>	<p>Inexiste unidade de registro nesta categoria</p>

**Quadro 17: Categorização da Dialogicidade na Declaração de Sundsvall
Terceira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde Ambientais
Favoráveis à Saúde**

DIALOGICIDADE <i>a priori</i>	DOCUMENTO OFICIAL	UNIDADE DE REGISTRO
	<p>Realização: Organização Mundial da Saúde</p> <p>Título: Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Ambientes Favoráveis à Saúde</p> <p>Tipo de documento: Declaração de Sundsvall sobre ambientes favoráveis à saúde e desenvolvimento sustentável e a equidade</p> <p>Data e Local: 09 a 15 de junho de 1991 Sundsvall / Suécia</p>	<p>Inexiste unidade de registro nesta categoria</p>

Quadro 18: Categorização da Dialogicidade na Declaração de Santafé de Bogotá
Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde na América Latina

DIALOGICIDADE <i>a priori</i>	DOCUMENTO OFICIAL	UNIDADE DE REGISTRO
	<p>Realização: Ministério da Saúde da Colômbia e Organização Pan-Americana da Saúde (OPS)</p> <p>Apoio: Ministério da Saúde da Bolívia, Equador e Nicarágua e dos representantes de Cuba, Guatemala e Panamá e da Prefeitura de La Paz.</p> <p>Título: Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na América Latina</p> <p>Tipo de documento: Declaração de Santafé de Bogotaá</p> <p>Local e Data: 09 a 12 de novembro de 1992 em Santafé de Bogotá / Colômbia.</p>	<p>Inexiste unidade de registro nesta categoria</p>

**Quadro 19: Categorização da Dialogicidade na Declaração de Jacarta
Quarta Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde - Novos
Protagonistas para uma Nova Era: orientando a Promoção da Saúde
no século XXI**

DIALOGICIDADE <i>a priori</i>	DOCUMENTO OFICIAL	UNIDADE DE REGISTRO
	<p>Realização: Organização Mundial da Saúde</p> <p>Título: Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Novos Protagonistas para uma Nova Era: orientando a promoção da saúde no século XXI</p> <p>Tipo de documento: Declaração de Jacarta</p> <p>Data e Local: 21 a 25 de julho de 1997 em Jacarta na Indonésia.</p>	<p>Inexiste unidade de registro nesta categoria</p>

**Quadro 20: Categorização da Dialogicidade na Declaração do México
Quinta Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde**

DIALOGICIDADE <i>a priori</i>	DOCUMENTO OFICIAL	UNIDADE DE REGISTRO
	<p>Realização: Organização Mundial da Saúde</p> <p>Título: Quinta Conferência Global sobre Promoção da Saúde</p> <p>Tipo de documento: Declaração do México</p> <p>Data e Local: 05 a 09 de Junho de 2000 Cidade do México</p>	<p>Inexiste unidade de registro nesta categoria</p>

**Quadro 21: Categorização analítica da Dialogicidade na Carta de Bangkok
Sexta Conferência Global Sobre Promoção da Saúde**

DIALOGICIDADE <i>a priori</i>	DOCUMENTO OFICIAL	UNIDADE DE REGISTRO
	<p>Realização: Organização Mundial da Saúde</p> <p>Título: Sexta Conferência Global de Promoção da Saúde</p> <p>Tipo de documento: Carta</p> <p>Data eLocal:: 07 a 11 de agosto de 2005 em Bangkok/Tailândia</p>	Inexiste unidade de registro nesta categoria

4.3.1.2

Resultados parciais da categorização *a posteriori*: Conjunto de quadros-síntese da categorização empírica, do Quadro 22 ao Quadro 24

A seguir apresentam-se os quadros das categorias empíricas da tese, elaborados a partir dos documentos oficiais sobre Promoção da Saúde, de 1986 a 2005. O ordenamento da análise deu-se por meio da utilização de cada categoria da tese, *empowerment*, participação e dialogicidade, sendo observadas em todas as conferências, num único *corpus*, respectivamente.

Quadro 22 - Categorização empírica de *empowerment* em todos os documentos

Obs: O uso de colchetes tem por finalidade ressaltar expressões / termos captados para a elaboração dos quadros-síntese, 25 e 26, apresentados a seguir.

UNIDADES DE REGISTRO	TEMA ²	IDÉIAS CENTRAIS DE <i>EMPOWERMENT</i> DOS DOCUMENTOS
<p>OTTAWA</p> <p>[Promoção da Saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde]</p> <p>[indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente]</p> <p>As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para [capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que</p>	<p>capacitação</p> <p>capacitação</p> <p>capacitar</p>	<p>atuar / realizar</p> <p>identificar satisfazer modificar</p> <p>informação habilidade/experiência optar/ escolher</p>

² O conceito de tema aqui adotado é o de Bardin, 1979. Segundo M. C. d'Unrug, citado por Bardin, (Op.cit., p. 105), tema é: "uma unidade de significação complexa, de comprimento variável; a sua validade não é de ordem lingüística, mas antes de ordem psicológica: podem constituir um tema, tanto uma afirmação como uma alusão [...].

<p>permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia].</p> <p>As pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem [capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde]</p> <p>[requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro]</p> <p>A promoção da saúde apóia o [desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e a intensificação das habilidades vitais]. Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam [exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente] bem como [fazer opções que conduzam a uma saúde melhor]</p> <p>[É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida preparando-as para as diversas fases da existência]</p> <p>Adotar uma postura abrangente que perceba e respeite as peculiaridades culturais. [Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável]</p> <p>[Apoiá-las (as pessoas) e capacitá-las para que se mantenham saudáveis a si próprias, às suas famílias e amigos]</p> <p>A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela [capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros]</p>	<p>capacitação</p> <p>capacitação</p> <p>potencialidades</p> <p>capacitação</p> <p>capacitar</p> <p>potencialidades</p> <p>capacitar</p> <p>capacitação</p>	<p>para controlar</p> <p>recursos informação oportunidade educação de</p> <p>intensificação de habilidades</p> <p>habilidade para fazer escolha; para optar, poder de controle</p> <p>ensinar / aprender instrumentalizar</p> <p>dar / oferecer apoio</p> <p>dar apoio</p> <p>decidir e controlar a sua saúde e a vida social (autonomia)</p>
<p>ADELAIDE</p> <p>As políticas saudáveis [facilitam opções saudáveis de vida para os cidadãos]</p> <p>uma política pública saudável [reconhece como peculiar a cultura de povos indígenas, minorias étnicas e</p>	<p>capacitação</p> <p>potencialidades</p>	<p>possibilidade escolha; de fazer opção</p> <p>reconhecimento cultural</p>

<p>imigrantes]</p> <p>[Os governos e os setores sociais que concentram recursos são igualmente responsáveis, perante os cidadãos], quanto às conseqüências das suas decisões políticas, ou pela falta delas, sobre a saúde das populações.</p> <p>A ação comunitária é um ponto central da promoção de políticas saudáveis Tomando-se em conta [a educação e o nível de alfabetização das populações, devem ser feitos esforços especiais para informar adequadamente] estas políticas públicas aos grupos que dela poderão melhor se beneficiar.</p> <p>[A capacidade potencial destas organizações (governos, ONG e organizações comunitárias) em preservar e promover a saúde das populações deve ser encorajada]</p> <p>[Todas as mulheres especialmente aquelas de grupos étnicos, indígenas ou outras minorias, têm o direito à autodeterminação de sua saúde] ... tendo assim assegurada sua identidade cultural</p> <p>[As instituições educacionais precisam responder às necessidades emergentes da nova saúde pública, reorientando os currículos existentes, no sentido de melhorar as habilidades em capacitação, mediação e defesa da saúde pública]</p>	<p>potencialidades</p> <p>capacitar</p> <p>potencialidades</p> <p>potencialidades</p> <p>capacitar</p>	<p>igualdade de responsabilidade</p> <p>informação</p> <p>garantir (preservar / promover)</p> <p>auto-determinação</p> <p>habilidade para educar</p>
<p>SUNDSWAL</p> <p>[ação social para a saúde e na mobilização de recursos e criatividade de indivíduos e comunidades. Para materializar este potencial faz-se necessária uma profunda mudança na maneira como se encara atualmente a saúde e o ambiente, além de um claro e forte compromisso político com políticas sustentáveis de saúde e ambientes]</p> <p>A necessidade de [reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores], inclusive os setores político e econômico, para que se possa desenvolver uma infra-estrutura mais positiva para ambientes favoráveis à saúde.</p> <p>Ambientes favoráveis [capacitam pessoas a expandirem suas capacidades e desenvolverem a autoconfiança]</p>	<p>potencialidades</p> <p>capacitação</p> <p>capacitação</p>	<p>criatividade; recursos; compromisso político</p> <p>valorizar e utilizar os saberes das pessoas; capacidades individuais</p> <p>autoconfiança; capacidades individuais</p>

<p>[Capacitar comunidades e indivíduos a ganhar maior controle sobre sua saúde e o ambiente] através da educação e maior participação nos processos de tomada de decisão.</p> <p>[a educação é um direito humano básico e um elemento-chave para realizar as mudanças políticas, econômicas e sociais necessárias para tornar a saúde possível para todos]</p> <p>[A educação deveria ser acessível durante toda a vida e baseada nos princípios da igualdade, particularmente com respeito à cultura, classe social e gênero]</p> <p>... [na capacidade de as sociedades melhorarem sua situação e garantirem uma qualidade de vida decente para as futuras gerações.</p>	<p>capacitar</p> <p>capacitação</p> <p>capacitação</p> <p>potencialidades</p>	<p>controle para intervir na sua saúde e no ambiente</p> <p>educação como direito/viabilização do direito à educação</p> <p>acesso a educação; oportunidades iguais de educação</p> <p>assegurar / garantir</p>
<p>SANTAFÉ DE BOGOTÁ</p> <p>O papel que corresponde à promoção da saúde para alcançar este propósito (equidade) consiste não só em identificar os fatores (econômicos, políticos e sociais) que favorecem a iniquidade e propor ações que diminuam seus efeitos, mas também em [atuar além, como um agente de mudança que induza transformações radicais nas atitudes e condutas da população e seus dirigentes]</p> <p>Impulsionar a cultura da saúde, [modificando valores, crenças, atitudes e relações que permitam chegar tanto à produção quanto ao usufruto de bens e oportunidades] para facilitar opções saudáveis. Com eles, serão possíveis a criação de ambientes saudáveis e o prolongamento de uma vida plena, com o máximo desenvolvimento das capacidades pessoais e sociais.</p> <p>... levar a [processos que conduzam nossos povos a criarem ideais de saúde, mediante a completa tomada de consciência da importância da saúde e a determinação de realizar ações transcendentais de impacto neste campo]</p>	<p>capacitação</p> <p>capacitar</p> <p>capacitar</p>	<p>induzir à mudança de conduta; à ação; a atuar</p> <p>transformar atitudes e condutas; fazer opção saudável</p> <p>determinação; induzir a mudança de conduta; conscientização</p>

Fortalecer a [capacidade da população nas tomadas de decisões que afetem sua vida e para optar por estilos de vida saudáveis]	capacitação	fazer opção saudável; influenciar; modificar
<p>JACARTA</p> <p>É um [processo para permitir que as pessoas tenham maior controle sobre sua saúde] e para melhorá-la.</p> <p>As estratégias de promoção da saúde podem [provocar e modificar estilos de vida, assim como as condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde]. A promoção da saúde é um enfoque prático para a obtenção de maior equidade em saúde.</p> <p>[Aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo].</p> <p>A promoção da saúde efetua-se pelo e com o povo, e não sobre e para o povo. [Ela melhora tanto a habilidade das pessoas para agir como a capacidade de grupos, organizações ou comunidades para influenciar os determinantes da saúde]</p> <p>Para [melhorar a capacidade das comunidades e promover a saúde, requer instrução prática, treinamento em liderança e acesso aos recursos]. Dar o direito de voz às pessoas [requer acesso mais consistente ao processo de tomada de decisão e às habilidades e conhecimentos essenciais para efetuar a mudança].</p>	<p>capacitação</p> <p>capacitar</p> <p>capacitação</p> <p>capacitar</p> <p>capacitação</p> <p>capacitar</p>	<p>fortalecer o controle de indivíduos e grupos</p> <p>induzir a; modificar; provocar</p> <p>permitir; autorizar facultar; dar</p> <p>agir; modificar; influenciar</p> <p>instrumentalização; treinamento</p> <p>habilidade/conhecimentos para mudança</p>
<p>DECLARAÇÃO DO MÉXICO</p> <p>a necessidade urgente de abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, sendo preciso [fortalecer os mecanismos de colaboração para a promoção da saúde em todos os setores e níveis da sociedade]</p> <p>Mobilização de recursos financeiros e operacionais que [fortaleçam a capacidade humana e institucional para o desenvolvimento, implementação, monitoramento e avaliação dos planos de ação nacionais]</p>	<p>potencialidades</p> <p>potencialidades</p>	<p>colaboração</p> <p>atuação; o controle pelos indivíduos e grupos</p>

<p>BANGKOK</p> <p>as políticas e parcerias para o [<i>empoderamento</i> das comunidades e para a melhoria da saúde e da equidade em saúde, deveriam ser situadas no centro do desenvolvimento global e nacional]</p> <p>A Promoção da Saúde é um [processo de capacitação de pessoas para exercerem controle sobre sua saúde e seus determinantes], e, portanto, para melhorarem a saúde.</p> <p>[Construir capacidade para o desenvolvimento de políticas, liderança, prática da promoção da saúde], [transferência de conhecimento e pesquisa e proporcionar informações sobre saúde]</p> <p>[Regular e legislar para assegurar um alto nível de proteção para a redução de danos] e [oportunidades iguais para a saúde e o bem estar de todas as pessoas]</p> <p>Em comunidades menos desenvolvidas, o [apoio para a construção de capacidades] é particularmente importante.</p> <p>[Comunidades bem organizadas e <i>empoderadas</i> são altamente efetivas na determinação da própria saúde] e são capazes de tornar os governos e o setor privado responsáveis pelas conseqüências para a saúde de suas políticas e práticas.</p>	<p>potencialidades</p> <p>capacitação</p> <p>capacitar</p> <p>capacitar</p> <p>capacitar</p> <p>capacitação</p>	<p><i>empowerment</i> comunitário / equidade</p> <p>habilitar para exercer o controle</p> <p>construir conhecimento transferir conhecimento; proporcionar informação</p> <p>decidir pelo interesse da maioria; influenciar numa posição de poder político</p> <p>dar apoio; oferecer apoio</p> <p>auto-determinação</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quadro 23 - Categorização empírica de participação em todos os documentos

Obs: O uso de colchetes tem por finalidade ressaltar expressões / termos captados para a elaboração dos quadros-síntese, 25 e 26, apresentados a seguir.

UNIDADES DE REGISTRO	TEMA	IDÉIAS CENTRAIS DE PARTICIPAÇÃO DOS DOCUMENTOS
<p>OTTAWA</p> <p>Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, [incluindo uma maior participação no controle deste processo]</p> <p>A promoção da saúde trabalha através de [ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde]. [O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino]</p> <p>[aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor]</p> <p>[A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos] Todos devem trabalhar juntos, no sentido de criarem um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde.</p> <p>A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. ... [pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida] e pela [luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros]</p> <p>Em cada fase do planejamento, implementação e avaliação das atividades de promoção da saúde,</p>	<p>controle social</p> <p>controle social</p> <p>poder</p> <p>controle social</p> <p>poder de decisão</p> <p>controle social</p> <p>poder</p> <p>poder de decisão</p>	<p>agir / para atuar sobre a saúde (capacitação para)</p> <p>atividade capacidade para agir de modo efetivo/ concreto</p> <p>capacidade de decidir / controlar a si mesmo e a vida</p> <p>capacidade de escolher; de optar; de exercer o controle (dimensão individual)</p> <p>compartilhar responsabilidade</p> <p>capacidade de controlar; de decidir a própria vida (dimensão individual)</p> <p>instrumento de realização da democracia</p> <p>parceria</p>

[homens e mulheres devem participar como parceiros iguais]		
<p>ADELAIDE</p> <p>Por sua participação efetiva na promoção da saúde, as mulheres deveriam ter mais [acesso à informação e aos recursos do setor]</p> <p>Todas as mulheres, [deveriam ser parceiras plenas na formulação das políticas públicas voltadas à saúde], tendo assim assegurada sua identidade cultural.</p> <p>[Igualdade de direitos] na divisão de trabalho existente na sociedade</p> <p>Para atingir melhores níveis de saúde, devemos encontrar novas [formas de colaboração dentro e entre os diferentes atores, e também entre os diversos níveis de decisão]</p>	<p>poder de decisão</p> <p>controle social</p> <p>poder de decisão</p> <p>poder de decisão</p>	<p>Informação (a informação para criar estruturas para a realização da participação; não pode ser um recurso isolado)</p> <p>capacidade de cooperação; capacidade de desenvolver relações culturais</p> <p>dividir / compartilhar responsabilidades</p> <p>colaboração</p>
<p>SUNDSVAL</p> <p>No contexto da saúde, o termo ambientes favoráveis, refere-se aos aspectos físico e social do nosso entorno. Este termo alcança os espaços nos quais as pessoas vivem: a comunidade, suas casas, seu trabalho e lazer. Também [engloba as estruturas que determinam o acesso aos recursos para viver e as oportunidades para ter maior poder de decisão].</p> <p>A dimensão política, que requer dos governos a [garantia da participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades]. Também requer o compromisso com os direitos humanos, com a paz e com a realocação de recursos oriundos da corrida armamentista.</p> <p>A conclamação para a criação de ambientes favoráveis à saúde é [uma proposta prática para ações de saúde pública no nível local, com a definição de atividades de saúde que permitam amplo envolvimento e controle da comunidade]</p> <p>[aumentar o poder de decisão das pessoas e a participação comunitária são fatores essenciais num processo democrático de promoção da saúde]</p>	<p>poder de decisão</p> <p>descentralização e democratização do poder</p> <p>controle social</p> <p>poder de decisão</p>	<p>recursos e oportunidades</p> <p>descentralização de recursos e de poder</p> <p>atividade / ação prática;</p> <p>capacidade para decidir e de participar</p>
SANTAFÉ DE BOGOTÁ		

<p>a promoção da saúde destaca a importância da [participação ativa das pessoas nas mudanças das condições sanitárias e na maneira de viver, condizentes com a criação de uma cultura de saúde]. Dessa forma, [o repasse de informação e a promoção do conhecimento constituem valiosos instrumentos para a participação e as mudanças dos estilos de vida nas comunidades]</p> <p>Levar a processos que conduzam nossos povos a criar ideais de saúde, mediante a completa [tomada de consciência da importância da saúde e a determinação de realizar ações transcendentais de impacto neste campo].</p> <p>Fortalecer a [capacidade da população nas tomadas de decisões que afetem sua vida e para optar por estilos de vida saudáveis]</p> <p>[Estimular a investigação na promoção da saúde, para gerar ciência e tecnologia apropriada e disseminar o conhecimento resultante, de forma que se transforme em instrumento de liberdade, mudança e participação]</p>	<p>poder</p> <p>poder</p> <p>poder</p> <p>controle social</p> <p>poder de decisão</p>	<p>repasse de informação /conhecimento;</p> <p>instrumentalizar a ação; ativismo para mudanças de comportamentos social e individual</p> <p>decidir, determinação instrumentalizar a ação</p> <p>capacidade de decidir e fazer escolha; mudar comportamento individual;</p> <p>compartilhar / divulgar conhecimento sobre promoção da saúde</p>
<p>JAKARTA</p> <p>[A participação é essencial para dar apoio ao esforço. Para ser eficaz é necessário que as pessoas estejam no meio da ação de promoção da saúde e do processo de tomada de decisão]</p> <p>Aprender sobre saúde fomenta a participação. O [acesso à instrução e à informação é essencial para alcançar a participação eficaz e o direito de voz das pessoas e das comunidades]</p> <p>Para melhorar a capacidade das comunidades e promover a saúde, requer instrução prática, treinamento em liderança e acesso aos recursos. [Dar o direito de voz às pessoas requer acesso mais consistente ao processo de tomada de decisão e às habilidades e conhecimentos essenciais para efetuar a mudança].</p>	<p>controle social</p> <p>poder de decisão</p> <p>poder de decisão</p>	<p>dar apoio</p> <p>informação / transmissão / assimilação</p> <p>Instrução; habilidade</p>

<p>DECLARAÇÃO DO MÉXICO</p> <p>Assegurar a participação ativa de todos os setores e da sociedade civil na [implementação das ações de promoção da saúde que fortaleçam e ampliem as parcerias na área da saúde]</p>	controle social	ação e parcerias
<p>CARTA DE BANGKOK</p> <p>A Promoção da Saúde é um [processo de capacitação de pessoas para exercerem controle sobre sua saúde e seus determinantes], e, portanto, para melhorarem a saúde.</p>	controle social	capacidade para agir e para controlar a saúde

Quadro 24 - Categorização empírica da dialogicidade em todos os documentos³

UNIDADES DE REGISTRO	TEMA	IDÉIAS CENTRAIS DE DIALOGICIDADE DOS DOCUMENTOS
OTTAWA		
ADELAIDE		
SUNDSVALL		
SANTAFÉ DE BOGOTÁ		
JACARTA		
DECLARAÇÃO DO MÉXICO		
CARTA DE BANGKOK		

³ Embora a dialogicidade não tenha se revelado como uma categoria empírica, optamos por organizar sua apresentação sob a forma de quadro justamente para realçar sua ausência, uma vez que não foi identificada como tal em todos os documentos analisados nesta tese.

5 Discussão dos Resultados Finais

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

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

5.1 Interpretação sobre *Empowerment*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2 Interpretação sobre Participação

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

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

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

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

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

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

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

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

⁷ A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988, no Art. 196, do Capítulo II – Seguridade Social, afirma que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p.88).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3 Interpretação sobre Dialogicidade

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

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

Dialogicidade	Tema	Núcleos de Sentido

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6

Considerações Finais

Nesta tese pesquisamos as concepções das categorias de *empowerment*, participação e dialogicidade, no contexto da Promoção da Saúde, como política pública proposta por alguns países e apoiada pela Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde, tendo por referência analítica a Teoria Educacional Crítica. A escolha da Promoção da Saúde dá-se porque como política pública, ela intenciona possibilitar uma práxis transformadora da realidade de saúde dos indivíduos bem como dos coletivos, o que remete sua abordagem a vários outros campos do conhecimento além da saúde, sobretudo ao campo educacional, conforme investigado nesta tese.

Especificamente, analisamos as concepções destas categorias nas Cartas e Declarações da Promoção da Saúde, de 1986 a 2005, caracterizando as temáticas e os sentidos que nelas se expressam, a partir da formulação teórica que apresentamos a respeito da Teoria Educacional Crítica.

A pesquisa utilizou como material de análise, as Cartas e Declarações oficiais da Promoção da Saúde, conforme relacionadas abaixo:

- A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa/Canadá, 1986, cujo documento é a Carta de Ottawa;
- A II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Austrália, 1988, com a Declaração de Adelaide;
- A III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Ambientes Favoráveis à Saúde, 1991, Sundsvall/Suécia, que aprovou a Declaração de Sundsvall;
- A 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na América Latina, Santafé de Bogotá/Colômbia, 1992, com a Declaração de Santafé de Bogotá;
- A IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1997, Jacarta/Indonésia, redige a Declaração de Jacarta - Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde no Século XXI; é o documento que explicita a educação como orientadora de estratégias e ações de Promoção da Saúde;

- A V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 2000, Cidade do México/México, quando os Ministros da Saúde assinam a Declaração do México; e
- A VI Conferência Global sobre Promoção da Saúde, 2005, Bangkok/Tailândia, com a Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde no Mundo Globalizado.

O exercício metodológico realizado sobre esses documentos oficiais da Promoção da Saúde, acima discriminados, revela, dentre muitos temas que extrapolam o âmbito dos conceitos usualmente pertinentes ao cuidar da saúde de sujeitos e coletivos, os escolhidos para a pesquisa desta tese, *empowerment*, participação e dialogicidade.

Essa abrangência, se por um lado expande o conhecimento e a prática da Promoção da Saúde, em decorrência da incorporação de saberes de outras áreas, e por estabelecer que saúde não é somente a superação da doença, sinaliza ambigüidades internas nos documentos, pela ausência de uma teoria sobre as premissas orientadoras de uma reflexão crítica teórico-prática no campo da Promoção da Saúde. E é neste contexto que esta tese verificou que a Teoria Educacional Crítica, conforme aqui recortada, é uma das teorias que pode dar sustentação e concretização à práxis transformadora proposta nas Cartas e Declarações da Promoção da Saúde. Esta teoria possibilita a emancipação dos sujeitos, em quaisquer campos do conhecimento onde o processo educativo seja demandado, evidenciando-se muito importante para o campo da saúde.

Na complexidade do campo promocional, aqui examinado, a Teoria Educacional Crítica não se encontra representada em sua inteireza nos documentos analisados.

Os documentos examinados expressam diversas dimensões da educação, identificadas nos processos de *empowerment*, individual e comunitário; no reforço da ação comunitária; no desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais; na participação popular; como opção de estilos de vida saudável; na capacitação da população para tomar decisões favoráveis à sua saúde e para participar no processo de decisão política, entre outros, no entanto sem menção de teoria do campo da educação crítica de respaldo.

Os processos educativos sejam formais e ou não formais, são fundamentais para a construção da consciência crítica demandada pelas concepções de *empowerment*, participação e dialogicidade, que interagem continuamente nos processos individuais e coletivos dos campos da educação e da saúde.

A construção consciente de hábitos saudáveis, por meio de processos educacionais, favorecedores dessa transformação, tal como proposto na Teoria Educacional Crítica, objetiva restabelecer o potencial crítico emancipatório da educação, considerando as especificidades do campo da saúde, reforçando o vínculo entre esses dois saberes, pois toda ação em saúde envolve um ato educativo, o que por si só, implica a inclusão da Promoção da Saúde no campo da educação.

Nesta direcionalidade, entendemos que as conclusões desta tese são as enumeradas a seguir.

1. A participação é a categoria que aparece explicitamente em todos os documentos, sendo, portanto, um dos pressupostos mais importantes da Promoção da Saúde, seja do ponto de vista conceitual, seja do ponto de vista prático. Na análise empírica, as idéias centrais nos documentos examinados, apontam de modo predominante para uma participação instrumental (Quadro 23) em termos da capacidade para decidir e agir (controle social); compartilhar direitos e deveres (poder de decisão) e do agir (poder) (Quadro 26); em relação aos projetos que dizem respeito à saúde e meio ambiente, nos âmbitos individual e coletivo;
2. O *empowerment* é uma categoria intrinsecamente relacionada à participação, no sentido de que sem esta não é possível ocorrer acumulação de poder, tanto individual quanto coletivo. Nos documentos oficiais, o *empowerment* se pauta de forma predominante nas idéias centrais de atuar, satisfazer, modificar, oferecer apoio, informação, nas noções de autonomia, entre outros (Quadro 22); e quando fazemos a interpretação desses documentos (Quadro 25), verificamos uma perspectiva instrumental da concepção e não aquela capaz de transformar a práxis da saúde, haja vista as identificações restritivas desta categoria como transferir conhecimentos e controle da própria vida

(capacitar/capacitação); e desenvolvimento de potencialidades (potencialidades);

3. A dialogicidade, como práxis do diálogo, a possibilidade “no refletir do agir”, é a chave das comunicações e práticas entre profissionais e clientes dos serviços de saúde, sendo este diálogo caracterizado pelo encontro entre sujeitos no interior de uma práxis engajada, comprometida com a transformação social. Por implicar reconhecer o outro, interagindo com ele, é a concepção que permite os clientes dos serviços de saúde serem entendidos como sujeitos e não como objetos de intervenção. Essa compreensão conduz ao diálogo construído na relação sujeito-sujeito, fundamental para a aprendizagem, tanto dos indivíduos quanto do coletivo, seja de usuários do sistema, seja dos profissionais do sistema de saúde. No entanto, não se encontra referência a esta concepção, em nenhum dos documentos (Quadros 24 e 27);
4. Tomando-se a participação, o *empowerment* e a dialogicidade, esta última apresenta-se como aquela concepção que possibilita que as duas primeiras assumam concretude na realidade, iniciando-se com o diálogo, caminho que permite aos seres humanos ampliarem suas significações como sujeitos. Assim, parafraseando Freire, promove um mundo em constante transformação e humanização, por não ser apenas idéias que vão e voltam sem uma interação real;
5. Os documentos analisados são pouco específicos conceitualmente e não apresentam proposições práticas para a incorporação da Teoria Educacional Crítica no campo da Promoção da Saúde. Entendemos tal fato como a inclinação dos organismos internacionais em atender à diversidade de interesses dos países, regiões e localidades, sejam de mercado, sejam político-partidários, comprometidos ou não com mudanças sociais, entre outras razões.
6. A transformação de sujeitos, voltada para saúde, requer o entendimento de que a educação ocorre na forma de processo, na qual aprender é construir e não adquirir conhecimentos, significando o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais, e não adaptação ou reprodução de comportamentos e atitudes. Em complementação, esses processos somente terão significado em termos da aprendizagem, se forem re-

significados no contexto da vida sócio-cultural dos indivíduos e grupos de indivíduos, conforme postulado pela Teoria Educacional Crítica;

7. A Promoção da Saúde, em seus documentos, demanda um caráter pedagógico com dimensões do conhecimento científico e popular, da cultura, não sendo possível pensá-lo sem incluir uma estruturação de questões como valores, escolhas, desejos, inclinações, necessidades, singularidades, poder e conflitos individuais e ou coletivos. Nesse sentido, somente os envolvidos no processo de aprendizagem poderão decidir sobre a incorporação ou descarte da construção de conhecimento sobre sua saúde e o meio ambiente, o que reforça a necessidade da Teoria Educacional Crítica;
8. A análise das concepções e sentidos apresentados nesta tese, de acordo com a formulação teórica apresentada e sua verificação nos documentos oficiais examinados, demonstra que a práxis transformadora, um dos princípios essenciais tanto da Promoção da Saúde como da Teoria Educacional Crítica, não está contemplada. Tal constatação permite concluir que as propostas contidas nas Cartas e Declarações de Promoção da Saúde necessitam das contribuições da Teoria Educacional Crítica, junto aos sujeitos e coletivos na área da saúde, concebendo-se, portanto, a relevância do *empowerment*, da participação e da dialogicidade para sua concretização.

Estas conclusões apontam para uma continuidade da investigação sobre as inter-relações dos conteúdos desses dois campos de conhecimentos articulados na atual pesquisa, contribuindo assim para a compreensão maior dos profissionais de saúde e da sociedade em geral. O desenvolvimento do pensamento crítico é capaz de incrementar a prática no campo da Promoção da Saúde, considerando-se a inter-relação entre saúde e educação como fundamental para o avanço nas condições de saúde das pessoas e conseqüentemente dos coletivos.

Assim sendo, nossa pesquisa demonstra que a Teoria Educacional Crítica poderia atender às exigências da práxis do campo da Promoção da Saúde, pela sua condição de atuar na construção consciente desses saberes, mediando-os com a realidade social, possibilitando a capacitação de indivíduos e coletivos à transformação pessoal e comunitária.

7

Referências Bibliográficas

ADORNO, T. e HORKHEIMER, M. *Dialética do esclarecimento: fragmentos filosóficos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

ARATO, A. e COHEN, J. *Sociedade civil e teoria social*. In: AVRITZER, L. *Sociedade civil e democratização*. Belo Horizonte: Del Rey, 1994.

AROUCA, A. S. *O Dilema Preventivista: uma contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Tese de Doutorado, São Paulo: Campinas Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 1975.

AKERMAN, M. et al. *É possível avaliar um imperativo ético? Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), v. 9, n.3, p 605-615, jul-set. 2004.

ASSMANN, H. *Reencantar a Educação: rumo à sociedade aprendente*. 2. ed. Petrópolis: Vozes. 1998.

BACELLAR, C. Fontes Documentais. Uso e mau uso dos arquivos. In: PINSKY, C. B. (org). *Fontes Históricas*. São Paulo: Contexto, 2005.

BANNELL, R. I. *Habermas & a Educação*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2006.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.

BAUER, M. W. *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som. Um Manual Prático*. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: MS, 1986.

_____. Congresso Nacional. *Constituição da República Federativa do Brasil 1988*. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 out. 1988.

_____. Lei n.º 8080, 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 de setembro de 1990 a.

_____. Lei n.º 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990 b.

_____. Ministério da Saúde. Resolução n.º 258, de 7 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica/Sus 01/91, constante do Anexo I, da presente resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde. (Ementa elaborada pela CDI/MS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 de janeiro de 1991.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto a esta portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral a saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema. *Diário Oficial da União*, DF, 6 de novembro de 1996.

_____, Ministério da Saúde, *Informação, Educação e Comunicação. Promoção da Saúde Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá*. Brasília, DF: [s.n.], 1996.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Série B. Textos Básicos em Saúde, Brasília/DF:2002. Disponível em http://www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.htm

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, documento disponível em: <<http://www.saude.gov.br/svs>>

BECKER, D. et al. Empowerment e avaliação participativa de um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), v. 9 n. 3, p. 655-667, jul-set. 2. 2004.

BLUM, H.L. *Planning for Health: development and application of social change theory*. Nova Iorque: human science Press, 1979.

BUSS, P. et al. *Promoção da Saúde e a Saúde Pública. Contribuição para o debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina*. Mimeografado, [s.n.]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ, 1998.

BUSS, P. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D. (org) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

CANCLINI, N. G. *A globalização Imaginada*. São Paulo: Iluminuras, 2003.

CARVALHO, J. M de. *Cidadania no Brasil: um longo caminho*. 2 ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2002.

CARVALHO, R. S. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n. 4, Jul-ago. 2004 a.

_____. As contradições da promoção à Saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), v. 9, n.3, p 669-678, jul-set. 2004 b.

_____. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.

CASTIEL, L. D. Promoção de Saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria ‘comunidade’ *Cadernos de Saúde Pública - Artigo Especial*, 38 (5): 615-22. Rio de Janeiro. 2004.

CHOR, D. & FAERSTEIN, E. *Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças: um enfoque epidemiológico*. Mimeografado, [s.n.]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ, 2000.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. *Declaração de Alma-Ata*, URSS, 1978.

CORRÊA, V. *Globalização e Neoliberalismo: o que isso tem a ver com você, professor?* 2. ed. Rio de Janeiro: Quartet, 2003.

DEMO, P. *Participação é Conquista*. 5ª ed., São Paulo: Cortez, 2001.

DEVER, G. E. A. Holistic Health: an epidemiological model for policy analysis. In: *Community Health Analysis*. Maryland: Aspen Publ. Inc. 1980.

FERREIRA, J. R. A Promoção da Saúde: entre Alma-Ata e a Carta de Ottawa. In: *Conferência Regional Latino-America de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde*. Mimeografado. São Paulo, 2002.

FIORI, J. L. *Os moedeiros falsos*. 2.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

_____. Globalização, hegemonia e império. In: TAVARES, M. C. & FIORI, J. L. (Org) *Poder e dinheiro: uma economia política da globalização*. 4 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

FREITAG, B. *Teoria Crítica Ontem e Hoje*. 3 ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1990.

_____. *Teoria Crítica Ontem e Hoje*. 5 ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 2004.

FREIRE, P. A. *Pedagogy for Liberation: dialogues on transforming education*. South Hadley, MA, Begin and Garvey, 1987.

_____. *Pedagogia do Oprimido*. 22ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

_____. Educação e Participação Comunitária. IN: CASTELLS, M. et. al. *Novas Perspectivas Críticas em Educação*. Porto Alegre: Artes médicas, 1996.

_____. *Pedagogia da Esperança: Um reencontro com a Pedagogia do Oprimido*. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

_____. *Pedagogia da Autonomia. Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra (Coleção Leitura). Edição Especial 1.00.000 de exemplares. 2007.

GADOTTI, M. e col. *Perspectivas Atuais da Educação*. Porto Alegre: ARTMED editora, 2000.

_____. Paulo Freire: uma biobibliografia. São Paulo: Cortez, 2001.

Disponível:

www.unesco.org.br/publicações/livros/paulofreire/mostra_documento>

GEUSS, R. *Teoria Crítica: Habermas e a Escola de Frankfurt*. São Paulo: Papyrus, 1988.

GIROUX, H. *Teoria Crítica e Resistência em Educação*. Rio de Janeiro: Vozes. 1986;

_____. *Escola Crítica e Política Cultural*. São Paulo: Cortez, 1987;

_____. *Os Professores como Intelectuais: rumo a uma pedagogia crítica da aprendizagem*. Porto alegre: Artes Médicas, 1997.

_____. *Cruzando as Fronteiras do Discurso Educacional. Novas políticas em educação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

GOMES, R. A. Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. IN: MINAYO, M. C. (org). *Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis-RJ: Vozes, 1994.

_____. Análise e Interpretação de Dados de Pesquisa Qualitativa. IN: MINAYO, M. C. (org). *Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade*. 25ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

GREEN, L. W.& RAEBURN, J. M. Health Promotion What is it? What will it become? *Health Promotion*. v. 3, (2), p. 151-159, 1988.

GUIMARÃES, R. *Determinação Social e a Doença Endêmica: o caso da tuberculose*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Abrasco- SDE/ENSP, 1990.

GUIMARÃES, C. F. & MENEGHEL, S. N. Subjetividade e Saúde Coletiva: produção de discursos na re-significação do processo saúde-doença no pós-moderno. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*. V.III, n.2 p.353-371. Set. 2003.

GUTIERREZ, M. *et al.* Perfil descritivo-situacional del sector de la promoción y educación en salud: Colombia. In: ARROYO, HV e CERQUEIRA, MT (eds.), 1996. *La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en America Latina: Un analisis Sectorial*. Editorial de la Universidad de Puerto Rico.

HIRST, P. & THOMPSON, G. *Globalização em questão*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

JACCOBI, P. R. Educação, ampliação da cidadania e participação. *Educação e Pesquisa*. São Paulo, v. 26, n. 2, p. 11-29, jul / dez, 2000.

JAPIASSU, H & MARCONDES, D. *Dicionário Básico de Filosofia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

KONDER, L. *O Futuro da Filosofia da Práxis: o pensamento de Marx no século XXI*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

LALONDE, M. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ministère de la Santé Nationale et du Bien-être social, ISBN 0-662-5, 1974.

_____. El concepto de 'campo de la salud': uma perspectiva canadiense. In: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Promoción de la Salude: una antologia*. Washington: OPAS, 1996.

LIBÂNEO, J. C. As Teorias Pedagógicas Modernas Revisitadas pelo Debate Contemporâneo na Educação. IN: LIBÂNEO, J. C e SANTOS, A. (orgs) *Educação na era do conhecimento em rede e transdisciplinaridade* Campinas, SP: Editora Alínea, 2005.

LIMA, C. L. *A escola como organização educativa: uma abordagem sociológica*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

LÓPES, M. E. Promoción de la Salud. *Investigación y Educación en Enfermería*; Medellín: n. 2, p. 125-134, Septiembre. 1998.

LOPES, R. C. *O Programa de Controle da Tuberculose no Município de Duque de Caxias/RJ e a Educação em Saúde: uma perspectiva de promoção da saúde ou prevenção da doença?* 2000.151f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

LUPTON, D. *The Imperative of Health: public health and the regulated body*. Sage: London, 1995.

_____. *Risk: key Ideas*. London and New York, Routledge, 1999.

KICKBUSCH, I. The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion. *American Journal of Public Health*, Vol. 93, No. 3, p. 383-388, March, 2003.

McKEOWN, T. & LOWE, C. R. *Introducción a la Medicina Social*. 4ª ed. Siglo XXI, México, 1989.

MACLAREN, P. *A vida nas Escolas: uma introdução à pedagogia crítica nos fundamentos da educação*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.

_____. *Multiculturalismo Revolucionário: pedagogia do dissenso pra o novo milênio*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

MELO, J.C. Educação Sanitária: Uma Visão Crítica. *CADERNOS CEBES*, Rio de Janeiro, n. 4, p. 28-43. Cortez Editora, 1984.

MICHAELIS, Dicionário Ilustrado Inglês-Português. São Paulo: Melhoramentos, 1998.

MINAYO, M.C. DE S. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 2. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

_____. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MÜHL, E. H. *Habermas e a educação: ação pedagógica como agir comunicativo*. Passo Fundo: UPF, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Promoción de la salud: una antología*. Publicación Científica n. 557. Washington, D.C., Estados Unidos da América: OPS, 1996, p. 367-372.

_____. *Declaração de Jacarta*, 1997.

_____. *Declaração do México*, 2000.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Promoción de la salud: una antología*. Publicación Científica n.557, Washington, D.C., Estados Unidos da América: OPS, 1996; 403 p.

OSHIRO, J. H. *Educação para a Saúde nas Instituições de Saúde Pública*. 1988. 238 f. Dissertação (Mestrado em Educação) PUC de São Paulo. São Paulo.

OLIVEIRA, A. R. DA. *O problema da verdade e a educação: uma abordagem a partir de Horkheimer*. Disponível em: <http://www.educacaoonline.pro.br>

PINSKY, J. & PINSKY, C. B. (orgs). *História da Cidadania*. 2. ed. São Paulo: contexto, 2003.

PINSKY, C. B. (org). *Fontes Históricas*. São Paulo: Contexto, 2005.

RABELLO, L. S. *Promoção da Saúde: Desafio ou Adaptação? A construção social do conceito, de Alma-Ata aos dias atuais, no Brasil e no Canadá*. Tese de doutorado pela Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

PERINE, E. *O Abandono do Tratamento da Tuberculose: transgredindo regras, banalizando conceitos*. Tese de doutorado pela Universidade Federal de Minas Gerais / BH, 1998.

PRESTES, N. P. *Educação e Racionalidade: conexões e possibilidades de uma razão comunicativa na escola*. Porto Alegre: EDIPUCRS, Coleção Filosofia – 36, 1996.

RANDOM HOUSE WEBSTER'S COLLEGE DICTIONARY. Random House, 1995.

RIGER, S. What's wrong with empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 21, n.3: 279-292, 1993.

RISSEL, C. Empowerment: the holy grail of health promotion? *Health Promotion International* 9, n.1: 39-46, 1994.

RODWELL, M. C. An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 305-313, 1996.

ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: UNESP. Série Saúde em Debate, 1994.

SANTOS B. S. Da ciência moderna ao novo senso comum. In: SANTOS B. S. *Para um Novo Senso Comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. Os processos da globalização. In: SANTOS B. S. (Org). *A Globalização e as Ciências Sociais*. São Paulo: Cortez, 2002.

SERRANO, M. M. & LEMOS, M. S. Reforma Sanitária e Promoção da Saúde: uma possibilidade emancipatória. In: *CONGRESSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE*. Mimeografado, Rio de Janeiro, 2003, p.1-14.

SEVERINO, A. J. *Educação, sujeito e história*. São Paulo: Olhod'Água, 2005.

SGRÓ, R. M. *Educação Pós-Filosofia da História: racionalidade e emancipação*. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, D. J. DA. *Ética e Educação para a Sensibilidade em Max Horkheimer*. Ijuí: Ed. UNIJUÍ, Coleção fronteiras da educação, 2001.

TAVARES, M. C. & FIORI, J. L. (Org). *Poder e dinheiro: uma economia política da globalização*. 4 ed. Petrópolis,RJ: Vozes, 1998.

TRAYNOR, M. A brief history of empowerment: response to discussion with Julianne Cheek. *Primary Health Care Research and Development*, 4: 129-136, 2003.

TERRIS, M. Conceptos de la Promoción de la Salud: Dualidades de la Teoría de la Salud Publica. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Promoción de la salud: una antología*. Publicación Científica n.557, Washington, D.C., Estados Unidos da América: OPS, 1996; p. 37-44

VASCONCELOS, E. M. *O Poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias*. São Paulo: Paulus, 2003.

VÁZQUEZ, A. S. *Filosofia da Práxis*. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

VIEIRA, L. *Cidadania e Globalização* 6 ed., Rio de Janeiro: Record, 2002.

WALLERSTEIN, N. & BERNSTEIN, E. Introduction to Community Empowerment, Participatory Education, and Health. *Health Education Quarterly* 21, n.2: 141-148, 1994

WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! *Saúde e Sociedade* v.13, n.1, p.14-24, jan./abr., 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION / UNITED NATIONS CHILDRENS' FUND (WHO/UNICEF). Primary Health Care: report of the International Conference on PHC, Alma-Ata, USSR, Geneva: WHO, sept., 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION / EUROPE (WHO/EUROPE). Health Promotion: a discussion document on the concept and principles. Copenhagen: WHO / Regional Office for Europe, 1984.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Disponível em <http://www.who.int/hpr/docs/ottawa.html>, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Adelaide Charter for Health Promotion*. Disponível em <http://www.who.int/hpr/docs/adelaide.html>, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Sundsvall Charter for Health Promotion*. Disponível em <http://www.who.int/hpr/docs/sundsvall.html>, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Santafé the Bogotá Charter for Health Promotion*. Disponível em <http://www.who.int/hpr/docs/santafédebogota.html>, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The Bangkok Charter for Health Promotion*. Disponível em <http://www.who.int/hpr/docs/bangkok.html>, 2005

ZITKOSKI, J.J. *Paulo Freire & a Educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

8 ANEXOS

Anexo A	Carta de Ottawa	130
Anexo B	Declaração de Adelaide	135
Anexo C	Declaração de Sundsvall	142
Anexo D	Declaração de Santafé de Bogotá	148
Anexo E	Declaração de Jacarta	152
Anexo F	Declaração do México	157
Anexo G	Carta de Bangkok	159

ANEXO A - CARTA DE OTTAWA

PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE Ottawa, novembro de 1986

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, apresenta neste documento sua Carta de Intenções, que seguramente contribuirá para se atingir Saúde para Todos no Ano 2000 e anos subseqüentes.

Esta Conferência foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. As discussões focalizaram principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo.

As discussões foram baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o documento da OMS sobre Saúde Para Todos, assim como com o debate ocorrido na Assembléia Mundial da Saúde sobre as ações intersetoriais necessárias para o setor.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.

A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

PRÉ-REQUISITOS PARA A SAÚDE

As condições e os recursos fundamentais para a saúde são: Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda - ecossistema estável – recursos sustentáveis - justiça social e equidade. O incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos.

DEFESA DE CAUSA

A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. As ações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis.

CAPACITAÇÃO

Alcançar a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde. As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. As pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde, o que se aplica igualmente para homens e mulheres.

MEDIAÇÃO

Os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde. Mais importante, a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia. As pessoas, em todas as esferas da vida, devem envolver-se neste processo como indivíduos, famílias e comunidades. Os profissionais e grupos sociais, assim como o pessoal de saúde, têm a responsabilidade maior na mediação entre os diferentes, em relação à saúde, existentes na sociedade.

As estratégias e programas na área da promoção da saúde devem se adaptar às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, bem como levar em conta as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos.

SIGNIFICADO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONSTRUINDO POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS

A promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde. Ela coloca a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as conseqüências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e a aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde.

A política de promoção da saúde combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais. É uma ação coordenada que aponta para a equidade em saúde, distribuição mais eqüitativa da renda e políticas sociais. As ações conjuntas contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis.

A política de promoção da saúde requer a identificação e a remoção de obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis nos setores que não estão diretamente ligados à saúde. O objetivo maior deve ser indicar aos dirigentes e políticos que as escolhas saudáveis são as mais fáceis de realizar.

CRIANDO AMBIENTES FAVORÁVEIS

Nossas sociedades são complexas e inter-relacionadas. Assim a saúde não pode estar separada de outras metas e objetivos. As inextricáveis ligações entre a população e seu meio-ambiente constituem a base para uma abordagem socioecológica da saúde. O princípio geral orientador para o mundo, as nações, as regiões e até mesmo as comunidades é a necessidade de encorajar a ajuda recíproca – cada um a cuidar de si próprio, do outro, da comunidade e do meio-ambiente natural. A conservação dos recursos naturais do mundo deveria ser enfatizada como uma responsabilidade global.

Mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um significativo impacto sobre a saúde. Trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas. A organização social do trabalho deveria contribuir para a constituição de uma sociedade mais saudável.

A promoção da saúde gera condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis.

O acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio-ambiente produzem sobre a saúde – particularmente, nas áreas de tecnologia, trabalho, produção de energia e urbanização – é essencial e deve ser seguido de ações que assegurem benefícios positivos para a saúde da população. A proteção do meio-ambiente e a conservação dos recursos naturais devem fazer parte de qualquer estratégia de promoção da saúde.

REFORÇANDO A AÇÃO COMUNITÁRIA

A promoção da saúde trabalha através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde. O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino.

O desenvolvimento das comunidades é feito sobre os recursos humanos e materiais nelas existentes para intensificar a auto-ajuda e o apoio social, e para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado.

DESENVOLVENDO HABILIDADES PESSOAIS

A promoção da saúde apóia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor.

É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem se realizar através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais.

REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. Todos devem trabalhar juntos, no sentido de criarem um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde.

O papel do setor saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. Os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais. Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais.

A reorientação dos serviços de saúde também requer um esforço maior de pesquisa em saúde, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde. Isto precisa levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é.

VOLTADOS PARA O FUTURO

A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros.

Cuidado, holismo e ecologia são temas essenciais no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde. Além disso, os envolvidos neste processo devem ter como guia o princípio de que em cada fase do planejamento, implementação e avaliação das atividades de promoção da saúde, homens e mulheres devem participar como parceiros iguais.

COMPROMISSOS COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Os participantes desta Conferência comprometem-se a:

- atuar no campo das políticas públicas saudáveis e advogar um compromisso político claro em relação à saúde e à equidade em todos os setores;
- agir contra a produção de produtos prejudiciais à saúde, a degradação dos recursos naturais, as condições ambientais e de vida não-saudáveis e a má-nutrição; e centrar sua atenção nos novos temas da saúde pública, tais como a poluição, o trabalho perigoso e as questões da habitação e dos assentamentos rurais;
- atuar pela diminuição do fosso existente, quanto às condições de saúde, entre diferentes sociedades e distintos grupos sociais, bem como lutar contra as desigualdades em saúde produzidas pelas regras e práticas desta mesma sociedade;
- reconhecer as pessoas como o principal recurso para a saúde; apoiá-las e capacitá-las para que se mantenham saudáveis a si próprias, às suas famílias e amigos, através de financiamentos e/ou outras formas de apoio; e aceitar a comunidade como porta-voz essencial em matéria de saúde, condições de vida e bem-estar;
- reorientar os serviços de saúde e os recursos disponíveis para a promoção da saúde;
- incentivar a participação e colaboração de outros setores, outras disciplinas e, mais importante, da própria comunidade;
- reconhecer a saúde e sua manutenção como o maior desafio e o principal investimento social dos governos; e dedicar-se ao tema da ecologia em geral e das diferentes maneiras de vida;
- a Conferência conclama a todos os interessados juntar esforços no compromisso por uma forte aliança em torno da saúde pública.

POR UMA AÇÃO INTERNACIONAL

A Conferência conclama a OMS e outras organizações internacionais para a defesa da promoção da saúde em todos os fóruns apropriados e para o apoio aos países no estabelecimento de estratégias e programas para a promoção da saúde.

A Conferência está firmemente convencida de que se as pessoas, as ONGs e organizações voluntárias, os governos, a OMS e demais organismos interessados, juntarem seus esforços na introdução e implementação de estratégias para a promoção da saúde, de acordo com os valores morais e sociais que formam a base desta Carta, a Saúde Para Todos no Ano 2000 será uma realidade!

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE ADELAIDE

SEGUNDA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE Adelaide, Austrália, 5-9 de abril de 1988.

A adoção da Declaração de Alma-Ata, há uma década atrás, foi o marco mais importante o movimento Saúde Para Todos no Ano 2000, lançado pela Assembléia Mundial da Saúde, em 1977. Estruturado sobre o reconhecimento da saúde como um objetivo social fundamental, a Declaração dá uma nova direção às políticas de saúde, enfatizando a participação comunitária, a cooperação entre os diferentes setores da sociedade e os cuidados primários de saúde como seus fundamentos conceituais.

O ESPÍRITO DE ALMA-ATA

O espírito de Alma-Ata foi transposto à Carta de Compromisso com a Promoção da Saúde, adotada em Ottawa, em 1986. Aquele documento estabelece o desafio da mudança em direção a novas políticas de saúde que reafirmem a justiça social e a equidade como pré-requisitos para a saúde, assim como a defesa da saúde e a mediação política como processos indispensáveis para alcançá-la.

A Carta identifica cinco campos de ação para a promoção da saúde:

- construção de políticas públicas saudáveis;
- criação de ambientes favoráveis à saúde;
- desenvolvimento de habilidades;
- reforço da ação comunitária;
- reorientação dos serviços de saúde.

Estas ações são interdependentes, mas somente o conjunto de políticas públicas voltadas para a saúde estabelecerá o ambiente necessário para que as outras quatro ações mencionadas sejam possíveis.

A Conferência de Adelaide, realizada em abril de 1988 e cujo tema central foram as políticas voltadas para a saúde (políticas saudáveis), manteve a direção já estabelecida nas Conferências de Alma-Ata e Ottawa. Duzentos e vinte participantes de quarenta e dois países compartilharam experiências sobre como formular e implementar políticas públicas saudáveis. As estratégias para a ação em prol de políticas públicas voltadas para a saúde, recomendadas a seguir, refletem o consenso alcançado na Conferência de Adelaide.

POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS

As políticas públicas saudáveis caracterizam-se pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população. O principal propósito de uma política pública saudável é criar um ambiente favorável para que as pessoas possam viver vidas saudáveis. As políticas

saudáveis facilitam opções saudáveis de vida para os cidadãos. Criam ambientes sociais e físicos comprometidos com a saúde.

Para formular políticas públicas saudáveis, os setores governamentais de agricultura, comércio, educação, indústria e comunicação devem levar em consideração a saúde como um fator essencial. Estes setores deveriam ser responsabilizados pelas conseqüências de suas decisões políticas sobre a saúde da população. Deveriam, também, dar tanta atenção à saúde quanto aos assuntos econômicos.

O VALOR DA SAÚDE

A saúde é ao mesmo tempo um direito humano fundamental e um sólido investimento social. Os governos devem investir recursos em políticas públicas saudáveis e em promoção da saúde, de maneira a melhorar o nível de saúde dos seus cidadãos. Um princípio básico de justiça social é assegurar que a população tenha acesso aos meios imprescindíveis para uma vida saudável e satisfatória. Ao mesmo tempo, isto aumentará, de maneira geral, a produtividade da sociedade tanto em termos sociais como econômicos. Políticas públicas voltadas à saúde e planejadas para curto prazo trarão benefícios econômicos de longo prazo, como demonstrado por diversos casos apresentados durante a Conferência. Novos esforços devem ser despendidos para integrar políticas econômicas, sociais e de saúde em ações concretas.

EQÜIDADE, ACESSO E DESENVOLVIMENTO

As iniquidades no campo da saúde têm raízes nas desigualdades existentes na sociedade. Para superar as desigualdades existentes entre as pessoas em desvantagem social e educacional e as mais abastadas, requer-se políticas que busquem incrementar o acesso daquelas pessoas a bens e serviços promotores de saúde, e criar ambientes favoráveis.

Tal política deveria estabelecer alta prioridade aos grupos mais desprivilegiados e vulneráveis. Além disso, uma política pública saudável reconhece como peculiar a cultura de povos indígenas, minorias étnicas e imigrantes. A igualdade no acesso aos serviços de saúde, particularmente quanto aos cuidados primários, é um aspecto vital da equidade em saúde.

Novas desigualdades em saúde podem advir das rápidas mudanças estruturais resultantes de tecnologias emergentes. No caso da Região Européia da OMS, por exemplo, o principal alvo no que concerne à Saúde para Todos é que, “no ano 2000, as diferenças atuais no nível de saúde entre países, e entre grupos num mesmo país, devem ser reduzidas, ao menos, em 25%, melhorando o nível de saúde das nações e grupos desprivilegiados”.

Devido ao grande fosso existente entre os países quanto ao nível de saúde, os países desenvolvidos têm a obrigação de assegurar que suas próprias políticas públicas tenham impacto positivo na saúde das nações em desenvolvimento. A Conferência recomenda que todos os países estabeleçam políticas públicas voltadas de maneira explícita para a saúde.

RESPONSABILIDADES PELA SAÚDE

As recomendações desta Conferência somente se materializarão se os governos estabelecerem ações concretas nos níveis nacional, regional e local. O desenvolvimento de políticas públicas saudáveis é tão importante no nível local quanto no nível nacional.

Os governos devem definir metas explícitas que enfatizem a promoção da saúde. A responsabilidade pública pela saúde é um componente essencial para o fornecimento das políticas públicas comprometidas com a saúde. Os governos e os setores sociais que concentram recursos são igualmente responsáveis, perante os cidadãos, quanto às conseqüências das suas decisões políticas, ou pela falta delas, sobre a saúde das populações. Um dos compromissos das políticas públicas voltadas à saúde deve ser o de medir e difundir o impacto destas políticas na saúde, em linguagem que os diferentes grupos sociais possam facilmente compreender. A ação comunitária é um ponto central da promoção de políticas saudáveis. Tomando-se em conta a educação e o nível de alfabetização das populações, devem ser feitos esforços especiais para informar adequadamente estas políticas públicas aos grupos que dela poderão melhor se beneficiar.

A Conferência enfatiza a necessidade de avaliar o impacto destas políticas. Devem ser desenvolvidos sistemas de informação para a saúde que apóiem este processo. Isto encorajará os níveis mais altos de decisão a alocarem futuros recursos na implementação das políticas públicas saudáveis.

PARA ALÉM DOS CUIDADOS DE SAÚDE

As políticas públicas voltadas para a saúde devem responder aos desafios colocados por um mundo de crescentes e dinâmicas transformações tecnológicas, com suas complexas intenções ecológicas e crescente interdependência internacional. As possíveis conseqüências destes desafios no campo da saúde não podem ser resolvidas pela maioria dos atuais sistemas de cuidados à saúde, que estão ultrapassados. Os esforços em promover a saúde são essenciais, o que requer uma abordagem integrada do desenvolvimento social e econômico, que restabeleça os laços entre a reforma social e a reforma da saúde, propostos como princípio básico pela OMS desde a década passada.

PARCEIROS NO PROCESSO POLÍTICO

Os governos têm um importante papel no campo da saúde, mas este é também extremamente influenciado por interesses corporativos e econômicos, organizações não governamentais e organizações comunitárias. A capacidade potencial destas organizações em preservar e promover a saúde das populações deve ser encorajada.

Sindicatos, comércio e indústria, associações acadêmicas e lideranças religiosas têm muitas oportunidades em atuar na melhoria da saúde da população como um todo. Novas alianças devem ser forjadas, visando promover o incremento das ações de saúde.

ÁREAS DE AÇÃO

A Conferência identificou quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis:

✓ Apoio à saúde da mulher

As mulheres são as principais promotoras da saúde em todo o mundo, embora muito do seu trabalho seja feito sem pagamento ou por uma remuneração mínima. Grupos e organizações de mulheres são modelos para o processo de organização, planejamento e implementação do componente de promoção da saúde. Os grupos de mulheres deveriam receber mais reconhecimento e apoio dos políticos e instituições. Contraditoriamente, este investimento no trabalho da mulher aumenta a desigualdade, por não receberem salários ou serem sub-assalariadas. Por sua participação efetiva na promoção da saúde, as mulheres deveriam ter mais acesso à informação e aos recursos do setor. Todas as mulheres, especialmente aquelas de grupos étnicos, indígenas ou outras minorias, têm o direito à autodeterminação de sua saúde e deveriam ser parceiras plenas na formulação das políticas públicas voltadas à saúde, tendo assim assegurada sua identidade cultural.

Esta Conferência propõe que os países comecem a desenvolver planos nacionais para a promoção de políticas públicas voltadas à saúde da mulher, nos quais os pontos da agenda do movimento de mulheres fossem respeitados e priorizados, incluindo como sugestão as seguintes propostas:

- igualdade de direitos na divisão de trabalho existente na sociedade;
- práticas de parto baseadas nas preferências e necessidades das mulheres;
- mecanismos de apoio à mulher trabalhadora, como: apoio a mulheres com crianças, licença-maternidade, licença para acompanhamento dos cuidados a filhos doentes.

✓ Alimentação e nutrição

A eliminação da fome e da má-nutrição são objetivos fundamentais das políticas públicas voltadas à saúde. Estas políticas devem garantir acesso universal a quantidades suficientes de alimentos de boa qualidade e que respeitem as peculiaridades culturais. Políticas de alimentação e nutrição devem integrar métodos de produção e distribuição de alimentos dos setores público e privado, para atingir preços equitativos. Políticas de alimentação e nutrição que integrem harmonicamente a agricultura, a economia e os fatores ambientais deveriam ser uma prioridade de todos os governos para obter um maior impacto na saúde nos níveis nacional e internacional.

O primeiro passo para a implementação deste tipo de política deve ser o estabelecimento de metas sociais em alimentação e nutrição. Quando o Estado cria taxas e subsídios a produtos, estes devem ser usados prioritariamente em prol

da melhoria do acesso da população a uma alimentação mais saudável e a uma dieta mais rica.

A Conferência recomenda que os governos implementem imediatamente ações diretas em todos os níveis para aumentar seu poder de compra no mercado de alimentos e assegurar que os estoques de alimentos sob sua responsabilidade e controle garantam ao consumidor acesso rápido a uma comida mais saudável (incluem-se aí, também, os estoques de alimentos em e para hospitais, escolas, abrigos e locais de trabalho).

✓ Tabaco e álcool

O uso do fumo e o abuso do álcool são dois grandes riscos à saúde que merecem imediata ação dentro da perspectiva das políticas públicas voltadas à saúde. Está cientificamente reconhecido que o fumo não só faz um imenso mal diretamente ao fumante como também aos chamados fumantes-passivos, especialmente crianças. O álcool contribui para distúrbios sociais e traumas físicos e mentais. Além disso, devemos lembrar as sérias conseqüências ecológicas do tabaco como cultura muito rentável, principalmente em países com economias já empobrecidas, o que contribui para a atual crise mundial de produção e distribuição de alimentos.

A produção e o “marketing” da indústria do tabaco e do álcool são atividades altamente rentáveis, especialmente para os governos, devido aos elevados impostos. Os governos freqüentemente consideram que as conseqüências econômicas da redução da produção e consumo do tabaco e do álcool não compensariam os ganhos que se obteriam na saúde.

Esta Conferência alerta todos os governos para o elevado potencial humano perdido por doenças e mortes causadas pelo uso do fumo e abuso do álcool. Os governos deveriam se comprometer em desenvolver uma política pública voltada à saúde, traçando metas nacionais significativas na redução da produção de tabaco e distribuição de álcool, assim como do “marketing” e do consumo, para o ano 2000.

✓ Criando ambientes saudáveis

Muitas pessoas vivem e trabalham em condições prejudiciais a suas saúde e estão potencialmente expostas a produtos perigosos. Tais problemas, muitas vezes, transcendem as fronteiras nacionais. A administração e gestão ambiental deveriam proteger a saúde humana dos efeitos adversos diretos e indiretos de fatores biológicos, químicos e físicos, e deveriam reconhecer que homens e mulheres são parte do complexo ecossistema universal. A extrema, mas limitada diversidade de recursos naturais, usados para melhorar as condições de vida, é essencial ao ser humano. Políticas que promovam a saúde só podem ser sucesso em ambientes que conservem os recursos naturais, através de estratégias ecológicas de alcance global, regional e local.

É necessário um elevado grau de compromisso em todos os níveis e escalões do governo. São necessários esforços para uma coordenação inter-setorial, visando

assegurar que as decisões que levem a saúde em consideração sejam encaradas como prioridade ou pré-requisito para o desenvolvimento industrial e da agropecuária. Em nível internacional, a Organização Mundial da Saúde deveria desempenhar um papel mais intensivo junto aos governos para a aceitação destes princípios, apoiando o conceito de desenvolvimento sustentável.

Esta Conferência defende que, como prioridade, a saúde pública e os movimentos ecológicos juntem suas forças para o desenvolvimento socio-econômico e, simultaneamente, dos limitados recursos do planeta.

DESENVOLVENDO NOVAS ALIANÇAS NA SAÚDE

O compromisso com políticas públicas voltadas à saúde exige uma abordagem que enfatiza consulta e negociação. Políticas públicas saudáveis requerem fortes defensores que coloquem a saúde no topo da agenda dos políticos e dirigentes públicos. Isto significa promover o trabalho de grupos de defesa da saúde e auxiliar a mídia a interpretar a complexidade dos assuntos de política de saúde.

As instituições educacionais precisam responder às necessidades emergentes da nova saúde pública, reorientando os currículos existentes, no sentido de melhorar as habilidades em capacitação, mediação e defesa da saúde pública. No desenvolvimento das políticas, o poder deve migrar do controle para o apoio técnico. Além disso, são necessários eventos que permitam troca de experiências nos níveis local, nacional ou internacional.

A Conferência recomenda que grupos de trabalho locais, nacionais e internacionais:

- estabeleçam centros promotores de boa prática no desenvolvimento das políticas públicas saudáveis;
- desenvolvam redes de pesquisadores, educadores e gestores, para discutir processos de análise e implementação das políticas públicas voltadas a saúde.

COMPROMISSOS PARA UMA SAÚDE PÚBLICA GLOBAL

Os pré-requisitos para o desenvolvimento social e da saúde são a paz e a justiça social; alimentação adequada e água potável; educação e moradia decentes; um papel profícuo na sociedade e renda adequada; conservação dos recursos naturais e proteção do ecossistema. As políticas públicas saudáveis e o compromisso para uma saúde pública global dependerão das bases de uma forte cooperação internacional para agir nas questões que, por sua amplitude e complexidade, ultrapassam as fronteiras nacionais.

DESAFIOS FUTUROS

1. Assegurar uma distribuição equitativa dos recursos, mesmo em condições econômicas adversas, é um desafio para todas as nações.
2. A meta de Saúde para Todos no Ano 2000 somente será alcançada se a criação e preservação das condições de vida e trabalho saudáveis forem uma preocupação central em todas as decisões de políticas públicas. O trabalho em boas condições (proteção no trabalho, oportunidades de emprego, qualidade de vida produtiva do trabalhador) afeta significativamente a saúde e a felicidade das pessoas.
3. O desafio fundamental para as nações e as agências internacionais alcançarem políticas públicas voltadas à saúde é o de desenvolver parcerias para a construção da paz, respeitando os direitos humanos, a justiça social, a ecologia e o desenvolvimento sustentável em todo o planeta.
4. Em muitos países, a saúde é responsabilidade de diferentes instâncias de decisões políticas. Para atingir melhores níveis de saúde, devemos encontrar novas formas de colaboração dentro e entre os diferentes atores, e também entre os diversos níveis de decisão.
5. Políticas públicas voltadas à saúde devem assegurar que os avanços das tecnologias direcionadas à atenção à saúde ajudem, em vez de esconder, o processo de aprimoramento da equidade social.

A Conferência recomenda fortemente que a OMS continue o intenso trabalho de promoção da saúde através das cinco estratégias descritas na Carta de Ottawa. É urgente que a OMS expanda suas iniciativas a todas as regiões, como um processo integrado deste trabalho. Apoio aos países em desenvolvimento, principalmente aos mais pobres, é crucial para o sucesso deste processo.

RENOVAÇÃO DO COMPROMISSO

No interesse da saúde global, os participantes da Conferência de Adelaide conclamam que todos reafirmem o compromisso por uma forte aliança na saúde pública, como preceitua a Carta de Ottawa.

ANEXO C - DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL

TERCEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE Sundsvall, Suécia, 9-15 de junho de 1991

A Terceira Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde - Ambientes Favoráveis à Saúde, realizada em junho de 1991, faz parte da seqüência de eventos que começaram com o compromisso da OMS de atingir as metas de Saúde Para Todos no Ano 2000 (1977). Esta decisão foi seguida pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, da UNICEF/OMS, em Alma-Ata (1978), e pela Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde nos Países Industrializados (Ottawa, 1986).

Encontros subsequentes sobre Políticas Públicas Saudáveis (Adelaide, 1988) e a convocação para a Ação: Promoção da Saúde nos Países em Desenvolvimento (Genebra, 1989) clarificam a relevância e o significado da promoção da saúde.

Paralelamente, desenvolveu-se na área da saúde um interesse público cada vez maior sobre a questão da ameaça ao meio-ambiente global. Isto foi claramente expresso pela Comissão Mundial pelo Desenvolvimento e o Meio-Ambiente no seu relatório "Nosso Futuro Comum", que trouxe um novo entendimento ao tema do desenvolvimento sustentável.

A Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Ambientes Favoráveis à Saúde, com participantes de 81 países, conclama todos os povos, nas diferentes partes do globo, a se engajarem ativamente na promoção de ambientes mais favoráveis à saúde. Ao examinar, conjuntamente, a situação atual da saúde e do meio ambiente, a Conferência aponta para a situação de milhões de pessoas que vivem em extrema pobreza e privação, em um ambiente altamente degradado que ameaça cada vez mais sua saúde, fazendo com que a meta da Saúde Para Todos no Ano 2000 torne-se extremamente difícil de ser atingida. Doravante, o caminho deve ser tornar o ambiente - físico, social, econômico ou político - cada vez mais propício à saúde.

A Conferência de Sundsvall identifica muitos exemplos e abordagens para se criar ambientes favoráveis e promotores de saúde, que podem ser usados por políticos e governos, ativistas comunitários e outros setores da saúde e do meio ambiente. A Conferência reconhece que todos têm um papel na criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde.

UMA CONVOCAÇÃO PARA A AÇÃO

Esta convocação é dirigida diretamente a políticos e outros atores responsáveis pela tomada de decisões em todos os setores relevantes e diferentes níveis de sociedade. Conclama, ainda, que todos os defensores e ativistas do setor saúde, do meio ambiente e da justiça social unam forças e formem uma aliança voltada para o objetivo comum de atingir a Saúde Para Todos no Ano 2000. Nós, participantes desta Conferência, nos comprometemos a levar esta mensagem de volta a nossos países, governos e comunidades para o início de ações imediatas neste sentido.

Conclamamos também as organizações do Sistema das Nações Unidas a reforçarem a cooperação entre si e incentivarem-se mutuamente na direção de um verdadeiro compromisso com o desenvolvimento sustentável e a equidade.

Um ambiente favorável e de suprema importância para a saúde. Ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis. Atingir estas duas metas deve ser o objetivo central ao se estabelecer prioridades para o desenvolvimento e devem ter precedência no gerenciamento diário das políticas governamentais.

As desigualdades refletem-se cada vez mais no largo fosso do nível de saúde existente, tanto no interior de nossos países como entre países ricos e pobres. Isto é inaceitável. São necessárias ações urgentes para se atingir uma maior justiça social em saúde.

Milhões de pessoas estão vivendo em extrema pobreza e privação, num meio ambiente cada vez mais degradado, tanto nas zonas rurais como urbanas. Devido aos conflitos armados, um alarmante e nunca visto número de pessoas sofrem trágicas conseqüências para a saúde e o bem-estar. O rápido crescimento populacional é a maior ameaça ao desenvolvimento sustentável. Muitas pessoas são obrigadas a sobreviver sem água potável, alimentação adequada, abrigo e saneamento.

A pobreza frustra o desejo e os sonhos das pessoas de construir um futuro melhor, enquanto seu acesso limitado às estruturas políticas solapa as bases de sua autodeterminação. Para muitos, a educação é inatingível ou insuficiente, ou ainda falha em capacitar e fortalecer as populações mais pobres. Milhões de pessoas não têm acesso à educação básica e têm pouca esperança num futuro melhor. As mulheres, maioria da população mundial, ainda são muito oprimidas. Elas são sexualmente exploradas e sofrem discriminação no mercado de trabalho e em muitas outras áreas, impedindo-as exercer um papel mais relevante na criação de ambientes favoráveis à saúde.

Mais de um milhão de pessoas no mundo têm acesso inadequado aos cuidados básicos (essenciais) de saúde. Os sistemas de atenção à saúde, indubitavelmente, precisam ser reforçados.

A solução destes imensos problemas repousa na ação social para a saúde e na mobilização de recursos e criatividade de indivíduos e comunidades. Para materializar este potencial faz-se necessária uma profunda mudança na maneira como se encara atualmente a saúde e o ambiente, além de um claro e forte compromisso político com políticas sustentáveis de saúde e ambiente. As soluções estão além de um sistema de saúde nos moldes tradicionais.

As iniciativas devem vir de todos os setores que possam contribuir para a criação de um ambiente mais favorável e fomentador de saúde, e devem ser levadas a cabo pelas pessoas nas suas comunidades, nacionalmente pelos governos e ONGs, e, globalmente, através das organizações internacionais. As ações devem envolver, predominantemente, setores como a educação, transporte, habilitação, desenvolvimento urbano, produção industrial e agricultura.

DIFERENTES AÇÕES PARA ATINGIR AMBIENTES FAVORÁVEIS À SAÚDE

No contexto da saúde, o termo “ambientes favoráveis” refere-se aos aspectos físico e social do nosso entorno. Este termo alcança os espaços nos quais as pessoas vivem: a comunidade, suas casas, seu trabalho e lazer. Também engloba as estruturas que determinam o acesso aos recursos para viver e as oportunidades para ter maior poder de decisão. As ações possíveis para a criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde têm diferentes dimensões: física, social, espiritual, econômica e política. Estas dimensões estão intrinsecamente ligadas em uma interação dinâmica. As ações precisam ser coordenadas tanto no nível local como nos níveis regional, nacional e mundial, para encontrar soluções verdadeiramente sustentáveis.

A Conferência sublinha quatro aspectos para um ambiente favorável e promotor de saúde:

1. A dimensão social, que inclui as maneiras pela quais normas, costumes e processos sociais afetam a saúde. Em muitas sociedades, as relações sociais tradicionais estão mudando e podem ameaçar a saúde. Por exemplo, o crescente isolamento social, a perda de significados e propósitos coerentes de vida ou a perda de valores tradicionais e da herança cultural.
2. A dimensão política, que requer dos governos a garantia da participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades. Também requer o compromisso com os direitos humanos, com a paz e com a realocação de recursos oriundos da corrida armamentista.
3. A dimensão econômica, que requer o reescalonamento dos recursos para o alcance da meta Saúde Para Todos no Ano 2000 e o desenvolvimento sustentável, o que inclui a transferência de tecnologia segura e correta.
4. A necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive os setores político e econômico, para que se possa desenvolver uma infra-estrutura mais positiva para ambientes favoráveis à saúde. A carga de trabalho das mulheres deveria ser reconhecida e compartilhada entre homens e mulheres. As organizações comunitárias de mulheres devem ter voz forte no desenvolvimento das políticas e estruturas de promoção da saúde.

PROPOSTAS PARA AÇÃO

A Conferência de Sundsvall acredita que as propostas para a implementação das estratégias para a Saúde Para Todos no Ano 2000 devam refletir dois princípios fundamentais:

1. A equidade deve ser a prioridade básica na criação de ambientes favoráveis à saúde, reunindo energia e poder criativo com a inclusão de todos os seres humanos num único esforço. Todas as políticas que almejam um desenvolvimento sustentável devem estar sujeitas a novas formas e processos de prestação de contas, de maneira a alcançar uma distribuição mais equitativa de recursos e responsabilidades. Toda alocação de recursos e ação política deve ser baseada em prioridades e compromissos claros para com os mais pobres, aliviando a dura vida dos marginalizados, grupos minoritários e pessoas com deficiência física. O mundo industrializado precisa pagar o débito humano e ambiental que acumulou através da exploração do mundo em desenvolvimento.
2. Ações do setor público para criar ambientes favoráveis à saúde devem levar em conta a interdependência entre todos os seres vivos, e devem gerenciar os recursos naturais, levando em consideração as necessidades das futuras gerações. Os povos indígenas têm uma peculiar relação espiritual e cultural com o ambiente físico, que pode servir como uma rica lição para o resto do mundo. É essencial, daqui para frente, que os povos indígenas sejam envolvidos nas atividades de desenvolvimento sustentável e nas negociações que dizem respeito ao seu direito à terra e à sua herança cultural.

ISSO PODE SER FEITO: REFORÇO À AÇÃO SOCIAL

A conclamação para a criação de ambientes favoráveis à saúde é uma proposta prática para ações de saúde pública no nível local, com a definição de atividades de saúde que permitam amplo envolvimento e controle da comunidade. Exemplos de todas as partes do mundo foram apresentados na Conferência com relação à educação, alimentação, moradia, apoio e atenção social, trabalho e transporte. Eles mostraram claramente que ambientes favoráveis capacitam pessoas a expandirem suas capacidades e desenvolverem a autoconfiança. Mais detalhes dessas experiências práticas estão disponíveis no relatório completo da Conferência.

Usando os exemplos citados, a Conferência identificou quatro estratégias fundamentais para a ação em saúde pública, visando promover a criação de ambientes favoráveis no nível da comunidade:

1. Reforçar a defesa da proposta através de ações comunitárias, particularmente pelos grupos organizados de mulheres.
2. Capacitar comunidade e indivíduos a ganhar maior controle sobre sua saúde e ambiente, através da educação e maior participação nos processos de tomada de decisão.

3. Construir alianças para a saúde e os ambientes favoráveis, de maneira a reforçar a cooperação entre as campanhas e estratégias nas áreas da saúde e do ambiente.
4. Mediar os interesses conflitantes na sociedade, de modo que se possa assegurar o acesso igualitário a ambientes favoráveis à saúde.

Em resumo, aumentar o poder de decisão das pessoas e a participação comunitária são fatores essenciais num processo democrático de promoção da saúde e a força motriz para a autoconfiança e o desenvolvimento.

Os participantes desta Conferência reconhecem, em particular, que a educação é um direito humano básico e um elemento-chave para realizar as mudanças políticas, econômicas e sociais necessárias para tornar a saúde possível para todos. A educação deveria ser acessível durante toda a vida e baseada nos princípios da igualdade, particularmente com respeito à cultura, classe social e gênero.

PERSPECTIVA GLOBAL

As pessoas são partes integrais do ecossistema da terra. O processo de saúde está fundamentalmente interligado com o meio ambiente total. Todas as informações disponíveis indicam que não será possível sustentar a qualidade de vida para os seres humanos e demais espécies vivas sem uma mudança drástica nas atitudes e comportamentos, em todos os níveis, com relação ao gerenciamento e à preservação do ambiente.

Ações combinadas para se atingir um ambiente favorável sustentável à saúde são o atual desafio do nosso tempo.

Em nível internacional, grandes diferenças nas rendas per capita provocam desigualdade não somente no acesso à saúde como também na capacidade de as sociedades melhorarem sua situação e garantirem uma qualidade de vida decente para as futuras gerações. As migrações das áreas rurais para o setor urbano aumentam drasticamente o número de pessoas vivendo em favelas, com os problemas decorrentes - o que inclui falta de água potável e saneamento básico.

As decisões políticas e o desenvolvimento industrial estão quase sempre baseados em planejamento e ganhos econômicos de curto prazo, que não levam em conta os verdadeiros custos quanto à saúde das populações e o ambiente. A dívida externa drena os já escassos recursos dos países pobres. Gastos militares tendem a aumentar e a guerra, além de causar mortes e deficiências, introduzem agora novas formas de vandalismo ecológico.

A exploração da força de trabalho, a exportação e a venda de substâncias perigosas (nucleares), principalmente nas nações mais fracas e pobres, o consumo perdulário dos recursos naturais do planeta têm demonstrado que o atual modelo de desenvolvimento está em crise. Há a necessidade urgente de se avançar na direção de uma nova ética e de um acordo global baseado na coexistência pacífica que permitam a distribuição e utilização mais equitativa dos limitados recursos naturais do planeta.

POR UMA PRESTAÇÃO DE CONTAS GLOBAL

A Conferência de Sundsvall alerta a comunidade internacional para o estabelecimento de novos mecanismos para a prestação de contas dos setores saúde e ambiente, construídos sobre princípios de um desenvolvimento sustentável da saúde. De fato, isto requer declarações de peso dos setores da saúde e do ambiente em relação às suas políticas principais e iniciativas programáticas. A OMS e o Programa das Nações Unidas para o Ambiente (UNEP) devem redobrar seus esforços no estabelecimento de códigos de conduta no comércio e propaganda de substâncias e produtos prejudiciais à saúde e ao meio ambiente.

A OMS e a UNEP devem desenvolver guias e manuais baseados nos princípios do desenvolvimento sustentável, para uso dos estados-membros. Os doadores e agências de financiamento, multilaterais ou bilaterais, como o Banco Mundial e o FMI, devem utilizar tais guias e manuais no planejamento, implementação e avaliação de projetos.

São necessárias providências urgentes para apoiar os países em desenvolvimento a identificar e utilizar suas próprias soluções ao processo de desenvolvimento. Uma estreita colaboração com as ONG deve ser assegurada durante este processo.

A Conferência de Sundsvall conclui, também, que os temas de saúde, ambiente e desenvolvimento humano não podem estar separados. Desenvolvimento implica na melhoria da qualidade de vida e saúde, ao mesmo tempo, que na preservação da sustentabilidade do meio ambiente.

Os participantes da Conferência solicitam à Conferência das Nações Unidas do Meio Ambiente e do Desenvolvimento (UNCED), que será realizada no Rio de Janeiro, em 1992, que considere a Declaração de Sundsvall nas deliberações sobre a Carta da Terra e a Agenda 21, considerados um plano de ação com vistas ao próximo século. As metas e objetivos da saúde devem ter uma presença dominante em ambos os documentos. Somente uma ação global, baseada numa parceria entre todas as nações, assegurará o futuro de nosso planeta.

ANEXO D - DECLARAÇÃO DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE SANTAFÉ DE BOGOTÁ Colômbia, 9-12 de novembro de 1992

A Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada sob o patrocínio do Ministério da Saúde da Colômbia e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), em Santafé de Bogotá, no período de 9 a 12 de novembro de 1992, contou com a assistência dos ministros da Saúde da Bolívia, Colômbia, Equador e Nicarágua; dos vice-ministros da Saúde de Cuba, Guatemala e Panamá, e do prefeito de La Paz. Por parte da OPS, compareceram o diretor da Secretaria Sanitária Pan-Americana, os coordenadores dos programas regionais de Promoção da Saúde, Saúde Ambiental, Serviços de Saúde e Saúde Materno-Infantil, assim como consultores provenientes da sede central e das representações dos países. Também participaram, entre outros, funcionários do setor saúde, especialistas, pessoas vinculadas a processos de promoção social, representantes de serviços de saúde e saneamento ambiental, de organizações não-governamentais e associações comunitárias, docentes, estudantes e profissionais da comunicação social.

Em suma, 550 representantes de 21 países (Argentina, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Espanha, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela) se reuniram para definir o significado da promoção da saúde na América Latina e debater princípios, estratégias e compromissos relacionados com o sucesso da saúde da população da região.

As conclusões da Conferência respondem aos problemas específicos das nações latinoamericanas e incorporam significativamente resultados de reuniões internacionais anteriores e experiências na promoção da saúde de outras nações do mundo.

A seguir, a declaração elaborada e adotada pela Conferência.

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

A promoção da saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento. A região, desgarrada pela iniquidade que se agrava pela prolongada crise econômica e pelos programas de políticas de ajuste macroeconômico, enfrenta a deterioração das condições de vida da maioria da população, junto com um aumento de riscos para a saúde e uma redução de recursos para enfrentá-los. Por conseguinte, o desafio da promoção da saúde na América Latina consiste em transformar essas relações, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como trabalhar pela solidariedade e equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento.

1. Setores importantes da população não conseguiram satisfazer as necessidades básicas para garantir condições dignas de vida. Estas complexas e agoniantes

desigualdades, tanto de tipo econômico, ambiental, social, político e cultural como relativas à cobertura, acesso e qualidade nos serviços de saúde, tendem a acentuar-se em razão da redução histórica do gasto social e das políticas de ajuste. Portanto, é difícil enfrentar e resolver estes problemas com perspectivas a alcançar a saúde para todos.

2. A situação de iniquidade da saúde nos países da América Latina reitera a necessidade de se optar por novas alternativas na ação da saúde pública, orientadas a combater o sofrimento causado pelas enfermidades do atraso e pobreza, ao que se sobrepõe os efeitos colaterais causados pelas enfermidades da urbanização e industrialização. A região apresenta uma situação epidemiológica caracterizada pela persistência ou ressurgimento de endemias como a malária, cólera, tuberculose e desnutrição; pelo aumento de problemas como o câncer e doenças cardiovasculares e pelo surgimento de novas enfermidades como a Aids e as resultantes da deterioração ambiental. Dentro deste panorama, a promoção da saúde destaca a importância da participação ativa das pessoas nas mudanças das condições sanitárias e na maneira de viver, condizentes com a criação de uma cultura de saúde. Dessa forma, o repasse de informação e a promoção do conhecimento constituem valiosos instrumentos para a participação e as mudanças dos estilos de vida nas comunidades.

3. Também na ordem política existem barreiras que limitam o exercício da democracia e a participação da cidadania na tomada de decisões. Nestas circunstâncias, a violência – em todas as suas formas – contribui muito para a deterioração dos serviços, causando inúmeros problemas psicossociais, além de constituir o fundamento de significativos problemas de saúde pública.

4. O que se espera da equidade consiste em eliminar diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas, que restringem as oportunidades para alcançar o direito ao bem-estar. Cada sociedade define seu bem-estar como uma opção particular de viver com dignidade. O papel que corresponde à promoção da saúde para alcançar este propósito consiste não só em identificar os fatores que favorecem a iniquidade e propor ações que diminuam seus efeitos, mas também em atuar além, como um agente de mudança que induza transformações radicais nas atitudes e condutas da população e seus dirigentes, origem destas calamidades.

5. O desenvolvimento integral e recíproco dos seres humanos e sociedades é a essência da estratégia de promoção da saúde no continente. Em conseqüência, esta assume as tradições culturais e os processos sociais que forjaram nossas nacionalidades, possibilitando, além de tudo, enfrentar criativa e solidariamente a adversidade, os obstáculos estruturais e as crises recorrentes. Reconhecer, recuperar, estimular e difundir estas experiências é indispensável para a transformação de nossas sociedades e o impulso à cultura e saúde.

ESTRATÉGIAS

Em nível internacional, o movimento de promoção da saúde gerou propostas teóricas e práticas dentre as quais se destaca o planejamento da Carta de Ottawa, pela sua clareza em definir os elementos constitutivos da promoção da saúde e os mecanismos para colocá-la em prática. A incorporação destas propostas se torna indispensável para a estratégia de promoção da saúde na América Latina.

1. Impulsionar a cultura da saúde, modificando valores, crenças, atitudes e relações que permitam chegar tanto à produção quanto ao usufruto de bens e oportunidades para facilitar opções saudáveis. Com eles, será possível a criação de ambientes sadios e o prolongamento de uma vida plena, com o máximo desenvolvimento das capacidades pessoais e sociais.
2. Transformar o setor saúde colocando em relevo a estratégia de promoção da saúde, o que significa garantir o acesso universal aos serviços de atenção, modificar os fatores condicionantes que produzem morbimortalidade e levar a processos que conduzam nossos povos a criar ideais de saúde, mediante a completa tomada de consciência da importância da saúde e a determinação de realizar ações transcendentais de impacto neste campo.
3. Convocar, animar e mobilizar um grande compromisso social para assumir a vontade política de fazer da saúde uma prioridade. Este é um processo que tende a modificar as relações sociais de modo que sejam inaceitáveis a marginalidade, a iniquidade, a degradação ambiental e o mal-estar que estas produzem.

COMPROMISSOS

O direito e o respeito à vida e à paz são os valores éticos fundamentais da cultura e da saúde. Torna-se indispensável que a promoção da saúde na América Latina assuma estes valores, cultive-os e pratique-os habitualmente.

1. Impulsionar o conceito de saúde condicionada por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, de conduta e biológicos, e a promoção da saúde como estratégia para modificar estes fatores condicionantes.
2. Convocar as forças sociais para aplicar a estratégia de promoção da saúde, colocando os propósitos sociais à frente dos interesses econômicos, a fim de criar e manter ambientes familiares, físicos, naturais, de trabalho, sociais, econômicos e políticos que tenham a intenção de promover a vida, e não degradá-la.
3. Incentivar políticas públicas que garantam a equidade e favoreçam a criação de ambientes e opções saudáveis.
4. Afinar mecanismos de concentração e negociação entre os setores sociais e institucionais para levar a cabo atividades de promoção da saúde, visando avançar até alcançar o bem-estar, propiciando a transferência de recursos de investimento social às organizações da sociedade civil.

5. Consolidar uma ação que se comprometa a reduzir gastos improdutivos, tais como os pressupostos militares, desvios de fundos públicos gerando ganâncias privadas, profusão de burocracias excessivamente centralizadas e outras fontes de ineficiência e desperdício.
6. Fortalecer a capacidade da população nas tomadas de decisões que afetem sua vida e para optar por estilos de vida saudáveis.
7. Eliminar os efeitos diferenciais da iniquidade sobre a mulher. A participação da mulher, genitora de vida e bem-estar, constitui um elo indispensável na promoção da saúde na América Latina.
8. Estimular o diálogo entre diferentes culturas, de modo que o processo de desenvolvimento da saúde se incorpore ao conjunto do patrimônio cultural da região.
9. Fortalecer a capacidade convocatória do setor saúde para mobilizar recursos para a produção social da saúde, estabelecendo responsabilidades de ação nos diferentes setores sociais e seus efeitos sobre a saúde.
10. Reconhecer como trabalhadores e agentes de saúde todas as pessoas comprometidas com os processos de promoção da saúde, da mesma maneira que os profissionais formados para a prestação de serviços assistenciais.
11. Estimular a investigação na promoção da saúde, para gerar ciência e tecnologia apropriada e disseminar o conhecimento resultante, de forma que se transforme em instrumento de liberdade, mudança e participação.

O nosso é um Continente de esperança e de futuro.

Realizar a esperança, viver em paz com dignidade, é o compromisso que assumimos.

Santafé de Bogotá
Novembro de 1992

ANEXO E - DECLARAÇÃO DE JACARTA

QUARTA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE Jacarta, Indonésia, 21-25 de julho de 1997

ANTECEDENTES

A Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde no Século XXI - tem lugar num momento crítico das estratégias internacionais de desenvolvimento em prol da saúde.

Quase 20 anos se passaram desde que os estados-membros da Organização Mundial da Saúde, através da Declaração de Alma-Ata, assumiram um compromisso ambicioso para com uma estratégia mundial de Saúde para Todos no Ano 2000, e para com os princípios de atendimento primário à saúde. Dez anos já se passaram desde a realização da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá.

Dessa Conferência resultou a publicação da Carta de Ottawa para a promoção da saúde, que desde aquela época tem servido como fonte orientadora e de inspiração para a promoção da saúde. Conferências e reuniões internacionais subsequentes têm deixado ainda mais clara a relevância e o significado das principais estratégias em promoção da saúde, incluindo políticas públicas positivas (Adelaide, 1988) e meio ambientes favoráveis à saúde (Sundsvall, 1991).

A Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Jacarta, é a primeira a ter lugar em um país em desenvolvimento e a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. Ela oferece ocasião para refletir sobre o que se aprendeu sobre promoção da saúde, bem como reexaminar os determinantes da saúde e identificar as direções e estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no século XXI.

A PROMOÇÃO DA SAÚDE É UM INVESTIMENTO VALIOSO

A saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico. A promoção da saúde está sendo reconhecida cada vez mais como um elemento essencial para o desenvolvimento da saúde. É um processo para permitir que as pessoas tenham maior controle sobre sua saúde, e para melhorá-la. A promoção da saúde, mediante investimentos e ações, atua sobre os determinantes da saúde para criar o maior benefício para os povos, para contribuir de maneira significativa para a redução das iniquidades em questões de saúde, para assegurar os direitos humanos e para a formação do capital social. Sua meta primordial é aumentar as expectativas de saúde e reduzir a brecha quanto à expectativa de saúde entre países e grupos.

A Declaração de Jacarta sobre a promoção da saúde oferece uma visão e um enfoque para a promoção da saúde no próximo século. Reflete o compromisso firme dos participantes da Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da

Saúde de recorrer a mais ampla gama de recursos para enfrentar os determinantes da saúde no século XXI.

DETERMINANTES DA SAÚDE: NOVOS DESAFIOS

Os pré-requisitos para a saúde são: paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade. A pobreza é, acima de tudo, a maior ameaça à saúde.

As tendências demográficas tais como a urbanização, o aumento no número de pessoas idosas e a prevalência de doenças crônicas, um comportamento mais sedentário, resistência a antibióticos e a outros medicamentos disponíveis, maior uso abusivo de drogas e a violência civil e doméstica ameaçam a saúde e o bem-estar de centenas de milhões de pessoas.

Doenças infecciosas novas e reemergentes e o maior reconhecimento sobre os problemas de saúde mental requerem urgentes providências. É vital que a promoção da saúde evolua para fazer frente aos determinantes da saúde.

Os fatores transacionais também representam um impacto significativo para a saúde. Incluem-se entre estes a integração da economia global, os mercados financeiros e o comércio, o acesso aos meios de comunicação de massa e à tecnologia de comunicações, assim como a degradação ambiental devida ao uso irresponsável dos recursos.

Essas mudanças moldam os valores, os estilos de vida durante toda a existência das pessoas e as condições de vida em todo o mundo. Algumas têm grande potencial para a saúde, tal como o desenvolvimento da tecnologia das comunicações, já outras, como o comércio internacional do tabaco, têm um enorme impacto negativo.

As pesquisas e os estudos de casos realizados mundialmente apresentam provas convincentes de que a promoção da saúde funciona. As estratégias de promoção da saúde podem provocar e modificar estilos de vida, assim como as condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde. A promoção da saúde é um enfoque prático para a obtenção de maior equidade em saúde.

As cinco estratégias propugnadas na Carta de Ottawa são:

- elaboração de políticas públicas saudáveis;
- criação de meio ambientes que protejam a saúde;
- fortalecimento da ação comunitária;
- desenvolvimento de habilidades pessoais; e
- reorientação dos serviços de saúde.

Existem, hoje, claras provas de que:

- os enfoques abrangentes ao desenvolvimento da saúde são os mais eficientes. Os que utilizam combinações de cinco estratégias são mais eficazes do que os enfoques mais limitados.
- as localidades oferecem oportunidades práticas para a implementação de estratégias abrangentes. Incluem-se entre elas metrópoles, ilhas, cidades, municipalidades e comunidades locais, seus mercados, escolas, locais de trabalho e estabelecimentos de atendimento à saúde
- a participação é essencial para dar apoio ao esforço. Para ser eficaz, é necessário que as pessoas estejam no meio da ação de promoção da saúde e do processo de tomada de decisão.
- aprender sobre saúde fomenta a participação. O acesso à instrução e à informação é essencial para alcançar a participação eficaz e o direito de voz das pessoas e das comunidades.

ESTAS ESTRATÉGIAS SÃO OS ELEMENTOS ESSENCIAIS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E SÃO RELEVANTES PARA TODOS OS PAÍSES

1. Necessitam-se de novas respostas

Para fazer face às ameaças emergentes à saúde, há necessidade de ações novas. O desafio para os anos vindouros será destravar o potencial para a promoção da saúde inerente em muitos setores da sociedade, nas comunidades e nas famílias.

Existe uma flagrante necessidade de derrubar as fronteiras tradicionais dentro dos setores públicos, entre organizações governamentais e não-governamentais e entre os setores público e privado. A cooperação é essencial. Em termos específicos, isto requer a criação de novas parcerias em prol da saúde entre os diferentes setores em todos os níveis de governabilidade nas sociedades em condições de igualdade.

PRIORIDADES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SÉCULO XXI

1. Promover a responsabilidade social para com a saúde

Os tomadores de decisão devem estar firmemente comprometidos com a responsabilidade social. Tanto o setor público quanto o privado deveriam promover a saúde, indo ao enalço de políticas e práticas que:

- evitem prejudicar a saúde de outros indivíduos
- protejam o meio ambiente e assegurem o uso sustentável dos recursos
- restrinjam a produção e o comércio de produtos e de substâncias inerentemente prejudiciais, tais como tabaco e armas, assim como práticas de mercado insalubres
- salvaguardem tanto o cidadão no ambiente de mercado como o indivíduo no local de trabalho
- incluam uma avaliação do impacto sobre a saúde focalizado na equidade como parte integral da elaboração de políticas.

2. Aumentar os investimentos para fomentar a saúde

Em muitos países, o investimento atualmente feito no setor saúde é inadequado e, muitas vezes, ineficaz. Um aumento de investimento para o fomento da saúde requer um enfoque realmente multissetorial, incluindo recursos adicionais para a educação e para a habitação, bem como para o setor saúde. Um maior investimento para a saúde e uma reorientação dos investimentos existentes - tanto dentro dos países como entre países - têm o potencial de avançar significativamente o desenvolvimento humano, a saúde e a qualidade de vida.

3. Consolidar e expandir parcerias em prol da saúde

A promoção da saúde requer parcerias para o desenvolvimento social e da saúde entre os diferentes setores e em todos os níveis de governabilidade e da sociedade. As parcerias já existentes necessitam ser reforçadas, e o potencial para novas parcerias tem de ser explorado.

As parcerias oferecem benefício mútuo para a saúde através do compartilhamento de especializações, habilidades e recursos. Cada parceria tem que ser transparente e responsável pela prestação de contas, e fundamentar-se em princípios éticos ajustados, compreensão e respeito mútuos. As diretrizes da OMS devem ser obedecidas.

4. Aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo

A promoção da saúde efetua-se pelo e com o povo, e não sobre e para o povo. Ela melhora tanto a habilidade das pessoas para agir como a capacidade de grupos, organizações ou comunidades para influenciar os determinantes da saúde.

Para melhorar a capacidade das comunidades e promover a saúde, requer instrução prática, treinamento em liderança e acesso aos recursos. Dar o direito de voz às pessoas requer acesso mais consistente ao processo de tomada de decisão e às habilidades e conhecimentos essenciais para efetuar a mudança.

Tanto a comunicação tradicional como os novos meios de informação apóiam esse processo. É necessário utilizar os recursos sociais, culturais e espirituais de formas inovadoras.

5. Conseguir uma infra-estrutura para a promoção da saúde

Para conseguir uma infra-estrutura para a promoção da saúde faz-se necessário encontrar novos mecanismos para seu custeio nos níveis local, nacional e mundial. Devem-se criar incentivos para influenciar as ações de organizações governamentais e não-governamentais, instituições educacionais e o setor privado, a fim de assegurar que a mobilização de recursos para a promoção da saúde seja maximizada.

“Localidades para a saúde” representam a base organizacional da infra-estrutura necessária para a promoção da saúde. Novos desafios sanitários significam que redes novas e diversificadas têm de ser criadas para se conseguir a colaboração intersectorial. Tais redes deveriam prestar assistência mútua dentro e entre países e facilitar o intercâmbio de informações sobre que estratégias são eficazes e em que localidades.

Deve-se incentivar o treinamento e a prática das habilidades da liderança local para apoiar as atividades de promoção da saúde. Deve-se intensificar a documentação de experiências em promoção da saúde através de pesquisas e relatos sobre projetos, a fim de aprimorar o planejamento, a implementação e a avaliação.

Todos os países deveriam criar os ambientes político, jurídico, educacional, social e econômico apropriados, necessários para apoiar a promoção da saúde.

RECOMENDAÇÕES PARA AÇÃO

Os participantes se comprometem a compartilhar as mensagens fundamentais da Declaração com seus governos, instituições e comunidades, a por em prática as ações propostas e a apresentar um informe à Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.

A fim de acelerar o progresso para a promoção da saúde mundial, os participantes referendam a formulação de uma aliança mundial para a promoção da saúde. A meta dessa aliança é promover as prioridades das ações para a promoção da saúde expressas nesta Declaração. Incluem-se entre as prioridades para a aliança:

- aumento da sensibilização sobre as mudanças dos determinantes da saúde
- apoio à criação de atividades de colaboração e de redes para o desenvolvimento sanitário
- mobilização de recursos para a promoção da saúde
- acumulação de conhecimentos sobre as melhores práticas
- facilitação do aprendizado compartilhado
- promoção da solidariedade em ação
- promoção da transparência e da responsabilidade pública de prestação de contas em promoção da saúde.

Faz-se um apelo aos governos nacionais para que tomem a iniciativa de impulsionar e patrocinar redes para a promoção da saúde, tanto dentro de seus países como entre países.

Os participantes da Conferência de Jacarta solicitam à OMS que assuma a liderança na formação de uma aliança mundial de promoção da saúde e que facilite aos estados-membros implementar os resultados obtidos na mesma. Cabe à OMS, como parte essencial desse papel, exortar os governos e as organizações não-governamentais, bancos de desenvolvimento, agências da ONU, órgãos inter-regionais, agências bilaterais, sindicatos e cooperativas, assim como o setor privado, a darem as necessárias prioridades às ações de promoção da saúde.

ANEXO F - DECLARAÇÃO DO MÉXICO

QUINTA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL
SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE
Cidade do México, México, 5-9 de junho de 2000

DAS IDÉIAS ÀS AÇÕES

Reunidos na Cidade do México por ocasião da Quinta Conferência Global sobre Promoção da Saúde, os ministros da Saúde que assinaram esta declaração:

1 - Reconhecem que a consecução do nível de saúde mais alto possível é um elemento positivo para o aproveitamento da vida e necessário para o desenvolvimento social, econômico e a equidade.

2 - Reconhecem que a promoção da saúde e o desenvolvimento social é um dever e responsabilidade central dos governos, compartilhada por todos os setores da sociedade.

3 - Estão conscientes de que, nos últimos anos, através dos esforços sustentados dos governos e sociedades em conjunto, houve uma melhoria significativa da saúde e progresso na provisão de serviços de saúde em muitos países do mundo.

4 - Constatam que, apesar desse progresso, ainda persistem muitos problemas de saúde que prejudicam o desenvolvimento social e econômico e que, portanto, devem ser urgentemente resolvidos para promover uma situação mais equitativa em termos de saúde e bem-estar.

5 - Estão conscientes de que, ao mesmo tempo, doenças novas e reemergentes ameaçam o progresso registrado na área da saúde.

6 - Constatam a necessidade urgente de abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, sendo preciso fortalecer os mecanismos de colaboração para a promoção da saúde em todos os setores e níveis da sociedade.

7 - Concluem que a promoção da saúde deve ser um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos os países na busca de equidade e melhor saúde para todos.

8 - Constatam as amplas indicações de que as estratégias de promoção da saúde são eficazes.

Considerando o acima exposto, recomendam o seguinte:

AÇÕES

a - Colocar a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais.

b - Assumir um papel de liderança para assegurar a participação ativa de todos os setores e da sociedade civil na implementação das ações de promoção da saúde que fortaleçam e ampliem as parcerias na área da saúde.

c - Apoiar a preparação de planos de ação nacionais para promoção da saúde, se preciso utilizando a capacidade técnica da OMS e de seus parceiros nessa área. Esses planos variarão de acordo com o contexto nacional, mas seguirão uma estrutura básica estabelecida de comum acordo durante a Quinta Conferência Global sobre Promoção da Saúde, podendo incluir, entre outros:

- identificação das prioridades de saúde e estabelecimento de políticas e programas públicos para implantá-las;
- apoio às pesquisas que ampliem o conhecimento sobre as áreas prioritárias;
- mobilização de recursos financeiros e operacionais que fortaleçam a capacidade humana e institucional para o desenvolvimento, implementação, monitoramento e avaliação dos planos de ação nacionais.

d - Estabelecer ou fortalecer redes nacionais e internacionais que promovam a saúde.

e - Defender a idéia de que os órgãos da ONU sejam responsáveis pelo impacto em termos de saúde da sua agenda de desenvolvimento.

f - Informar ao diretor-geral da Organização Mundial da Saúde, para fins do relatório a ser apresentado à 107a sessão da Diretoria Executiva, o progresso registrado na execução dessas ações.

ANEXO G - A CARTA DE BANGKOK PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO MUNDO GLOBALIZADO¹

SEXTA CONFERÊNCIA GLOBAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Introdução

Área de atuação

A Carta de Bangkok (CB) identifica ações, compromissos e garantias requeridos para atingir os determinantes de saúde no mundo globalizado por meio da promoção da saúde (PS).

Propósito

A CB afirma que as políticas e parcerias para o *empoderamento* das comunidades e para a melhoria da saúde, e da equidade em saúde, deveriam ser situadas no centro do desenvolvimento global e nacional.

A CB complementa e desenvolve os valores, princípios e estratégias de ação da PS estabelecidas pela Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, assim como as recomendações das conferências de PS subsequentes, confirmadas pelos Estados Membros, através da Assembléia Mundial de Saúde.

Audiência

A CB pretende atingir pessoas, grupos, e organizações de importância crítica para os empreendimentos em saúde, incluindo:

- Governos e políticos em todos os níveis
- Sociedade civil
- Setor privado
- Organizações internacionais
- Comunidade da saúde pública

PROMOÇÃO DA SAÚDE

As Nações Unidas reconhecem que desfrutar o mais elevado estado possível de saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem discriminação.

A PS é baseada neste direito humano prioritário e oferece um conceito positivo e inclusivo de saúde como determinante da qualidade de vida, que inclui o bem estar mental e espiritual.

A PS é um processo de capacitação de pessoas para exercerem controle sobre sua saúde e seus determinantes, e, portanto, para melhorarem a saúde.

¹ O presente documento é tradução realizada pela Coordenação da UIPES/ORLA-BR do original em inglês “*The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*” enviado pela Oficina Regional Latino-Americana da UIPES.

APONTANDO PARA OS DETERMINANTES DA SAÚDE

Contexto em mudança

O contexto mundial para a PS tem se alterado marcadamente desde o desenvolvimento da Carta de Ottawa.

Fatores críticos

Alguns dos fatores críticos que hoje influenciam a saúde incluem:

- Aumento das desigualdades dentro de cada país e entre países
- Novos padrões de consumo e comunicação
- Comercialização
- Mudanças no meio ambiente global, e
- Urbanização

Outras mudanças

Outros fatores que influenciam a saúde incluem mudanças rápidas e freqüentemente adversas nas áreas social, econômica e demográfica, as quais afetam as condições de trabalho, os ambientes de aprendizagem, os modelos familiares e a estrutura cultural e social das comunidades.

Homens e mulheres são afetados diferentemente, e ampliou-se a vulnerabilidade das crianças, assim como a exclusão dos marginalizados, dos portadores de deficiências e das populações indígenas.

Novas oportunidades

A globalização abre novas oportunidades para a cooperação visando a melhoria da saúde e redução dos riscos de saúde transnacionais; essas oportunidades incluem:

- Acréscimo de tecnologia da informação e das comunicações; e
- Melhoria dos mecanismos para a governança global e para compartilhar experiências.

Coerência política

Para manejar os desafios da globalização, as políticas devem manter a coerência através de todos (as):

- Níveis de governo
- Órgãos das Nações Unidas, e
- Outras organizações incluindo o setor privado

Essa coerência estreitará a aquiescência, transparência e prestação de contas junto aos acordos e tratados internacionais que afetam a saúde.

Progresso alcançado

Foi obtido progresso em situar a saúde no centro do desenvolvimento, por exemplo, através das Metas de Desenvolvimento do Milênio, porém muito mais precisa ser alcançado; a participação ativa da sociedade civil é crucial nesse processo.

ESTRATÉGIAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO MUNDO GLOBALIZADO

Intervenções efetivas

O progresso na direção de um mundo mais saudável requer ação política forte, ampla participação e advocacia sustentável.

A PS possui um repertório estabelecido de estratégias comprovadamente efetivas que necessitam ser plenamente utilizadas.

Ações requeridas

Para obter maiores avanços na implementação dessas estratégias, todos os setores e ambientes devem atuar para:

- Advogar em favor da saúde com base nos direitos humanos e na solidariedade;
- Investir em políticas sustentáveis, ações e infra-estrutura para que sejam atingidos os determinantes da saúde;
- Construir capacidade para o desenvolvimento de políticas, liderança, prática da promoção da saúde, transferência de conhecimento e pesquisa, e proporcionar informações sobre saúde;
- Regular e legislar para assegurar um alto nível de proteção para a redução de danos e oportunidades iguais para a saúde e o bem estar de todas as pessoas;
- Viabilizar parcerias e construir alianças com organizações públicas, privadas, não governamentais e internacionais e a sociedade civil para criar ações sustentáveis.

COMPROMISSOS COM A SAÚDE PARA TODOS

Racionalidade

O setor saúde desempenha um papel chave para prover liderança na construção de políticas e parcerias para a PS.

Um enfoque político integrado com organizações governamentais e não governamentais e o compromisso de trabalhar com a sociedade civil e o setor privado, e transversalmente nos distintos ambientes, são essenciais para o progresso em atingir os determinantes da saúde.

Compromissos chave

Os quatro compromissos chave devem tornar a PS:

1. de importância central para a agenda global de desenvolvimento
2. responsabilidade fundamental para todos os governos
3. um foco chave das comunidades e da sociedade civil
4. uma exigência incorporada à boa prática

Tornar a Promoção da Saúde de importância central para a agenda global de desenvolvimento

São necessários acordos intergovernamentais fortes que beneficiem a saúde e a segurança coletiva da saúde. Governos e organismos internacionais devem atuar próximos à distância existente na saúde entre ricos e pobres.

Mecanismos efetivos visando a governança global para a saúde são requeridos para atingir os efeitos danosos do:

- Comércio
- Produtos
- Serviços, e
- Estratégias de *marketing*

A PS deve tornar-se uma parte integrante da política doméstica e externa e das relações internacionais, incluída em situações de guerra e conflito. Isto requer ações para promover o diálogo e a cooperação entre as nações-estado, a sociedade civil, e o setor privado. Esses esforços podem ser construídos com base no exemplo de tratados existentes, tais como a Convenção para o Controle do Tabaco sob a chancela da Organização Mundial de Saúde.

Tornar a Promoção da Saúde uma responsabilidade central de todos os governos

Todos os governos, em todos os níveis, devem incluir a saúde deficiente e as desigualdades como uma questão de urgência porque a saúde determina o desenvolvimento sócio-econômico e político.

Os governos local, regional e nacional precisam:

- Priorizar os investimentos em saúde, no interior e exterior do setor saúde;
- Prover o financiamento sustentável da PS.

Para assegurá-lo, todos os níveis de governo deveriam tornar explícitas as consequências para a saúde das políticas e da legislação, utilizando instrumentos tais como a estimativa do impacto da saúde focalizado na equidade.

Tornar a Promoção da Saúde um foco chave para as comunidades e a sociedade civil

As comunidades e a sociedade civil freqüentemente propiciam o início, a forma e o empreendimento da PS. Elas necessitam ter o direito, os recursos e as oportunidades para que suas contribuições sejam ampliadas e sustentadas.

Em comunidades menos desenvolvidas, o apoio para a construção de capacidades é particularmente importante.

Comunidades bem organizadas e *empoderadas* são altamente efetivas na determinação da própria saúde, e são capazes de tornar os governos e o setor privado responsáveis pelas conseqüências para a saúde de suas políticas e práticas.

A sociedade civil precisa exercer seu poder no comércio por meio da preferência para com os produtos, serviços e interesses (quotas, ações) de companhias que se mostram exemplares na responsabilidade social corporativa.

Projetos comunitários locais, grupos da sociedade civil e organizações de mulheres têm demonstrado efetividade nas ações de PS, e oferecem modelos para a prática de outros que o desejem.

As associações profissionais de saúde têm uma contribuição especial a oferecer.

Tornar a Promoção da Saúde uma exigência para a boa prática corporativa

O setor empresarial tem um impacto importante na saúde das pessoas e sobre os determinantes da saúde através de sua influência em:

- Cenários locais
- Culturas nacionais
- Meio ambiente e
- Distribuição da riqueza.

O setor privado assim como outros empregadores e o setor informal têm a responsabilidade de assegurar a saúde e segurança no local de trabalho, e de promover a saúde e o bem estar de seus empregados, suas famílias e comunidades.

O setor privado pode também contribuir para diminuir impactos globais mais amplos na saúde, tais como aqueles associados com a mudança ambiental global, por meio de aceitação de regulações locais, nacionais e internacionais e acordos para promover e proteger a saúde. Práticas empresariais éticas e responsáveis e as regras justas de comércio exemplificam os tipos de prática nos negócios que devem ser apoiadas pelos consumidores e pela sociedade civil, e por incentivos e regulações governamentais.

O EMPENHO GLOBAL PARA FAZER A PROMOÇÃO DA SAÚDE ACONTECER

Todos para a saúde

Cumprir esses compromissos requer melhor aplicação de estratégias já comprovadas, assim como a utilização de iniciativas e respostas inovadoras.

Parcerias, alianças, redes e colaboração provêm formas estimulantes e compensadoras de unir pessoas e organizações em torno de metas e ações conjuntas para melhorar a saúde das populações.

Cada setor – intergovernamental, governamental, sociedade civil e privado detem um papel e responsabilidade únicos.

Detendo o atraso na implementação

Desde a adoção da Carta de Ottawa, um número significativo de resoluções em níveis nacional e global têm sido assinados em apoio à PS, porém estes não têm sido necessariamente acompanhados pela ação. Os participantes da conferência de Bangkok enfaticamente apelam aos Estados Membros da Organização Mundial da Saúde para fechar esta brecha na implementação e mover-se na direção de políticas e parcerias para a ação.

Chamada para a ação

Os participantes da Conferência requerem à Organização Mundial de Saúde, em colaboração com outras, e a seus Estados Membros, que aloquem recursos para a PS, iniciem planos de ação e monitoramento de desempenho através de indicadores e metas apropriados, e elaborem relatórios sobre os avanços obtidos, em intervalos regulares. As organizações das Nações Unidas são chamadas a explorar os benefícios do desenvolvimento de um Tratado Global para a Saúde.

Parceria global

A Carta de Bangkok apela a todos (líderes, gestores) que se juntem numa parceria global para promover a saúde, com ambos o compromisso e a ação local e global.

Compromisso para melhorar a saúde

Nós, os participantes da 6ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, em Bangkok, Tailândia, apelam para o avanço dessas ações e compromissos para a melhoria da saúde.

11 de Agosto 2005

Nota:

Essa Carta contém visões coletivas de um grupo internacional de expertos, participantes da 6ª Conferência Global de Promoção da Saúde, Bangkok, Tailândia, Agosto 2005, e não representa necessariamente as decisões e política declarada da Organização Mundial de Saúde.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)