

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Educação e Empowerment no Campo da Promoção da Saúde: revisão da literatura brasileira no período de 1997 a 2008.”

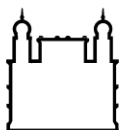
por

Mônica Rodrigues Saraiva Pereira

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Regina Cele de Andrade Bodstein

Rio de Janeiro, maio de 2009.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Esta dissertação, intitulada

“Educação e Empowerment no Campo da Promoção da Saúde: revisão da literatura brasileira no período de 1997 a 2008.”

apresentada por

Mônica Rodrigues Saraiva Pereira

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Mônica de Castro Maia Senna

Prof. Dr.^a Maria de Fátima Lobato Tavares

Prof.^a Dr.^a Regina Cele de Andrade Bodstein – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 18 de maio de 2009.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

T266 Pereira, Mônica Rodrigues Saraiva
Educação e empowerment no campo da promoção da saúde:
revisão da literatura brasileira no período de 1997 a 2008. / Mônica
Rodrigues Saraiva Pereira. Rio de Janeiro: s.n., 2009.
31 f.

Orientador: Bodstein, Regina
Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2009

1. Promoção da Saúde. 2. Educação em Saúde. 3. Poder
(Psicologia). I. Título.

CDD - 22.ed. – 613

Agradecimentos

Em primeiro lugar agradeço a Deus o dom da vida e da inteligência e por dar mais um passo tão importante na minha carreira profissional.

Agradecer a minha família, minha mãe pelos momentos de dedicação e incentivo durante todo o percurso, com os cuidados com a minha filha para que eu pudesse escrever. Meu pai grande incentivador durante toda a minha trajetória, palavras são insuficientes para expressar minha gratidão e feição.

Ao meu marido Luciano por seu amor e dedicação a cada momento, me incentivando, conversando, se dispondo sempre, e me dividindo com o computador por esses dois anos.

Às minhas amadas irmãs Telma e Fernanda, sempre dispostas a ajudar no que preciso.

À minha amada Milena que encheu nossas vidas de luz e muito amor.

À Regina, minha orientadora, por sua disponibilidade, ensinamentos e apoio, fundamentais durante todo o processo de criação e elaboração desta dissertação.

Ao João Miranda amigo querido que me apoiou desde a iniciação científica na graduação até ao presente momento.

À banca composta pela Dr^a Maria de Fátima Lobato Tavares, que acompanhou e apoiou todo projeto e a Dr^a Mônica Maia Senna pelas contribuições. Além das contribuições essenciais do amigo e Dr^o Willer Baumgarten Marcondes, obrigada pelo apoio.

Aos amigos e colegas companheiros de jornada da subárea saúde e sociedade, educação e trabalho por compartilharem alegrias e frustrações.

A Capes – Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior do Ministério da Educação - que subvencionou recursos para a efetivação desta pesquisa.

LISTA DE QUADROS:

Quadro I -Modelo hegemônico e modelo dialógico de educação em saúde

Quadro II – Universo dos artigos pesquisados

Quadro III- Ano dos artigos selecionados por períodos

Quadro IV – Ano dos artigos selecionados

Quadro V- Abordagens utilizadas nos artigos

Quadro VI – Temas dos artigos

SUMÁRIO:

	Pág
I- Introdução.....	1
II- Fundamentação teórica	2
II.1- Histórico da Promoção da Saúde	2
II.2 - Educação e Promoção da Saúde.....	5
II.3- Relação entre os campos da Educação em Saúde, Promoção da Saúde e empowerment	9
III- Objetivo geral	13
IV- Objetivos específicos	13
V- Metodologia	14
VI- Resultados	15
VI.1- Panorama geral	15
VI.2- Promoção da Saúde	16
VI.3- Educação em Saúde na promoção da Saúde	19
VII- Conclusões	26
V- Referências Bibliográficas	28

RESUMO:

Objetivo: analisar a produção bibliográfica brasileira de Saúde Pública, visando conhecer os conceitos que informam a relação entre educação, *empowerment* e promoção da saúde, nas publicações Cadernos de Saúde Pública, Revista de Saúde Pública e Ciência e Saúde Coletiva, no período de 1997 a 2008.

Metodologia: levantamento de artigos indexados com a palavra-chave promoção da saúde; aplicação de uma ficha de avaliação, objetivando pré-selecionar os que tenham fundamentação teórico-conceitual em promoção da saúde; seleção dos indexados com a palavra-chave Educação em Saúde e *empowerment*, e elaboração de resenhas para análise e discussão.

Resultados: Dos 96 artigos encontrados 39 foram pré-selecionados pela ficha de avaliação e destes traçou-se um breve delineamento da produção sobre promoção da saúde. Foram selecionados 11 artigos indexados como educação e *empowerment* para a análise de conteúdo.

Conclusão: Verificou-se que a promoção da saúde está ganhando visibilidade nas revistas de produção acadêmica selecionadas, nos últimos anos. Apresenta-se como um campo vasto em busca de se consolidar teoricamente, sendo a educação em saúde uma das estratégias cruciais a partir de uma abordagem dialógica/radical, voltada para o *empowerment* comunitário, interpessoal e político com vistas à participação social e cidadania.

Palavras chave: Promoção da Saúde; Educação em Saúde; Empowerment.

ABSTRACT:

Objective: To analyze the Brazilian public health bibliographic production in order to understand the concepts that inform the relationship between health education, empowerment and promotion in the publications “Cadernos de Saúde Pública”, “Revista de Saúde Pública” and “Ciência e Saúde Coletiva”, in the period 1997 - 2008.

Methodology: survey of articles indexed with the keyword health promotion; application of index-card for evaluation of the abstracts of articles, with the purpose of pre-selecting those with conceptual/theoretical reasoning in health promotion; selection of articles indexed with the keyword health education and empowerment, and preparation of reviews for analysis and discussion.

Results: of the 96 articles indexed, 39 were pre-selected through index-card, and a brief delineation of the articles in health promotion in these selected publications was made. 11 articles indexed as education and empowerment were selected for content analysis.

Conclusion: We found that health promotion has gained greater visibility over the last years. It is a wide field that seeks to consolidate its theoretical bases, health education being one of the crucial strategies based on a “dialogical/radical” approach, focused on community, political and interpersonal empowerment, aimed at social participation and citizenship.

Key-works: health promotion; health education; empowerment.

I- INTRODUÇÃO:

Ao longo das últimas décadas várias mudanças ocorreram no campo da Saúde Pública. As práticas em saúde há algum tempo atrás deixaram de ser pautadas por um discurso biologista, que reduzia o processo saúde-doença à dimensão normativa, não assimilando as implicações das políticas sociais e das condições de vida e trabalho para a saúde. A educação em saúde a partir desse enfoque tinha o caráter de prevenção de doenças, sendo um discurso individualista, voltado para a lógica e hegemonia biomédica.

Nas últimas décadas o movimento da promoção da saúde, aponta para a ampliação das práticas e para a redução das desigualdades sociais e para a construção de sujeitos ativos através da noção de “*empowerment*”, conceituado a princípio por Wallerstein¹ como processo social que promove a participação das pessoas, das organizações e da comunidade para aumentar o controle dos indivíduos e comunidade na eficiência política, melhoria da qualidade de vida da comunidade e justiça social. Considera a saúde como um fenômeno influenciado por diversos fatores, físicos, socioeconômicos, culturais, ambientais, entre outros, a concepção, a educação em saúde adquire sentido mais abrangente voltada para a participação dos sujeitos no processo educativo, como detentoras de conhecimentos, reflexão de aspectos da realidade pessoal, extrapolando o aspecto individual, buscando entre outras coisas, a identificação coletiva das causas.

Com o objetivo de compreender a relação entre os conceitos de educação em saúde, promoção da saúde e *empowerment* foram selecionados os periódicos Cadernos de Saúde Pública, Revista de Saúde Pública e Ciência e Saúde Coletiva no período de 1997 a 2008, trabalhos ou revistas conceituadas no campo da saúde coletiva no país-

Assim, este estudo visa contribuir para a delimitação teórica da educação em saúde na promoção da saúde, bem como ao reconhecimento de práticas na intersecção dessas áreas.

II- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

II.1- Histórico da Promoção da Saúde

Um dos primeiros autores que utilizou a expressão “promoção da saúde” foi Sigerist (1946) ao definir quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção da doença, a recuperação do enfermo e a reabilitação². Posteriormente, Leavell & Clark se apropriaram do conceito ao formularem o modelo da história natural da doença. De acordo com os autores, a medicina preventiva comportaria três níveis de prevenção e em nível primário a promoção da saúde estaria incluída, relacionada à saúde e ao bem-estar dos indivíduos^{3,4}.

Assim, o termo promoção da saúde não é recente, mas somente nos últimos vinte anos a promoção da saúde reapareceu enquanto estratégia promissora para o campo da Saúde Pública. O marco para o moderno movimento de promoção da saúde surgiu em 1974 com a divulgação do documento: *A New perspective of the Health of Canadians*, conhecido como informe Lalonde. Tal informe visava, principalmente, enfrentar os altos custos com assistência médica no país. Utilizando o Campo da Saúde, que reúne os determinantes da saúde, o decompõem em quatro amplos componentes: biologia humana, ambiente, estilos de vida e organização da assistência a saúde⁵.

Crescente interesse no tema, principalmente em países industrializados criaram condições para a realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, no Canadá em 1986, que teve como produto a Carta de Ottawa, considerada um marco referencial na Promoção da Saúde⁶. A promoção da saúde foi conceituada dessa forma: “*O processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo*” Apresentando como requisitos: *a paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.*

Foram definidas cinco áreas prioritárias de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento das habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde. Portanto, nessa concepção, a saúde seria resultado de um amplo espectro associado com qualidade de vida, compreendendo: educação, justiça social, equidade, alimentação, habitação, nutrição, trabalho, ambiente, entre outros⁶.

Desde a Conferência de Ottawa, foram realizadas outras quatro Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, em Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997) e Cidade do México (2000) e Bangkok (2005), além da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Região da Américas, em Santa Fé de Bogotá na Colômbia em 1992⁷. Em Adelaide, o tema central, foram as políticas públicas saudáveis; em Sundsvall, a ênfase foi dada à criação de ambientes favoráveis à saúde com influência de temas ligados à saúde ambiental. Em Jakarta, destacaram-se os reforços da ação comunitária com aparecimento de novos determinantes da saúde, como os transnacionais, os quais, globalização da economia e suas conseqüências, papel dos meios de comunicação, etc. Uma das conclusões desta Conferência foi à combinação das cinco estratégias preconizadas pela Carta de Ottawa como mais eficaz do que aquelas centradas em um só campo⁴. Na quinta Conferência Mundial, procurou-se progredir no que concerne ao incremento das prioridades da Promoção da Saúde para o século XXI identificadas em Jacarta e confirmadas pela Assembléia Mundial de Saúde de 1998, as quais: promover a responsabilidade social em matéria de saúde; ampliar a capacitação das comunidades e dos indivíduos; aumentar a “inversão” no desenvolvimento da saúde; assegurar a infra-estrutura necessária à Promoção da Saúde e fortalecer suas bases científicas e reorientar os sistemas e serviços de saúde⁸.

Buss² aponta as diferenças entre promoção da saúde e prevenção das doenças, destacando que a teoria destes dois campos de ações se diferencia “com mais precisão” do que a sua prática,

considerando-as como complementares, incidindo sobre o processo saúde-doença, tanto individual como coletivamente. Segundo o autor, a noção de promoção da saúde é mais abrangente, identificando os “macrodeterminantes do processo saúde e doença, buscando transformá-los favoravelmente na direção da saúde”, propondo, sobretudo, ações externas ao setor saúde. Enquanto a prevenção objetiva quando possível que os indivíduos não adoçam, buscando, junto com a clínica, uma forma de evitá-las (prevenção primária), de curá-las (prevenção secundária) e de abrandá-las (prevenção terciária).

De acordo com Buss², existem duas concepções para a compreensão da promoção da saúde. Na primeira a promoção da saúde tem um enfoque comportamentalista, individualista, focado no estilo de vida. Outra mais atual que caracteriza a promoção da saúde *vis-à-vis* o papel dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, referindo-se especificamente a qualidade de vida, incluindo alimentação e nutrição, saneamento, habitação, trabalho, apoio social para famílias e indivíduos entre outros.

O mesmo autor² destaca que a promoção da saúde deve ser compreendida através dos determinantes sociais da saúde, destacando-se o relatório final da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) de 2008⁹. Este relatório teve como objetivo traçar um panorama da situação de saúde no país, com destaque para os dados, informações e conhecimentos sobre iniquidades geradas pelos determinantes, bem como propor políticas, programas e intervenções. A partir desses objetivos mais gerais é possível através de tal documento aprofundar o debate sobre as iniquidades em saúde no Brasil.

Assim, ao relacionar a promoção da saúde aos determinantes, Buss² aproxima este conceito ao de qualidade de vida, apontado por Minayo *et al*¹⁰, como um conceito polissêmico relacionado às condições e estilo de vida, desenvolvimento sustentável, ecologia humana, bem como democracia relacionada ao desenvolvimento dos direitos humanos e sociais. No que se

refere à saúde os conceitos se unem em uma resultante social de construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que uma determinada sociedade estabelece. É compreendida também como uma noção que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrada na vida familiar, amorosa, social, ambiental e a estética existencial, tendo uma conexão com uma síntese cultural relacionada ao padrão de conforto e bem-estar.

II.2- Educação em Saúde e Promoção da Saúde:

Educação e Saúde são espaços de produção e aplicação de saberes, de práticas e de programas sociais destinados ao desenvolvimento humano. A interseção entre estes dois campos se dá através de políticas e práticas norteadas por um conjunto de representações sobre atores e relações que moldam a sociedade. A partir da concepção de Alves¹¹ a educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientadas para prevenção e promoção da saúde: ... *através do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, atinge ao cotidiano das pessoas, intermediados pelos profissionais de saúde, partindo da compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.*

Em seus diferentes momentos históricos, os saberes e práticas de educação em saúde estiveram atrelados a diversos discursos sanitários, e utilizaram de estratégias de comunicação coerentes com os mesmos¹¹.

De acordo com Nutbeam¹² o papel da educação como ações de promoção da saúde estão inseridas em uma proposta de mudança, inclui:

- ações (educação, mobilização social e advocacia),

- resultados da promoção da saúde, entendidos como medidas de impacto das intervenções (desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais – Health literacy – ações e influências sociais, políticas públicas saudáveis e práticas organizativas).

- resultados intermediários sociais e de saúde, que são os determinantes da saúde modificáveis (estilos de vida saudáveis, serviços eficazes e ambientes saudáveis).

Dentre o papel da Educação como ação de promoção da saúde, destacam-se: ênfase no processo educativo (valores, princípios, métodos e técnicas); construção compartilhada de conhecimentos: valorização dos diferentes saberes: técnico-científico e popular; metodologias participativas; educação popular, educação ambiental e educação em saúde, em distintos cenários; interação com os meios de comunicação; estímulo ao desenvolvimento da cidadania.

De acordo com o modelo apresentado por Alves¹¹, as práticas de educação em saúde, são compreendidas através de dois modelos de educação: o modelo hegemônico e o dialógico. A seguir o quadro I apresenta as características e diferenças de cada modelo:

Quadro I -Modelo hegemônico e modelo dialógico de educação em saúde.

Características	Modelo Hegemônico	Modelo dialógico
Concepção de saúde	Ausência de doença.	Produção social do processo saúde-doença.
Concepção de educação	Ato de depósitos de conhecimentos e valores.	Ato de conhecimento nas relações com o mundo e em comunhão com ou outros.
Concepção de homem: Usuários	Destituído de saber ou portador de saberes equivocados ou nocivos à saúde; objetos da prática educativa.	Portador de saberes e práticas de saúde e cuidado adquiridos mediante experiências concretas.
Profissionais	Detentor do saber técnico-científico com status de verdade; nada tem a aprender da aproximação com o saber popular.	Detentor de uma saber técnico-científico que é inacabado; no cotidiano de suas ações re-aprende através do diálogo com o saber popular.
Enfoque da prática educativa	Centrado na doença.	Centrado no sujeito, a que se destina a prática educativa..
Enfoque em saúde	Estritamente preventivista.	Enfoque promocional
Objetivos da prática educativa	Redução dos riscos; prevenção das doenças e agravos à saúde.	Constituição de sujeitos para a transformação de condições de saúde e melhoria da qualidade de vida.
Espaços educativos	Falta de unidade entre prática educativa e as demais práticas em saúde; contextos formais como os grupos educativos.	Integração entre assistência e educação em saúde; contextos informais das relações interpessoais.
Metodologia	Comunicação unilateral e informativa, palestras, folhetos, cartazes, etc.	Comunicação dialógica: problematização e reflexão.
Ponto de partida	Conhecimento científico, diagnóstico de necessidades pelos profissionais de saúde mediante levantamentos epidemiológicos dos problemas de vida; sujeitos da prática educativa.	Realidade objetiva e condições de existência dos sujeitos assistidos; co-participação e co-responsabilidade no diagnóstico.

Alves (2004)

Conforme apresenta o quadro I, o modelo de educação dialógica tem o enfoque na promoção da saúde e o modelo hegemônico tem o enfoque na prevenção das doenças. Importa destacar as características que diferenciam os modelos. Por exemplo, as concepções de educação,

de saúde, de sujeito, de usuários. Neste caso na concepção dialógica são encarados como portadores de saberes e práticas adquiridas mediante experiência concretas¹² Da mesma forma, os profissionais aparecem como detentores de conhecimentos inacabados, dialogicamente interagindo com conhecimento popular. Cabe destacar ainda dos objetivos da prática educativa, que no modelo hegemônico está baseada na redução dos riscos e prevenção das doenças e agravos à saúde. Já no modelo dialógico o objetivo é a constituição de sujeitos para a transformação de condições de vida e saúde, bem como a melhoria da qualidade de vida.

Stotz¹⁴ também apresenta enfoques sobre educação e saúde quais sejam: educativa, preventiva, radical e desenvolvimento pessoal. As proposições da abordagem educativa têm como princípio orientador a informação sobre riscos, de forma que o educando compreenda ações potencialmente de risco; o enfoque do desenvolvimento pessoal adota, em linhas gerais, as mesmas perspectivas do enfoque educativo, aprofundando-as no sentido de aumentar as potencialidades do indivíduo como, por exemplo, a comunicação, a gestão do tempo, ser positivo consigo mesmo, entre outras. O enfoque preventivo pressupõe comportamento de prevenção de doenças, seguindo a associação entre padrões comportamentais e padrões de doenças.

Os enfoques apresentados acima se baseiam essencialmente na responsabilidade individual, sendo a educação uma forma de ação para o aperfeiçoamento do homem. O enfoque radical parte exatamente da consideração de que as condições e a estrutura social são as causas dos problemas de saúde, sendo a educação vista com o intuito de facilitar a luta política pela saúde, sendo possível superar enfoques que culpabilizam a vítima.

Outro artigo de Oliveira¹⁵ apresenta dois enfoques da educação em saúde, o modelo de educação em saúde tradicional e o radical, sendo, portanto semelhante aos modelos apresentado por Stotz. A concepção tradicional coloca a prevenção das doenças como o objetivo a ser alcançado através da persuasão dos indivíduos, para que estes adotem modelos de vidas

saudáveis ou comportamentos considerados pelos profissionais do campo da biomedicina como compatíveis para a saúde.

O modelo de educação radical está centrado em um incremento da consciência crítica dos sujeitos. Dentre os principais objetivos são: promover a saúde no sentido positivo, através de quatro estágios: fomentar a reflexão sobre os aspectos da realidade pessoal; estimular a busca e reflexão coletiva das causas dessa realidade; exame das implicações dessa realidade; desenvolvimento de um plano de ação para alterar tal realidade ¹⁵.

Desta forma, a educação em saúde na promoção da saúde não se restringe apenas a persuasão para mudança de comportamento, o que não significa que entre seus objetivos, não estejam mudanças de comportamento e atitudes. Desta maneira no modelo dialógico/radical, o que está em foco, é uma mudança das condições ou dos determinantes sociais que vem a partir do *empowerment* e da autonomia dos sujeitos. Assim, intenta-se promover o envolvimento dos indivíduos nas decisões relacionadas à sua própria saúde e naquelas concernentes aos grupos sociais aos quais eles pertencem¹¹.

Assim, a educação está inserida como uma das principais práticas e ações de promoção da saúde, implicando em ações sobre os determinantes sociais da saúde, políticas públicas saudáveis, prestação de serviços eficazes, condição de vida saudável, como habitação, ambientes saudáveis, transporte, lazer, ocupação/trabalho, enfim, uma rede complexa que inclui diversos níveis de intervenção que se complementam.

II.3- Relação entre os campos da educação em saúde, promoção da saúde e *empowerment*:

Um conceito a ser considerado é o de *empowerment*, o qual constitui um termo da língua inglesa de difícil tradução direta em português. Vasconcelos¹⁶ pondera que alguns atores têm

traduzido como “empoderamento”. Outros atores como fortalecimento ou aumento de autonomia. O autor considera estas traduções interessantes mais limitadas quanto à riqueza do termo. Assim, concordando com o autor, utilizou-se, também, o termo original em inglês, para manter a complexidade e o caráter multifacetário do conceito. O mesmo propõe um sentido provisório de “aumento de poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos à relação de opressão, dominação e discriminação social”¹⁶.

Wallerstein¹ define *empowerment* como um processo social que promove a participação das pessoas, das organizações e da comunidade para aumentar o controle dos indivíduos e comunidade na eficiência política, melhoria da qualidade de vida da comunidade e justiça social.

Essas duas concepções se complementam para estabelecer uma conceituação mais abrangente de *empowerment*.

De acordo com Carvalho¹⁷ que também analisa o conceito de *empowerment* na promoção da saúde, destacam-se dois modelos sobre o tema: *empowerment* psicológico e comunitário. O *empowerment* psicológico objetiva fortalecer a auto-estima e capacidade de adaptação ao meio e desenvolver mecanismos de auto-ajuda e solidariedade. Apropria-se de um esforço pedagógico sistemático e permanente envolvendo técnicas focais e *marketing* social. Essa perspectiva apresenta limites para a transformação social e produção da saúde, já que *empowerment* psicológico fornece somente uma autonomia regulada, criando uma ilusão de existência efetiva de poder por parte dos indivíduos.

Já o *empowerment* comunitário propõe estratégias que visem promover a participação de indivíduos e comunidades, maior participação política, maior justiça social e melhoria da qualidade de vida, acarretando um aumento da capacidade dos indivíduos e coletivos para definirem, analisarem e atuarem sobre seus problemas¹⁷.

A revista *Health Education Quarterly*, promoveu uma discussão entre vários estudiosos sobre *empowerment*. No artigo de abertura do fórum, Bernestein et al,¹⁸ problematizam a concepção de *empowerment* que envolve três níveis: dimensão pessoal, interpessoal e político. A dimensão pessoal diz respeito à capacidade de fazer escolhas para a própria vida e agir de acordo com elas; interpessoal refere-se à habilidade de influenciar outras com pessoas com o uso do ‘poder pessoal’. O poder social deriva-se de itens como posição social, habilidade, influência, entre outros. E poder político refere-se à habilidade de influenciar a alocação de recursos em uma organização ou comunidade, buscando a ação e colaboração coletiva. Essas abordagens se complementam e traçam um panorama amplo e abrangente. O autor traz com essa concepção um novo componente, o poder político, como uma categoria diferente das outras abordagens colocadas, e que ajuda compreender o *empowerment* na sua complexidade.

Através da influência de Paulo Freire alguns autores do *empowerment* comunitário, vêm propondo um modelo de educação, que assuma a educação como prática de liberdade. Projeto este que alguns denominam *empowerment education*, que também pode ser denominado de educação popular e/ou educação para a transformação¹⁶.

Ao apresentar as diferentes concepções de autores em relação ao *empowerment*, objetiva-se mostrar como os mesmos estabelecem níveis/modelos ao mesmo tempo diferentes e complementares entre si. Não há, portanto, um conceito estabelecido e consensual que dê contato de toda complexidade do *empowerment*.

Outro conceito que engloba a perspectiva do *empowerment* interpessoal e político é o conceito de capital social. Definido por Sapag e Kawachi¹⁹ como: “... *relações informais de confiança e cooperação (família, vizinhos, colegas), a associatividade formal em organizações de diversos tipos e o marco institucional normativo de valor de uma sociedade que fomenta e inibe relações de confiança e compromisso cívico.*”

O conceito de capital social tem como foco a perspectiva coletiva, não somente na individual. Agrega diversos conceitos para abranger a complexidade do termo, tais como: *comunidade*, entendida como uma confiança compartilhada pelos membros de um grupo; *eficácia coletiva*, como eficácia de um grupo tem de atingir uma meta específica; *capacidade comunitária* entendida como características da comunidade que afetam suas habilidades de mobilizar e responder por problemas de saúde públicos e sociais; *competência comunitária* compreendida como componentes que permitem colaborar efetivamente para identificação de problemas e necessidades na comunidade para se atingir metas e objetivos estabelecidos coletivamente.

O capital social é um fator importante para se alcançar coesão social que representa um conceito mais amplo. Destaca-se a integração entre os conceitos de capital social e promoção da saúde através do “empoderamento” e participação comunitária. Começando por reconhecer e favorecer os elementos do capital social, presentes em uma comunidade, resulta fundamentalmente em potencializar a participação ativa de seus integrantes para o caminho da promoção da saúde. Além dos conceitos acima expostos, os conceitos a interdisciplinaridade e intersetorialidade, aparecem como conceitos centrais na aproximação entre os conceitos de capital social e promoção da saúde com vistas a mudanças sociais mais sustentáveis e mais efetivas para lidar com os determinantes sociais¹⁹.

De acordo com Bodstein²⁰ consoante com o referencial apresentado, reitera que o conceito de capital social cria a base teórica para a explicação de programas e ações de promoção da saúde, pressupondo que as organizações, comportamentos, atitudes e hábitos são produtos construídos socialmente²⁰.

Uma análise mais abrangente inclui as diversas noções e práticas incluídas na promoção da saúde, entretanto este não foi um dos objetivos deste trabalho.

A educação na promoção da saúde, como discutido, é atravessada pelo conceito de *empowerment* não somente o individual, mas também o comunitário com o incremento na capacidade dos indivíduos e coletividade para definirem, analisarem e atuarem sobre seus problemas. Compreende também o *empowerment* interpessoal e político, referido à influência de pessoas e recursos de uma organização e/ou comunidade para a constituição de sujeitos, visando à transformação a melhoria da qualidade de vida e condições de saúde.

III- OBJETIVO GERAL:

Analisar a produção bibliográfica brasileira da área de Saúde Pública em revistas selecionadas, de forma a conhecer os conceitos que informam a relação entre promoção da saúde educação e *empowerment*. Foram pesquisados artigos nas publicações **Cadernos de Saúde Pública, Revista de Saúde Pública e Ciência e Saúde Coletiva** sobre o tema promoção da saúde no que concerne especificamente à educação em saúde, no período de 1997 a 2008, sendo o conceito de *empowerment* central para tal compreensão. Tal período foi demarcado objetivando resgatar a produção mais recente sobre o tema.

IV- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Os objetivos específicos foram: mapear brevemente a produção acadêmica brasileira sobre promoção da saúde nas revistas selecionadas, analisando quais os temas (como por exemplo: qualidade de vida, ambientes saudáveis, educação em saúde, entre outros), o ano da publicação e tipo de pesquisa (conceitual e/ou empírica: sendo empírica a proposta era classificar em qualitativa, quantitativa, qualitativa/ quantitativa e, finalmente, relato de experiências). A partir desse mapeamento foi analisada como se dá aproximações e distinções entre educação em

saúde na promoção da saúde e entre os conceitos de educação, empowerment e promoção da saúde.

V. METODOLOGIA:

Foi feita uma revisão da literatura no período referente a 1997 a 2008, nas seguintes revistas **Cadernos de Saúde Pública**, **Revista de Saúde Pública** e **Ciência e Saúde Coletiva**, já que são as publicações que apresentam os maiores fatores de impacto na área. Primeiramente foram pesquisados artigos indexados com a palavra-chave: promoção da saúde, objetivando traçar um breve panorama sobre essa temática. Posteriormente foram analisados artigos que abordam a educação em saúde e *empowerment* na promoção da saúde, visando compreender semelhanças e diferenças conceituais.

Caminho metodológico:

- Levantamento de artigos indexados com a palavra-chave promoção da saúde; promoção de saúde e promoção à saúde no esforço de recuperar todos os artigos que abordassem o tema, enquadrado em diferentes palavras-chave.
- Aplicação de uma ficha de avaliação para análise dos *resumos* dos artigos, objetivando pré-selecionar os que tenham uma fundamentação teórico-conceitual consoante com o referencial apresentado sobre Promoção da Saúde;
- Seleção dos artigos indexados com a palavra-chave Educação em Saúde e *empowerment* os quais foram elaboradas resenhas para análise de conteúdo;

A ficha de avaliação constou do nome dos autores, título do artigo, título da revista, ano e local da publicação, das palavras-chave e o tipo de pesquisa: conceitual, empírica (qualitativa,

quantitativa, qualitativa e quantitativa) e relato de experiência. Foram destacados também os objetivos da pesquisa e a base teórico-conceitual. Para a elaboração de tal ficha utilizou-se como referência o trabalho de Buss *et al*²¹ e Assis *et al*²²

Critérios de inclusão: discussão teórico-conceitual ou referencial teórico sobre promoção da saúde, bem como a educação e empowerment na promoção da saúde.

Critérios de exclusão: artigos que não estivessem consoantes com o referencial teórico apresentado; artigos indexados somente com a palavra-chave educação em saúde. O objetivo era analisar a educação em saúde no contexto da promoção da saúde, apesar da importância do campo da educação em saúde no campo da saúde coletiva.

Os artigos que não estão indexados *única e somente* como promoção da saúde, promoção de saúde e promoção à saúde, não estão incluídos nessa revisão. Esse recorte foi estabelecido na tentativa de delimitar as discussões sobre a temática em questão. Destaca-se também que toda seleção inicial foi realizada através dos *resumos*, somente os textos selecionados para as resenhas foram utilizados na íntegra.

VI- RESULTADOS

VI.1- Panorama geral:

Observando o que mostra o Quadro III, dos 96 artigos indexados como “promoção da saúde” foram pré-selecionados 39, a partir da ficha de avaliação. O critério utilizado para a pré-seleção foi ter como fundamentação teórico-conceitual a promoção da saúde de acordo com o referencial teórico exposto anteriormente

Quadro II: Universo dos artigos pesquisados:

Revista	Totais de artigos indexados como Promoção da Saúde	Selecionados como abordando a Promoção da Saúde	Selecionados para resenha
Cadernos de Saúde Pública	25	13	4
Ciência e Saúde coletiva	33	22	7
Revista de Saúde Pública	37	6	3
TOTAL:	95	41	14

VI.2- Promoção da Saúde:

A partir dos 39 artigos pode-se delinear brevemente a produção sobre promoção da saúde no Brasil, nas revistas selecionadas. Os artigos foram classificados de acordo com o ano da publicação, os temas pertinentes no campo da promoção da saúde e o tipo de pesquisa.

Quadro III: Ano dos artigos selecionados por períodos.

Ano da publicação	n° de artigos	Cadernos de Saúde Pública	Ciência e Saúde Coletiva	Revista de Saúde pública
1997-2000	4	2	1	1
2001-2004	27	7	17	3
2005-2008	11	4	5	2
Total	42	13	23	6

Ao analisar o quadro III sobre a produção acadêmica por período de tempo observa-se que no período de 2001 a 2004 houve um incremento na produção nas três revistas selecionadas. De 2005 a 2008 observa-se um ligeiro declínio em relação ao período anterior, entretanto, com mais artigos do que no período de 1997 a 2000.

Quadro IV: Ano dos artigos selecionados.

Ano da publicação	n° de artigos	Cadernos de Saúde Pública	Ciência e Saúde coletiva	Revista de Saúde pública
1997	1	0	0	1
1998	1	1	0	0
1999	2	1	1	0
2000	3	0	3	0
2001	0	0	0	0
2002	2	0	0	2
2003	2	2	0	0
2004	19	5	13	1
2005	1	0	1	0
2006	2	1	0	1
2007	6	2	3	1
2008	3	1	2	0
Total	42	13	23	6

Para melhor compreender a distribuição temporal das produções, a tabela IV apresenta a produção encontrada por ano da publicação, observa-se uma grande produção no ano de 2004, já que na revista Ciência e Saúde Coletiva deste ano temos 19 artigos em um número temático. Destaca-se a importância de tal iniciativa para o reforço do campo da promoção da saúde, especialmente no que se refere à avaliação nesta área, tema de tal número temático²³.

Quadro V – Abordagens utilizadas nos artigos

Abordagens das pesquisas	n° de artigos	Cadernos de Saúde Pública	Ciência e Saúde coletiva	Revista de Saúde pública
Conceitual	30	10	16	4
Empírica/ qualitativa	3	1	1	1
Empírica/ quantitativa	1	0	1	0
Empírica /quali e quanti	4	2	1	1
Relato de experiência	4	0	4	0
Total	42	13	23	6

No que concerne às abordagens das pesquisas, 27 artigos são de discussões teórico-conceituais (Quadro V), revelando o quanto é importante para o campo da promoção da saúde fundamentar teoricamente suas bases conceituais vis-à-vis a área da saúde coletiva.

As temáticas foram categorizadas, através dos Descritores oficiais em Ciências da Saúde (DeCS – [HTTP://decs.bvs.br/](http://decs.bvs.br/)) quais sejam: **promoção da saúde, práticas educativas (educação em saúde) ambientes de instituições de saúde (ambientes saudáveis); vigilância em saúde pública, qualidade de vida, avaliação.** Entretanto, existem artigos, que não se enquadravam nos descritores oficiais e foram então criadas três categorias: *empowerment*, **capital social** e **temas correlatos** na fronteira entre promoção da saúde e temáticas centrais na saúde coletiva como: odontologia, nutrição, fisioterapia, farmácia, ecologia, promoção e prevenção, comunidade, gênero, entre outros.

Quadro VI- Temas dos artigos

Tema do artigo	nº de artigos
Educação em saúde	8
Ambientes saudáveis	4
Vigilância em saúde	3
Empowerment	4
Qualidade de vida	2
Tema correlato	13
Avaliação	7
Capital social	1
Total	42

O quadro VI apresenta a diversidade de temas encontrados, mostrando o quanto o campo da promoção da saúde é multifacetado. Dos onze artigos classificados como tema correlato, dois tratam de assuntos ligados à filosofia, um à odontologia, ecologia, gênero, prevenção, envelhecimento, lazer, desenvolvimento local, reorientação de serviços, autonomia e violência, verificando-se assim, uma diversidade de assuntos relacionados com a promoção da saúde. Quatro artigos abordam o tema de ambientes saudáveis, compreendido como habitação saudável, ambientes favoráveis à saúde, cidades saudáveis. Na categoria avaliação, seis dos sete artigos pertencem a um número temático da revista ciência & saúde coletiva.

Desta maneira, tem-se um panorama bem heterogêneo quanto aos temas da promoção da saúde abordado pelos artigos. Os oito artigos indexados como educação em saúde, bem como os quatro artigos indexados como *empowerment*, foram selecionados para a elaboração de resenhas e posterior análise de conteúdo.

VI.3- Educação em saúde na promoção da saúde:

Foram elaboradas resenhas de doze artigos que abordam a Educação em Saúde na Promoção a Saúde. Destaca-se que, sete dos doze artigos apresentam uma discussão teórico-conceitual, três artigos tem uma fundamentação metodológica qualitativa e quantitativa e um qualitativo.

A leitura e análise dos artigos tiveram como referencial os modelos de educação dialógico e hegemônico e *empowerment* coletivo, aprofundando a discussão a partir de categorias conceituais dos próprios artigos. Pode-se observar que dois artigos aproximavam-se mais da concepção hegemônica de educação, com foco na prevenção de doenças, centrada no indivíduo e mudança de comportamento. Nos outros nove artigos verifica-se que a temática educação, *empowerment* comunitário, participação comunitária se entrelaçam e se complementam e a fundamentação de educação em saúde a partir da concepção de Paulo Freire.

Ressalva-se a existência de conceitos integrantes do tema promoção da saúde e educação em saúde e que enriquecem a discussão. Um dos conceitos é o de risco e a noção correlata a risco, fatores de risco, e vulnerabilidade. Fator de risco é definido como: “...um atributo de um grupo que apresenta maior incidência de uma dada patologia, em comparação com outros grupos populacionais, definidos pela ausência ou menor dosagem de tal característica”²⁴. O conceito de vulnerabilidade é compreendido como o movimento de considerar a chance de

exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais²⁵.

Como aponta Carvalho¹⁷, o conceito de risco é estruturante da promoção da saúde, e da própria saúde pública. Entretanto, no caso da promoção o conceito de saúde ultrapassa essa visão dos fatores de risco, tratando de situações complexas, em que o importante é a qualidade de vida de indivíduos e comunidades, e os contextos social e cultural, mostrando a importância de se trabalhar na perspectiva dos determinantes sociais da saúde.

A discussão acerca dos conceitos acima referidos é mais abrangente e complexa, entretanto foge ao escopo deste artigo. O objetivo da pesquisa, como já referido, consiste em apontar brevemente a aproximação dos conceitos entre a educação e a promoção da saúde. Ao compreender a educação em saúde na perspectiva da vulnerabilidade, é possível “... *investir em possibilidades de transformação das condições de vida, nas quais crenças, hábitos e comportamentos ganham sentido demanda apreender, compreender e dialogar com a multiplicidade de aspectos que modulam as crenças, os hábitos e comportamentos dos indivíduos e grupos com os quais interagimos(...) e à problematização do espaço/tempo social no qual as nossas práticas educativas estão situadas*”²⁶.

Desse modo, a concepção de educação em saúde, na perspectiva do risco se dá através da mudança de comportamentos e transmissão de conhecimentos. Por outro lado, do ponto de vista da vulnerabilidade, se aproxima mais da concepção dialógica da educação.

Outro conceito importante é o de integralidade, compreendida de acordo como os autores Machado *et al*²⁷ no cuidado de grupos e coletividades percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e a sociedade ao qual se insere. Ao pontuar a integralidade no agir em saúde, colocam-na através da linha do cuidado, através de ações de prevenção de fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação,

articuladas e integradas em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde, desde a atenção básica até a assistência hospitalar e serviço especializado ²⁷. Tendo como eixo norteador o conceito de integralidade, os autores destacam a importância de ações de educação em saúde como um caminho para um cuidado integrado e para a constituição de um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, e também capaz de provocar mudanças individuais, nas famílias e na comunidade, interferindo no controle e na implementação de políticas públicas e na transformação social²⁷.

Um dos artigos apresenta uma metodologia de promoção da saúde²⁸ Grupos de Promoção da Saúde (GPS) definidos como intervenção coletiva e interdisciplinar, em um processo coletivo, que se propõem ao desenvolvimento da autonomia e participação colaborativa. Os GPS operam através do *setting grupal*, no qual o respeito à liberdade de poder escolher por mudanças de comportamento é condição para o cumprimento dos objetivos da promoção da saúde. Apesar de ter como fundamentação a educação em saúde na promoção da saúde, os autores não descrevem como o GPS extrapola o *empowerment* psicológico.

Ainda do que se refere à conceitualização e operacionalização dos conceitos, outro artigo²⁹ apresenta conceitos de educação em saúde e promoção da saúde e esquemas de planejamento de ações em educação, em saúde e promoção em saúde. O mais aplicado em diversas partes do mundo é o esquema proposto por Green e Kreuter, o PRECEDE e, dentro dele, o CAHP (conhecimentos, atitudes, habilidades e práticas) da população alvo, voltadas para a mudança de comportamento individual. Partindo da necessidade de reformulação da atuação profissional os mesmos autores apresentaram o esquema PROCEDE que aborda novas abordagens de atuação técnica de educação e promoção em saúde, abordando uma concepção mais completa de intervenção social. Outro esquema é o sistema HELPSAM apresentado em um

seminário em Sunsvall na Suécia, em 1991, que descreve sete estratégias: desenvolvimento de políticas de ação, regulamentos em saúde (leis e normas), reorientação de organizações, *advocacy*, alianças e mediações, fatores que possibilitam o comportamento em saúde e aumento de poder²⁹.

Quatro artigos abordam o conceito de *empowerment*. Três artigos do mesmo autor, Carvalho, dois de 2004^{17,30} e um de 2008³¹. Um dos artigos¹⁷ aborda os múltiplos sentidos atribuídos ao *empowerment* e traçam uma diferenciação entre *empowerment* psicológico e comunitário, já abordada no referencial teórico anteriormente exposto. Além disso, coloca também o conceito de *empowerment* e a consolidação do SUS (Sistema Único de Saúde) ao abordar o *empowerment* comunitário para educação em saúde – *empowerment education* e *empowerment* comunitário e a reorganização dos serviços de saúde. O outro artigo³⁰ aborda o conceito de risco anteriormente referido, a diferenciação entre *empowerment* psicológico e comunitário, o significado e conseqüências do uso das categorias “risco” e *empowerment* na nova Promoção da Saúde/ Nova Saúde Pública.

Os autores Carvalho & Gastaldo³¹ analisam o conceito de *empowerment* através de uma perspectiva intra-paradigmática privilegiando o enfoque crítico social, explorando o potencial para a transformação das práticas comunitárias e dos profissionais em saúde. Em seguida refletem sobre a promoção da saúde através de uma perspectiva extra-paradigmática, a partir da teoria pós estruturalista, compreendendo novas possibilidades analíticas para entender as relações de poder que se estabelecem nas práticas de promoção da saúde.

Os autores apontam que a perspectiva crítico-social se fundamenta na constatação de classes sociais, na denúncia de exclusão da opressão de grupos sociais e fundamentam formulações libertárias e progressistas, em que formas de pensar e fazer são permeados por

relações de poder que precisam ser problematizadas e compreendidas como produtos das relações históricas e sociais que tendem a neutralizar a reprodução das desigualdades³¹.

Descrevem brevemente o *empowerment* psicológico e o comunitário apontando que o empowerment psicológico é insuficiente para instrumentar práticas que visam atuar sobre a distribuição do poder e de recursos na sociedade, podendo transformar-se em um mecanismo de regulação e de controle do social sobre certos grupos de indivíduos. Apontam que para o *empowerment* comunitário se efetive é necessário ter conhecimento de que as condições macroestruturais condicionam e determinam o cotidiano dos indivíduos, assim como estes influenciam e significam o plano macroestrutural. Abordam também o *empowerment education* anteriormente referido. Desta forma, conceituam o *empowerment* comunitário consoante com o referencial exposto³¹.

Ao situar a promoção da saúde e do *empowerment* sob a perspectiva pós-estruturalista os autores refletem sobre o poder a partir de uma perspectiva do filósofo Michael Foucault, em que poder é compreendido como uma prática social e histórica, sendo difuso e se concretiza nas relações entre forças que tecem uma complexa trama de micro e macro poderes que podem ou não estar integrados ao estado³¹.

Destaca-se que é necessário compreender que o *empowerment* não abrange a complexidade dos problemas de saúde e poder ser visto como uma estratégia de auto-governo e de produção de um discurso de transformação potencial dos agentes sociais, e que o *empowerment* e a promoção da saúde talvez não seja necessariamente a solução para as questões sobre exclusão social e responsabilidade dos indivíduos com a saúde³¹.

O artigo traz uma discussão pertinente e rica ao apresentar duas abordagens e contrapô-las, apontando a abordagem crítica ao *empowerment* e atenção as precauções teóricas e práticas antes de abraçar entusiasticamente ao conceito, já que admite interpretações diversas. Da mesma

maneira que os autores trazem importantes contribuições para repensar a teoria e prática da educação na promoção da saúde, através do *empowerment*³¹.

Outro artigo³² trata da articulação entre senso comum, ciência e filosofia, com o intuito de desenvolver uma compreensão do processo de promoção da saúde, mediada pela educação em saúde. Os autores traçam uma breve aproximação entre educação em saúde *empowerment*, a partir de uma concepção de educação que articula saber popular e científico, na construção compartilhada de conhecimentos, objetivando aumento de poder de indivíduos e grupos populacionais interferindo nas relações sociais que influenciam a qualidade de suas vidas, fruto da relação entre senso comum e ciência. Traçam também uma breve aproximação entre promoção da saúde e educação em saúde³².

Ainda acerca do debate de *empowerment*, um artigo propõe a sua operacionalização bem como destaca a importância dos processos avaliativos no contexto da análise de uma intervenção territorial, aplicada a uma experiência prática de Desenvolvimento Local Integrada e Sustentável (DLIS)³³. Antes de explorar tal artigo, pontua-se uma estratégia realizada em Manguinhos-RJ, que utilizou uma estratégia participativa e de empoderamento na avaliação dessa estratégia para promoção da saúde³⁴. *Empowerment* é compreendido como constituição de capital social, compreendido de acordo com o referencial colocado como um processo de participação da população no levantamento das demandas e necessidades locais, configurando um diagnóstico participativo e no levantamento de equipamentos sociais locais, na intenção de contribuir para a tomada de decisões estratégicas, tal como descrito em Bodstein³⁴. No caso de Becker, adotou-se no trabalho a estratégia de avaliação participativa, em que a avaliação se integra a própria intervenção, e busca “empoderar” sujeitos e atores envolvidos.

O processo avaliativo foi estruturado em três níveis complementares: o diagnóstico comunitário, seus resultados e implicações, o estudo das intervenções realizadas pelos próprios

moradores, capacitados por uma metodologia de construção compartilhada de conhecimentos, e a sistematização de depoimentos e relatos dos participantes sobre as experiências vivenciadas no programa³³.

O eixo metodológico foi a construção compartilhada de soluções em saúde, que se caracteriza por permitir que os participantes aprendam a priorizar e analisar problemas e recursos de suas comunidades ou organizações, elaborando projetos de intervenção que solucionem ou contribuam para resolver esses problemas. Através do Diagnóstico Comunitário Participativo (DCP), que visa conhecer o território em profundidade de maneira a problematizar as principais dimensões de sua realidade social, a partir dos resultados do DCP, foi pensada a intervenção através da divisão das questões prioritárias apontadas em cinco áreas temáticas: educação em saúde; organização comunitária; moradias, saneamento e meio ambiente; atividades culturais e recreativas; e geração de soluções locais em trabalho e renda. No processo de avaliação e sistematização foi caracterizado por um processo dinâmico e multifacetado, subdividido em três níveis complementares: Desenvolvimento da comunidade, Ação Local e Mobilização Comunitária. Assim o trabalho adota uma metodologia participativa como forma de operacionalizar o *empowerment* comunitário³³. Dentre o papel da educação como ação de promoção da Saúde Nutbeam¹² sinaliza para a apropriação de metodologias participativas como utilizada no estudo de Mello *et al*³⁵, através da pesquisa participante em que pesquisadores e população são sujeitos aptos ao exercício da cidadania objetivando transformação social, articulada às ações do Programa de Saúde da Família (PSF). Teve-se como objetivo geral proporcionar a construção, apropriação e socialização de conhecimentos, mediante processo metodológico participativo, buscando desenvolver ações organizadas da sociedade. Quanto aos objetivos específicos foi definido como contribuir com elementos que proporcionassem à comunidade a compreensão da saúde e de seus determinantes, valorizando o conhecimento das

pessoas, motivação para identificação dos problemas e organização social como forma de ação coletiva, estimulando a conscientização, autoconfiança, solidariedade e participação na esfera institucional, através do Conselho de Saúde, e desenvolvimento da cidadania. A concepção de educação adotada foi norteadada pela filosofia de Paulo Freire, ancorada na pedagogia problematizadora de concepção popular. A operacionalização e o desenvolvimento da pesquisa ocorreram em dois momentos: a fase exploratória que preparatória para a pesquisa e a fase operacional, onde foi definido o tema gerador - diagnóstico de saneamento -, e o ponto de partida para aplicação de questionários. O resultado obtido foi o eixo temático da investigação e desencadeador do processo educativo³⁵.

Foi possível verificar, através das resenhas elaboradas, temas integrantes do debate como integralidade, fatores de risco. Destaca-se também que a educação na promoção da saúde nas revistas selecionadas, o modelo hegemônico/tradicional está presente nas abordagens, mas que a maioria (dez artigos) tem o enfoque no modelo dialógico/radical. Foi visto que o conceito de *empowerment* perpassa o conceito de educação na promoção da saúde e que o *empowerment* psicológico não dá conta da riqueza das ações, abrangendo a compreensão através do *empowerment* comunitário, com vistas ao *empowerment* interpessoal e político. Para a operacionalização das ações de saúde, fundamentadas no *empowerment*, os autores utilizaram metodologias participativas, tendo sempre como preocupação incentivar a participação da população no processo de coleta e dados, no diagnóstico local e na avaliação.

VII- CONCLUSÕES:

A partir dos resultados obtidos verificou-se que a promoção da saúde está ganhando visibilidade na produção acadêmica brasileira nos últimos anos, nas revistas selecionadas, sendo que a maior parte dos trabalhos foi de discussão teórico-conceitual, mostrando o quanto o campo

da promoção da saúde é recente em busca de consolidar teoricamente. Ao analisar os assuntos tratados observou-se o quanto o campo da promoção é complexo abrangendo assuntos como filosofia da ciência, ecologia, gênero, prevenção, desenvolvimento local, reorientação de serviços, violência, avaliação, ambientes saudáveis entre outros.

Ao analisar o campo da educação em saúde na promoção da saúde, foi possível verificar influências do modelo hegemônico/tradicional de educação em saúde, mas também uma produção crescente tendo como fundamentação a concepção dialógica/radical. De tal forma que a aproximação entre a promoção da saúde com a educação em saúde é perpassada pelo conceito de *empowerment* comunitário, interpessoal e político envolvendo diretamente a articulação de pessoas e recursos, a participação da sociedade e cidadania.

Verificou-se também que para a operacionalização desse campo foram utilizadas metodologias participativas, como destaca Nutbeam¹¹. Outra forma de se operacionalizar o *empowerment* e a participação, se dá através do capital social.

Não se pode negar a importância da concepção de educação hegemônica/tradicional, assim como abordam Schall & Struchiner³⁶ que apresentam tendências pedagógicas na educação em saúde. As autoras alertam para o fato de não se colocar estas concepções de maneira antagônica e bipolar, mas de forma complementar. Dessa forma, as mudanças de comportamentos e o modelo de educação hegemônico/tradicional seria uma etapa da educação em saúde, mas esta por si só, não contempla as ações de educação em saúde voltadas para promoção da saúde^{36,37}.

Desta forma, procuramos delinear o campo da educação na promoção da saúde, perpassando o conceito de *empowerment*. Não somente através do conceito de *empowerment* psicológico, que não dá conta de abranger a complexidade da promoção da saúde, mas, principalmente, do comunitário, o interpessoal e o político, no intuito de fortalecer a comunidade

com vista à participação social e cidadania. Assim como aponta Bodstein³⁸ a Promoção da Saúde é desenvolvida em um conjunto de iniciativas tendo em vista não somente a prevenção de doenças e identificação individual e fatores de risco de um grupo, mas especialmente através da intersetorialidade, perspectiva multidisciplinar comunitária com foco nos determinantes sociais para a consolidação do capital social e empowerment comunitário. Destaca-se que a educação em saúde é somente uma vertente para a promoção da saúde. Ela deve ser vista em relação aos determinantes sociais da saúde, as políticas públicas saudáveis, os ambientes saudáveis, os serviços públicos, a *advocacy*, bem como de estilos de vida saudáveis, tudo isso sendo compreendido através de um conceito ampliado de saúde.

VIII- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Wallerstein N. Powerlessness, Empowerment and health: Implications for Health Promotions Programs. *Am Jour Health Prom*, 1992 (3)6:197-205.
2. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência Saúde Coletiva* 2000; 5 (1):163-77.
3. Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad Saúde Pública* 2007 23(7):1674-81.
4. Becker D. *Amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família*. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.
5. Buss PM. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003:15-38.

6. WHO 1986. Carta de Otawa. [Acessado em 2006 agosto 22]. Disponível no site www.opas.org.br
7. Albuquerque PC. *A Educação Popular em Saúde no município de Recife-PE: em busca da integralidade*. [Tese]. Recife: Escola Nacional de Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.
8. Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção da Saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface comunic, Saúde, Educ* 2003 7 (12):101-22.
9. Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
10. Minayo MCS., Hartz ZMA., Buss PM. Qualidade de vida: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2000; 5 (1):7-18.
11. Alves VS. *Educação em Saúde e constituição de sujeitos: desafio ao cuidado no Programa de Saúde da Família*. [Dissertação] Salvador, Universidade Federal da Bahia, 2004.
12. Nutbeam D. Eficácia de la promoción de la salud – lãs perguntas que debemos responder, pp 1-11. In Unión Internacional de Promoción de la salud y Educación para la Salud. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Ministério de la Salud Y Consumo, Madri, 1999.
13. Freire P. *Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1997
14. Stotz EN. Enfoques sobre educação e saúde. In: Valla VV., Stotz EM (org). *Participação popular, educação e saúde. Teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Relume- Dumará, 1993.

15. Oliveira DL. A ‘nova’ Saúde Pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 13:424-41.
16. Vasconcellos EM., *O poder que brota da dor e da opressão. Empowerment, sua história, teorias e estratégias.*São Paulo: Editora Paulus; 2003.
17. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção da Saúde. *Cad Saúde Pública* 2004 20(4):1088-95.
18. Bernstein E, Wallerstein N, Baithwaite R, Gutierrez L, Labonte R, Zimmerman M. Empowerment forum: a dialogue between guest editorial members. *Health Educ Quarterly*, 1994, 21(3): 281-294.
19. Spag JC, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev Saúde Pública* 2007 4(1): 139-149.
20. Bodstein RCA. The complexity of the discussion on effectiveness and evidence in health promotion. *Promotion & Education* , 2007; *Supplement 1*:16-19.
21. Buss PM., Leal MC., Bodstein RCA., Ramos CL., Tavares FLT., Marcondes WB. Construção de metodologia para realização do balanço da produção científica brasileira sobre o tema da Promoção da Saúde nos congressos da Abrasco. Projeto de pesquisa, 2007.
22. Assis M., Hartz ZMA., Valla VV. Programas de promoção da saúde do idoso: um revisão de literatura científica no período de 1990 a 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004; 9 (3):557-581.
23. Buss PM. Editorial. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9 (3):518-518.
24. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. *Introdução à epidemiologia moderna.* Salvador- Rio de Janeiro APCE- Abrasco co-edição; 1992.

25. Ayres JRCM., França-Júnior I., Calazans GJ., Salleti-Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D., Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003:117-139.
26. Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública*, 2006 22(6): 1335-1342.
27. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva* 2007 12(2):335-342.
28. Santos LM, Da Ros MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Rev Saúde Pública* 40:2:346-352.
29. Candeias NMF. Conceito de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev Saúde Pública*, 1997 31 (2): 209-13.
30. Carvalho SR. As contradições da promoção da saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência e Saúde Coletiva* 2004 9(3): 669-678.
31. Carvalho SR., Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir da perspectiva crítico-social pós estruturalista. *Ciência e Saúde Coletiva* 2008 13 supl 2: 2029-2040.
32. Rios ERG, Franchi KMB, Silv RM, Amarin RF, Costa NC. Senso comum, ciência e filosofia – elo dos saberes necessários à promoção da saúde. *Ciência e saúde coletiva* 2007 12(2): 501-509.

33. Becker D, Edmundo K, Nunes NR, Bonatto D, Souza R. *Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. Ciência e saúde coletiva* 2004 9(3): 655-667
34. Bodstein RCA., Zancan L. Avaliação das ações de Promoção da Saúde em Contextos de Pobreza e vulnerabilidade social. In Bodstein R., Zancan L., Marcondes WB (org) *Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local. A experiência de Manginhos- RJ.* Rio de Janeiro: Abrasco/ Fiocruz, 2002.
35. Mello DA, Rouquayrol MZ, Araújo D, Amadei M, Souza J, Bento LF, Gondin J, Nascimento J. Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular (Distrito São João dos Queiroz, Quixadá, Ceará, Brasil) *Cad Saúde Pública* 1998 14(3):583-595.
36. Schall VT, Struchiner M. Educação no contexto da epidemia de HIV/AIDS: Teorias e tendências pedagógicas. In: *Aids: pesquisa social e educação.* Czeresnia D, Santos EM, Barbosa RHS, Monteiro SS. São Paulo: Hucitec; 1995.
37. Marcondes WB. Participação popular na saúde pelos caminhos da prática educativa. [tese de doutorado] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.
38. Carvalho AI., Bodstein RCA., Hartz Z., Matida AH. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004; 9 (3):521-529.