

Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso

Health Promotion and Political Culture: reconstructing the consensus

Eduardo Navarro Stotz

Sociólogo e historiador, Doutor em Saúde Pública e pesquisador
Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz
E-mail: stotz@altermex.com.br

José Wellington Gomes Araujo

Médico sanitário, Mestre em Saúde Pública e pesquisador Es-
cola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz
E-mail: well@ensp.fiocruz.br

Resumo

O presente texto faz uma avaliação das noções de promoção da saúde e de empowerment ao problematizar os princípios que integram a cultura da saúde pública e orientam as propostas de políticas públicas formuladas especialmente para os chamados países “em desenvolvimento”. Analisa-se particularmente empowerment, usualmente visto como uma forma de promoção individual e coletiva (comunitária, social) da saúde de grupos em situação de maior vulnerabilidade social. Examina-se esta proposta à luz da crise do Estado de Bem-Estar Social e de sua superação, pela via neoliberal, nos anos da década de 1980, com destaque para as mudanças na apreensão conceitual e moral da realidade do capitalismo, em particular da política social, desde então pautada pelo princípio da equidade, em oposição ao da universalidade. A adoção deste princípio pela Organização Mundial da Saúde integra a cultura dominante no setor da saúde que é, contudo, pouco reflexiva, fortemente tecnicista e normativa. Construir uma nova cultura capaz de reconhecer o saber comum, incorporar as experiências sociais, apoiar as lutas reivindicativas e expressar a saúde como direito universal são os desafios propostos pelos autores.

Palavras-chave: Igualdade; Equidade; Promoção da Saúde; Empoderamento; Cultura política; Educação popular.

Abstract

An evaluation about health promotion and empowerment is presented in this paper. Fundamental principles of a public health culture are studied from a problem-posing point of view, as they are the base of public policy proposals specially formulated for the so called “developing” countries.

Empowerment is particularly analyzed, since it is considered a way chosen for individual and collective (community, social) health promotion, connected to social groups under more vulnerable social conditions. The Welfare State crisis and the neoliberal approach, applied during the eighties to overcome it, gave grounds to examine this proposal, focusing on the changes occurred to capitalism in terms of conceptual and moral introjection of reality, particularly when it concerns social policies based, in the principle of equity in opposition to that of universality. The World Health Organization adopted this principle, integrating hence the dominant culture to the health sector yet, not much reflective, strongly technicist and normative. Building up a new culture, capable of admitting the role of common knowledge, incorporating the experience of civil society, backing up the struggles for recognition of the citizens’ health rights and demanding the right to health as a universal right are challenges posed by the authors.

Key Words: Equality; Equity; Health Promotion; Empowerment; Political Culture; Popular Education.

Introdução

Saúde é um valor, uma pauta a ser realizada, ou um bem a ser alcançado. Mas, para a sociedade em que vivemos, o que a saúde deve ser depende do exame do que seja considerado (a)normal na vida humana e passível de respostas tecnocientíficas, econômicas e políticas (Samaja, 2000). Estas respostas, por sua vez, implicam escolhas que têm a ver com as orientações éticas e políticas vigentes nas sociedades, em cada época histórica. Donde ser a saúde uma noção com diversos sentidos.

Estas considerações vêm a propósito do tema proposto pela Comissão Editorial desta publicação periódica: o convite à reflexão sobre questões que articulem o tema da promoção da saúde ao conjunto de referências da cultura da saúde pública ou do sanitarismo.

Nosso intuito, no presente texto, consiste em fazer uma avaliação das noções de promoção da saúde e de *empowerment*, ao problematizar os princípios que integram a cultura da saúde pública e orientam as propostas de políticas públicas formuladas especialmente para os chamados países “em desenvolvimento”.

A crise do Estado de Bem-Estar Social

O tema proposto encerra, em seu enunciado, o sentido implícito de uma construção que pode ser formulada na seguinte assertiva: a promoção da saúde viabiliza-se por meio do *empowerment*, da participação e da comunicação em saúde, recursos ou instrumentos de mobilização da sociedade civil.

Toda ênfase, contudo, implica o deslocamento de certos fatores em detrimento de outros. O que então se desloca com a ênfase na mobilização da sociedade civil? A intervenção do Estado mediante políticas públicas.

Começaremos nossa análise do tema da promoção da saúde pela identificação dos fatos e processos que se referem ao Estado e aos direitos sociais. Trata-se dos fatos e processos sociais que configuram a crise do Estado de Bem-Estar Social ocorrida nas duas últimas décadas do século XX. Ainda que o conhecimento destes fatos e processos sociais não constitua o escopo deste trabalho é importante oferecer uma breve análise da dimensão política e das interpretações da crise, assim como reportar o leitor a leituras mais esclarecedoras.

Inicialmente, temos de ter em mente as conquistas sociais dos trabalhadores alcançadas na onda de greves de 1968-69, ocorrida nos países da Europa Ocidental, conquistas que são institucionalizadas durante a década seguinte (Navarro, 1993). Esses avanços incorporados ao Estado de Bem-Estar Social se inserem numa fase de crescimento longa - dos anos 1950 a meados de 1970 do século passado, denominados por Hobsbawn (1995) de “anos dourados” do capitalismo - interrompida por uma crise econômica que mergulha o mundo capitalista numa profunda recessão combinada a altas taxas de inflação, fenômeno identificado no termo “estagflação”.

A intelectualidade de orientação liberal composta por pensadores como Friedrich Hayek, Milton Friedman, Karl Popper, Walter Lipman e Michael Polanyi, dentre outros, interpreta a crise do ponto de vista político, alegando que as raízes da crise econômica estão no poder dos sindicatos, que afetam as próprias bases de acumulação do capital com suas pressões reivindicativas e a capacidade fiscal do Estado em cumprir suas funções sociais (Anderson, 1995). Vale ressaltar que, para o sociólogo alemão Claus Offe, a crise do Estado de Bem-Estar Social expressa a convergência dos ataques da esquerda e da direita às limitações do Estado de Bem-Estar Social. Enquanto a esquerda¹ ressalta a burocratização da política social e denuncia os critérios de inclusão e de exclusão da proteção social como expressão do caráter capitalista do Estado, a direita fala em sobrecarga de demandas sociais que acarreta uma crise fiscal do Estado e que a proteção social dos trabalhadores inibe a capacidade de investimento em condições lucrativas (Offe, 1991).

As soluções propostas pelo núcleo de pensadores da direita liberal para a superação da crise econômica e política passam pelo enfraquecimento do movimento operário organizado, pela estabilidade monetária, pela limitação dos gastos sociais e pela reforma fiscal para reduzir impostos - medidas destinadas a introduzir “uma nova e saudável desigualdade” capazes de dinamizar o capitalismo às voltas com a “estagflação” (Anderson, 1995, p. 11). O pressuposto fundamental é o de que o mercado funciona adequadamente como forma de regulação da sociedade, dis-

tribuindo lucros e salários, desde que o estado assumas suas funções públicas de garantir a segurança, controlar a política monetária e assistir aos desvalidos. O componente adicional da mão visível do estado à ação invisível do mercado capitalista confere a esta teorização o nome de neoliberalismo.

O sucesso da estratégia resulta da aliança de interesses entre o “mundo dos negócios” e a “política” que toma conta dos países do centro do sistema capitalista na década de 1980. A saber, da capacidade das grandes empresas em promover a reorganização das relações de trabalho com base, inclusive, na automação microeletrônica (reestruturação produtiva e empresarial) e em aproveitar a seu favor a austeridade nos gastos orçamentários públicos, as privatizações e os limites à intervenção estatal encaminhados pelos governos de direita.

Derrota da dialética?

A derrota do movimento operário no centro do sistema capitalista define o sentido mais forte da época neoliberal em que vivemos desde então. Trata-se de um processo que se arrasta ao longo dos anos da década de 1980. Sem dúvida, o lugar e o momento que simbolizam a mudança na situação histórica é a Inglaterra, no episódio do fechamento das minas de carvão pelo governo de Margareth Thatcher, em 1985. Mais de 220 mil postos de trabalho são eliminados, apesar da forte resistência dos mineiros durante a greve que durou quase um ano. A categoria dos trabalhadores mais combativa do movimento trabalhista inglês praticamente é liquidada física e politicamente (Antunes, 2003).

O século XX termina com o colapso do sistema socialista e com o aparente esgotamento das energias utópicas no mundo. O triunfo do capitalismo é seguido de retrocessos nas conquistas sociais e de aumento da violência e da alienação. Mais importante ainda é que, nesse processo, a figura social do antagonista ao capitalismo parece ter desaparecido do cenário social. A nova dinâmica da acumulação de capital afeta profundamente as bases materiais da coesão de classe do operariado: a segmentação do mercado de trabalho, o trabalho precário e o desemprego estrutural dis-

¹ Vicente Navarro, editor da *Internacional Journal of Health Services*, é um dos críticos do Estado de Bem-Estar Social mais conhecidos no Brasil.

persam o núcleo mais combativo do operariado; a concorrência entre os trabalhadores afeta a capacidade de organização e de luta do conjunto. Com a retração da política de caráter social e, no limite, das regulações sociais do mercado pelo Estado, destrói-se outro “referente empírico” da construção da identidade de classe (Chauí, 2000). Certamente a história não acabou², mas uma época histórica chegou ao fim.

Mas o pessimismo da vontade, em virtude das novas circunstâncias desfavoráveis, não deve necessariamente estender-se ao pensamento, como adverte Antonio Gramsci, décadas antes, em suas notas escritas nas masmorras do fascismo (Gramsci, 1968). Também ele se defronta com a derrota do movimento operário no contexto de uma depressão mundial. Dedica-se, então, a entender as tendências mais profundas de desenvolvimento do sistema capitalista. O que, na época, ele denomina de fordismo é entendido nos termos de uma *revolução passiva*, ou modernização conservadora, uma superação do capitalismo dentro de seus próprios termos: a reorganização das relações sociais de produção capazes de impulsionar a retomada da taxa de lucro e, assim, a acumulação de capital, requer também mudanças nas instituições para socializar um novo tipo de trabalhador, o que acarreta a reorganização da vida social e cultural (Braga, 1995). Em certo sentido, pode-se dizer que Gramsci analisa os processos fundamentais do que, após a Segunda Guerra Mundial, toma a forma do Estado de Bem-Estar Social.

O conceito de revolução passiva parece-nos útil para entender a complexidade do processo que conduz a uma mudança tão profunda no momento em que vivemos. Não sendo, porém, o tema do presente ensaio, reportamos o leitor a alguns textos disponíveis em língua portuguesa sobre a crise e reestruturação do capitalismo do ponto de vista econômico e político. Nesta literatura procura-se analisar como tal processo rompeu os pressupostos econômicos e simbólicos do pacto social de sustentação do Estado de Bem-Estar Social³ e introduziu, a partir dos países de maior tradição liberal (Inglaterra, Estados Unidos) e amplamente na periferia do mundo capitalista, uma

crescente e generalizada inclusão precária no mercado de trabalho e no sistema de proteção social (Navarro, 1993; Harvey, 1993; Braga, 1995; Antunes, 2003). Um aspecto importante deste processo é a “demissão do Estado” (Bourdieu, 2001, p. 215) quanto à proteção social, o que implica o reforço do seu papel coercitivo. Todavia, a relevância da legitimação da ordem no centro do sistema capitalista parece ter limitado o impacto e abrangência dos ataques ao Estado de Bem-Estar Social, acarretando mais a sua contenção do que abandono (Giovannella, 2000).

A reestruturação produtiva e empresarial e o novo papel do estado não suprimem a exploração capitalista e a opressão social do capital sobre o trabalho. Antes, amplia-se a ponto de assumir a forma de uma ditadura dos investidores. Aos poucos, porém, novas formas de organização social - as chamadas redes sociais - e de ação social - ação direta - se desenvolvem, nos anos da década de 1990, para sustentar a resistência a essa ditadura, especialmente quando estão em causa compromissos mais profundos do Estado de Bem-Estar Social, a exemplo do sistema de aposentadorias e pensões.

A Construção Social da Realidade

A superação neoliberal da crise na qual mergulha o sistema capitalista em seu centro implica uma nova forma de perceber a realidade social, ou seja, uma percepção de que as relações entre os indivíduos e as instituições sociais deixam de ser caracterizadas pela suposição dos direitos humanos ou sociais de cunho universal (sem adscrições ou requisitos), para serem definidas a cada momento pela capacidade (ou não) dos indivíduos em prover autonomamente sua vida, cabendo-lhes a escolha dos meios socialmente disponíveis para assegurar essa provisão (Rosanvallon *apud* Mitjavila, 2002).

Pode-se falar, a rigor, de uma nova subjetividade política na época neoliberal. Os governos, com o recurso estratégico da política econômica, amplo apoio midiático e de especialistas - a chamada *intelligenstia* -

2 É interessante observar, a esse respeito, a retomada da pesquisa social em torno de uma nova teoria de classe na Alemanha (Markert, 2002).

3 Entre os quais a tendência do assalariamento da população trabalhadora, o aumento da renda como variável do incremento da produtividade, a proteção aos grupos sociais que legitimamente não deveriam trabalhar e, obviamente, o consumo de massa.

nucleados em instituições públicas financiadas em termos de contratos de gestão ou por projetos, procuram conformar uma subjetividade política baseada na idéia de que o sentido da participação dos cidadãos restringe-se a escolher o governante capaz de estabilizar a moeda e os preços, de modo a universalizar em toda a sociedade a capacidade de comprar e vender. Nesse mundo em que as pessoas se sentem átomos conectados pelo dinheiro e pela televisão, a religião volta a assumir o caráter de um fenômeno de massa, tornando-se outra vez, nas “conhecidas palavras de Marx” (...) “o coração de um mundo sem coração, o ópio - o lenitivo - das massas sofredoras” (Kiernan, 1998, p. 316).

Os novos valores e crenças - associados às empresas como instituições capazes de modelar a vida social a partir da esfera privada e do âmbito do mercado - circulam socialmente e ganham adeptos nos anos 1990. Um clima de “pós-tudo” favorece o ecletismo, enquanto o suposto fim das ideologias é transformado em princípio, isto é, torna-se uma nova ideologia. A ideologia como universalização dos interesses vinculados à expansão das relações sociais capitalistas opera por meio da dissolução das fronteiras entre a esfera pública e privada, a exemplo da noção de “cidadania corporativa”, em nome da “responsabilidade” dos indivíduos, das empresas, das iniciativas sociais do “terceiro setor” e das “parcerias” estabelecidas principalmente com o Estado para prover adequadamente a sociedade de bens e serviços para a sociedade. Parceria, aliás, é termo corrente na linguagem técnica geralmente associada ao uso de recursos financeiros públicos pelas organizações não-governamentais que assumem a provisão de serviços, anteriormente uma função pública definida por lei (Soares, 2003).

O universo simbólico da sociedade é tomado pelos termos da cultura empresarial, a exemplo da *Business School*, *Human Resource Management*, *Total Quality Management*, *Employee Involvement* e *Empowerment* (Antunes, 2003, 67). A propósito do tema estudado no presente artigo, é oportuno constatar que na literatura da gestão participativa em empresas, *empowerment* é visto (Mills, 1996) como delegação de poder enquanto forma de motivação profissional e de melhoria da comunicação e da produtividade nos grupos de trabalho e empresas. Mais pretensiosamente, Scott & Jaffe (1998) procuram ensinar aos gerentes o processo de criar uma organização com *empowerment*: trata-se de

saber lidar com o ambiente de maior competitividade e garantir a lucratividade, objetivo alcançável mediante a valorização da contribuição das pessoas na organização, nos grupos ou nas equipes de trabalho. Uma crítica a esta posição é feita por Garcia e Lopes (1995): *empowerment* é visto como uma das tecnologias organizacionais capitalistas ao lado do *Total Quality Control*, reengenharia, *Cross-Training* e *Virtual Officers*.

Toda esta nova agenda empresarial fala do mundo dos negócios e dos que estão nele integrados. O que se passa, porém, com aqueles incapazes de se integrar, por si mesmos, nas relações mercantis? Em outros termos, como o neoliberalismo lida com o tema da igualdade social?

A contribuição do neocontratualismo de John Rawls é, neste mister, decisiva. Talvez seja a teoria mais adequada para enfrentar, do ponto de vista liberal, os dilemas postos entre capitalismo, pobreza e democracia. Isto porque Rawls (1996) subtrai a questão da justa distribuição de recursos (como o acesso à educação e saúde), do tema da legitimidade do poder. De acordo com a interpretação de Araújo (2002), a preocupação de Rawls desloca-se do problema da legitimação - posto pelo pensamento liberal em termos da defesa da limitação do poder (a democracia é compatível com as liberdades individuais e a propriedade privada?) - para o da justiça, consistente em saber quais igualdades e quais desigualdades são corretas ou incorretas, isto é, moralmente justificáveis ou injustificáveis.

Mas a inovação mais importante de Rawls na teoria liberal consiste em conceber a “sociedade como um sistema equitativo de cooperação ao longo do tempo, de uma geração a outra” (Rawls *apud* Araújo, 2002). O sentido de comunidade, ainda de acordo com Araújo, é quase econômico, pois a contribuição de cada um dos membros da comunidade para o empreendimento comum garante o direito de um retorno equitativo dos seus frutos. A comunidade política não é mais aquela associação de cidadãos constituída com base em laços históricos, afetivos, lingüísticos, de nascimento ou de lutas políticas. Ele situa a questão do “novo liberalismo”, representado pela teoria de Rawls, em seus desenvolvimentos mais recentes que, por não estar voltada para o âmbito do estado nacional, levanta a suspeita da irrelevância da comunidade política

- o que nos parece extremamente grave num contexto mundial dominado por um sistema de alianças de Estados nacionais sob a hegemonia do Estado de um único país, os Estados Unidos da América, cujos interesses definem objetos e âmbitos da ação de organizações internacionais e multilaterais.

Pobreza e Saúde sob a Ótica da Equidade

A reestruturação do capitalismo na periferia do sistema tem implicado o agravamento da pobreza: de acordo com estudo da CEPAL (2001) o número de pobres cresceu 50%, aumentando de 136 milhões de pessoas, em 1980, para 200 milhões, em 1990, e a proporção de pobres na população total também aumentou, no mesmo período, de 40,5% para 48% (Giovannella, 2003, p. 156). São os custos sociais da desindustrialização e racionalização da atividade econômica que, para “ajustar” as economias periféricas às exigências da concorrência mundial e garantia da solvência do pagamento dos empréstimos e remessa de lucros, introduz o desemprego estrutural e a precarização dos vínculos de trabalho de milhões de pessoas.

No começo da década de 1990, o Banco Mundial - *o principal formulador e executor da política de ajuste estrutural imposta aos países devedores* (Teixeira, 1999) - reconhece a situação de pobreza que se agravou em decorrência do impacto destas mesmas políticas (Banco Mundial, 1990). É neste contexto que o debate conceitual sobre a equidade adquire significação (Almeida, 2002). No Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial (1993), o Banco Mundial (1993) consolida seu diagnóstico e recomenda políticas que configurem a proposta de reformas dos sistemas de saúde sob a ótica da *equidade*. Em nenhum momento, porém, a adoção desse critério para pensar a política social leva o Banco a situar o dilema entre o crescimento dos custos da atenção à saúde da população e o comprometimento da política macroeconômica com o financiamento da dívida externa e do endividamento público. Assume-se a inevitabilidade da focalização de programas de saúde se isto representar ganhos com a extensão de cobertura (Senna, 2002). Cai-se na armadilha de tomar a equidade como referência, sem pensar o conjunto da política pública e as necessidades

de saúde da população. O desafio é pensar a equidade com universalidade (Giovannella, 2003).

As proposições do Banco Mundial para melhorar as condições de saúde nos países “em desenvolvimento” incluem recomendações de “políticas de crescimento (inclusive, quando necessário, as políticas de ajuste econômico) [que] assegurem mais renda aos pobres” (Banco Mundial, 1993, p. iii). Estamos diante de um sucedâneo do *duplipensar*, o método do governo vigente em 1984, ficção de George Orwell sobre uma ditadura totalitária: há um discurso oficial idealizado e uma prática oposta a esse discurso. A idealização de uma política de crescimento voltada para os pobres requer ajustes macroeconômicos que prejudicam principalmente os pobres. Há, também, a defesa da escolarização de meninas, deixando-se patente a necessidade da modernização das sociedades tradicionais, calcada nos moldes ocidentais. Quanto à política de saúde, as medidas propostas aos governos contemplam a idéia de investimentos públicos prioritários sob a forma de serviços clínicos essenciais e de ações básicas de saúde pública para os segmentos mais pobres da população dos países periféricos, deixando para a esfera do mercado o âmbito dos serviços hospitalares.

Acesso universal e gratuito aos serviços para além desta “cesta básica” introduzem, para a maioria absoluta da população dos países da América Latina, a obrigação de contratar planos de saúde ou inscrever-se no campo da assistência filantrópica como pobres necessitados. Riscos e agravos definidos pela inserção social e econômica das pessoas que fazem parte da história da pauperização dos trabalhadores rurais e urbanos acabam por se tornar, numa época em que assiste “à *substituição dos valores de solidariedade e igualdade de oportunidade pelos de um ‘individualismo utilitarista radical’* (Mateucci, 1993 *apud* Almeida, 2002, p.34), em fontes de discriminação e estigma. É o que acontece quando os mais pobres entre os pobres, denominação daquelas pessoas desclassificadas não apenas do trabalho formal, mas incapazes da própria inclusão, ou seja, marginais, localizados em “bolsões de miséria e focos de doença contagiosa”, são transformados em alvo de programas de controle sanitário, a exemplo do cheque-cidadão para tratamentos de dose supervisionada para tuberculose e hanseníase (Rio de Janeiro - SES, 2003).

Promoção de Saúde e Equidade

Como pensar, neste contexto, em promoção da saúde? Eis a definição contida na Carta de Ottawa (1986):

“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” (OPAS, 1986).

A *equidade* define as orientações da OMS no âmbito da promoção da saúde ao longo de suas diversas conferências. Assim, em 1992, num quadro de desemprego e fome, em decorrência da sobreposição de políticas de ajuste macroeconômico - destinadas a garantir a solvência financeira dos empréstimos estrangeiros - aos problemas estruturais de concentração de propriedade e renda juridicamente sancionados, a Conferência de Bogotá apresentou uma noção de equidade que está relacionada à eliminação de “diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas, que restringem as oportunidades para alcançar o direito ao bem-estar” (WHO, 1992).

Vamos examinar a questão política aí envolvida no próximo tópico. Por ora guardemos a preocupação com a imprecisão do termo equidade utilizado para fins de operacionalização da política pública.

Confusão entre “igualdade” e “equidade” e distinção entre “diferença” e “diversidade” são consideradas as questões conceituais mais críticas (Almeida, 2002). Um exame do Glossário da OMS (WHO, 1998) sobre o termo “equidade em saúde” deixa patente a consistência desta crítica: no vocabulário da instituição significa a busca de maior equidade entre as e dentro das populações e entre os países. Equidade em saúde orienta a estratégia global da OMS e requer a igualdade de oportunidades por meio do acesso justo aos recursos de saúde. Estabelece-se então uma distinção entre “equidade em saúde” e “igualdade no estado de saúde”:

“Equidad en salud no es lo mismo que igualdad en el estado de salud. Las desigualdades en cuanto al estado de salud entre los individuos y las poblaciones son consecuencias inevitables de las diferencias genéticas, de diferentes condiciones sociales y económicas o de elecciones de un estilo de vida personal. La falta de equidad tiene lugar como consecuencia de las diferencias de oportunidades derivadas, por ejemplo,

del acceso desigual a los servicios de salud, a una alimentación correcta, a una vivienda adecuada, etc. En tales casos, las desigualdades en cuanto al estado de salud surgen como consecuencia de la falta de equidad en materia de oportunidades en la vida” (WHO, 1998).

A definição acaba por favorecer a idéia de diferenças inevitáveis tanto no plano biológico como social. De qualquer modo, essa conclusão poderia ser questionada, pois a redação é imprecisa e mesmo confusa, uma vez que, ao pretender distinguir iniquidade de desigualdade, traduz este último termo por diferenças: as desigualdades são conseqüências inevitáveis de diferenças, afirma-se no verbete. Mais adequado seria estabelecer uma distinção entre “diversidade” de fatores alheios à vontade humana (a exemplo da herança genética) e “diferenças” sociais e econômicas consideradas injustas e passíveis de mudança. O relatório da Conferência de Bogotá é mais claro quanto à acepção desses termos.

Não seria, porém, a falta de rigor, ela mesma um método de natureza política? Definições mais precisas eventualmente poderiam entrar em contradição com as políticas econômicas que agravam situações de iniquidades decorrentes da forma como se desenvolveu o sistema capitalista em sua periferia. De fato, a OMS mantém, de forma aparentemente inadvertida, dois planos discursivos: um *ideário* conceitual (como o de saúde: *estado de completo bem-estar*) e um pragmatismo operacional (traduzível nos indicadores quantitativos de sanimetria), conforme veremos em seguida.

De Ottawa a Bogotá: a promoção da saúde, do centro à periferia do capitalismo

Historicamente há duas concepções distintas de promoção da saúde, uma baseada na mudança política dos “fatores gerais” de determinação da saúde, proposta por Sigerist em 1946, e outra orientada para as mudanças comportamentais e de estilos de vida não saudáveis (fumo, obesidade, promiscuidade sexual e abuso de substâncias psicoativas), um dos campos da saúde pública formulados por Lalonde em 1974 (Sícoli e Nascimento, 2003, p. 103). Estas duas concepções foram incorporadas pela Organização Mundial da Saúde.

As políticas da OMS têm sido consolidadas em grandes conferências internacionais, das quais as mais conhecidas são a de Alma Ata, em 1978, que hasteeou a bandeira das ações integradas de saúde (AIS) e a de Ottawa, em 1986, que desfraldou o pendão da promoção da saúde. Uma diferença apreciável - porém pouco notada - entre estas duas conferências é que o Brasil esteve presente em Alma Ata e não esteve em Ottawa. Diferente da primeira, em que participaram quase todas as nações do planeta, a conferência de Ottawa congregou apenas os países ditos desenvolvidos e alguns poucos satélites. Depois da conferência de cúpula de Ottawa realizaram-se outras conferências sobre o mesmo tema, agora regionalizadas. Os países periféricos reuniram-se em Jacarta (Indonésia), em *Port Spain* (Caribe) e em Bogotá (Colômbia). Nesta última, em 1992, é que o Brasil se fez representar e foi signatário de sua declaração.

Essa descentralização das conferências internacionais, uma mudança significativa nas estratégias da OMS, deveu-se a um deslocamento radical, embora não explicitado, do próprio conceito de saúde. Antes aprendia-se desde cedo o célebre “estado de completo bem-estar físico, psíquico e social...”, afinal um conceito idealista e nada operacional, pois bastava uma unha encravada para que se perdesse aquele estado desejado. Alma Ata inicia afirmando esse conceito.

Do ponto de vista programático e, portanto, das ações, a redução das diferenças no estado de saúde da população supõe o enfoque da equidade em saúde, explicitamente afirmada na Carta de Ottawa:

“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” (OPAS, 1986).

Mas, a partir de fins da década de 1980, a saúde deixou de ser um *estado* e passou a ser um “projeto”

(Sabroza, 2004). Um projeto que deverá ser definido em cada nação, ou cada grupo social, de acordo com sua possibilidade econômica, técnica, política e cultural: “Cada sociedade define seu bem-estar como uma opção particular de viver com dignidade” (WHO, 1992).

A promoção define como requisitos e condições para a saúde: paz, educação, moradia adequada, alimentação saudável, renda suficiente, ecossistema estável, justiça social e equidade. Não seria possível, para os países centrais, discutir esse modelo juntamente com os países periféricos. E assim faz-se necessário apontar alguns itens da Carta de Bogotá (OPAS, 1992), com o interesse voltado para as mudanças operadas no conceito de promoção da saúde, quando passou dos países desenvolvidos para a periferia financeira.

A Carta de Bogotá reafirma a saúde como uma consequência do desenvolvimento econômico e social da região, mas enfatiza as dificuldades para se chegar a isso, como “a extrema iniquidade que se agrava pela prolongada crise econômica e pelas políticas de ajuste macroeconômico”. (...) Depois: “Dentro desse panorama a promoção da saúde destaca a importância da participação ativa das pessoas na mudança das condições sanitárias e na maneira de viver, condizentes com a criação de uma nova cultura da saúde”. Observe-se que a responsabilização das pessoas pelas suas condições sanitárias é condizente, isto sim, com as mesmas políticas de ajuste macroeconômico apontadas como empecilhos. Também soa estranho a prescrição de “mudanças na maneira de viver”, mas talvez o ponto de maior interesse seja “a criação de uma nova cultura da saúde”.

No encaminhamento das estratégias regionais, a Carta de Bogotá recomenda “impulsionar a cultura da saúde modificando valores, atitudes e relações...”. Finalmente: “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”. Exceto as “ações transcendentais”, que não atinamos o que possa ser, todos os demais pontos compõem claramente um programa de extremo autoritarismo. Pressupõe que as pessoas não têm uma cultura da saúde, não vêm a saúde como um bem desejável e precisam ser conscientizadas da sua importância. Há, subjacente, uma visão de mundo que nega radicalmente a cultura e o saber popular. Isso

leva a supor que a participação popular ativa, discurso proferido em todas as conferências, seja, de fato, meramente cooperativa (portanto passiva) e não problematizadora (verdadeiramente ativa).

O que se constata no Brasil, afinal, é que o discurso oficial é o de Ottawa, mas a prática corrente é revestida do tradicional autoritarismo, agora legitimado e implementado pela Conferência de Bogotá. De fato, consideramos que uma das mudanças relevantes na prática da saúde pública no Brasil, desde o advento da *promoção*, tenha sido a sofisticação das estratégias de culpabilização das próprias vítimas da incúria sanitária, além da creditação oficial das teorias do condicionamento comportamental (behaviorismo), absolutamente avessas a qualquer pedagogia da problematização. Exemplos: o advento do “fumante passivo”, no controle do tabagismo; e o “vizinho” que fiscaliza a caixa d’água do *outro*, no controle do *Aedes aegypti*. Por isso, a educação em saúde virou a vedete dos programas de promoção. Nunca se promoveu tanto a educação sanitária, que é propagada em cursos e treinamentos acrílicos.

Em Bogotá, na impossibilidade de fazer a saúde decorrer do desenvolvimento social e humano, preciniza-se uma nova cultura de saúde para a população. Como a ação educativa tem um custo menor, pode-se concluir que chegamos a um modelo de saúde a um custo promocional ... para os pobres, naturalmente.

E o Empowerment, o que tem a ver com isso?

Na literatura (Akerman e col., 2002; Sícoli e Nascimento, 2003; Carvalho, 2004) e levantamento de títulos e resumos em bases bibliográficas⁴ na área da saúde, *empowerment*⁵ é uma abordagem voltada para melho-

rar a situação e a posição dos grupos mais vulneráveis: diz respeito ao abuso de crianças, trabalho infantil, gravidez precoce, discriminações de gênero, transmissão e prevenção HIV/AIDS, discriminações racial ou étnica, auto-cuidado de pacientes crônicos, adolescentes em situação de risco e, genericamente, de comunidades pobres.

Para a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998) a definição é bastante ampla, tendo o significado de uma mobilização de indivíduos e grupos e a tomada de consciência do que está em jogo para alcançar seus objetivos. A definição de *empowerment* parece sobrescrever a de promoção da saúde contida na Carta de Ottawa, já referida (WHO, 1986).

Na perspectiva do Banco Mundial (World Bank, 2004): “Empowerment é a expansão de vantagens e capacidades (ou habilidades) de pessoas pobres para participar, negociar com, influenciar, controlar e sustentar incontáveis instituições que afetam suas vidas.”

Definições mais à esquerda (Wallerstein, 1992 e Vasconcelos, 2003) incluem o termo “poder” ou “ganho de poder”, mediante o qual determinados grupos conquistam melhor posição na sociedade para enfrentar injustiças e opressão.

Mas a definição mais esclarecedora é oferecida por Helena Restrepo, consultora em Promoção da Saúde da Colômbia, ao distinguir quem é alvo e por meio de quem se dá o *empowerment*:

“A quiénes se empodera?. A los grupos excluidos socialmente, y los excluidos no son solamente los pobres aunque son siempre un grupo prioritario, también son excluidos todos aquellos que por diversas causas (género, etnia, incapacidad, idade, etc.) son ciudadanos olvidados, sin ningún poder para participar y decidir. Otros grupos a quienes se debe empoderar son los trabajadores de la salud para que puedan actuar mejor en PS [Promoción de la salud], los lide-

4 Levantamento bibliográfico com a palavra *empowerment* na Biblioteca Virtual de Saúde identificou 1.792 registros, a maioria dos quais (1.731) na base *Medline*. Títulos acadêmicos nas bases da Saúde Pública compõem um número restrito de publicações: *Lilacs* (23), *FSP* (14), *Repidisca* (10), *Wholis* (5), *ENSP* (3), *PAHO* (3) e *HISA* (1). A base *SciELO* tem 14 títulos, sendo apenas seis publicações da Saúde Pública. Pesquisa no sítio da OMS na Internet com uso da palavra *empowerment* identificou 882 registros (resoluções, relatórios, glossários, programas, projetos, seminários, etc.). A chave *and community* apresenta 758 registros, *and health promotion*, 592 registros e *and poverty*, 489 registros. A expressão *Health Promotion* apresenta 13.900 registros.

5 *Empowerment* é uma palavra da língua inglesa sem tradução para a nossa. Uma tradução do verbo *empower* oferece os sentidos de autorizar, de habilitar ou permitir. O sentido de habilitar, tornar hábil, apto, prover de conhecimentos pode ser interpretado nos termos de capacitação, mas há uma recusa em admitir o sentido de que se dê alguma transferência entre sujeitos. Tem sido traduzida pelos neologismos de apoderamento (espanhol) e empoderamento (português, espanhol), sem significado dicionarizado entre nós. Preferimos utilizar a palavra na língua inglesa porque além do termo ser intraduzível, e o neologismo de som desagradável, insere-se na tradição anglo-saxônica do liberalismo civil e religioso e, com isto, não apaga a sua marca de origem.

res políticos, religiosos y comunitarios para que desempeñen un mejor papel...en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población más marginada (Restrepo, 2001, p. 40).

De acordo com esta definição, os movimentos de auto-ajuda (como Alcoólicos Anônimos) e, de um modo geral, os religiosos, (Igreja Católica, Metodista, Assembléia de Deus, Igreja Universal do Reino de Deus, Deus é Amor, etc) fazem parte daqueles a quem se deve *empoderar* para desempenhar seu papel...de *empoderadores!*

A aparente confusão se desfaz, contudo, com a seguinte pergunta:

Por quienes se empodera?, por funcionarios de diferentes sectores del gobierno, por líderes, por trabajadores de la salud pública, en fin por todos aquellos a que puedan crear los espacios para la participación y el crecimiento de los grupos y las personas (Restrepo, 2001, p. 40).

Empowerment introduz o paradoxo de que categorias que dispõem de poder possam criar condições para que grupos excluídos socialmente venham a adquirir poder. Dado o caráter relacional do poder, devemos nos perguntar, como fez o filósofo renascentista Giordano Bruno, se grupos que detêm poder são capazes de se auto-limitar, ou de transferi-lo a outros grupos, mais exatamente para aqueles sem poder, oprimidos.

Carvalho (2004, p.1092) afirma que o *empowerment* é uma forma de redistribuir o poder que se encontra desigualmente distribuído na sociedade. Poder-se-ia discutir esta afirmação uma vez que, pela própria definição, poder implica na concentração dos recursos para impor, consensualmente ou não, interesses de alguns grupos sociais sobre outros. Vamos admitir, porém, para efeitos da discussão, ser verdadeira a assertiva de que o “poder esteja desigualmente distribuído”.

Promover essa redistribuição implica a participação política com o intuito de democratizar o poder, o que significa subordinar o funcionamento do Estado à sociedade. Não seria mais adequado, nesta ótica, falar de participação ao invés de *empowerment*? Uma resposta positiva a esta pergunta daria aos “promotores de saúde” (especialistas, técnicos, profissionais, lideranças) o papel de aliados dos movimentos popu-

lares nos conflitos sociais em curso na sociedade. Esses “promotores” poderiam então superar a concepção tradicional de promoção que ainda orienta as suas práticas. A participação nos conflitos sociais implicaria inclusive, como resultado da experiência de co-operação e de confronto entre interesses, a percepção de que não cabe aos “promotores” o papel de validar a experiência de terceiros mas descobrir novas “habilidades e competências” comuns, no decurso da própria ação coletiva. O processo educativo é a conscientização dos problemas postos pela participação, pela aliança entre grupos sociais com interesses específicos diferentes.

É nesta dimensão macro-social, ou das determinações do poder transcendentais aos grupos dominados ou oprimidos, que se situa, aliás, o problema das propostas do *empowerment* coletivo (comunitário, social, étnico, de gênero, etc.). Herrera e Campero (2002, p.557-58) em ensaio sobre a vulnerabilidade das mulheres diante do HIV/AIDS percebem que o poder “*no se localiza em um lugar específico (...) está siempre presente, em todas partes y em estadio fluido*”, mas “*algunas de las estructuras de poder son más trascendentes y más consistentes que otras*”.

Empowerment, contudo, não é visto como meio de fortalecer a ação coletiva contra as estruturas de poder. Para expressar a teoria social implícita, *empowerment* é um método de construção de consenso que exige negociação e concertação social. É o que acontece nos Estados Unidos, onde agentes sociais buscam o consenso capaz de *reunir fuerzas de ciudadanos para llevar sus quejas, reclamos e inquietudes al gobierno y que éste los tuviera en cuenta en las políticas*. Esses processos de negociação e de concertação social requerem métodos de participação e “empoderamento” (Restrepo, 2001, p. 52).

O papel dos “empoderadores” pertencentes aos serviços públicos é o de estabelecer uma mediação entre as demandas dos grupos de pessoas “pobres” ou “excluídas” de poder e os interesses de grupos situados em posições de poder na sociedade. Ao desempenhar este papel, os “empoderadores” assumem a tarefa de reatar os fragmentos de vidas que perderam sentido social e tornam-se eles próprios, os referentes para a reconstrução dessas identidades sociais.

É por isso que o *empowerment*, independente da intenção de politizar a promoção da saúde, pode ser visto como uma nova forma de tutela sobre a maioria da população. A renovação do ideário da promoção da saúde proposta por Carvalho (2004) presta-se, em última instância, no nível discursivo, à operacionalização de uma prática que não confronta instituições e estruturas sociais.

Ao nos indagarmos sobre o sentido das milhares de iniciativas listadas na páginas do Banco Mundial ou da Organização Mundial da Saúde podemos aventar a hipótese de que uma grande parte expressa o interesse pela reconstrução do consenso perdido com a crise do Estado de Bem-Estar Social, processo do qual fazem parte objetivos estratégicos como o controle das pandemias, a oferta de água potável e o controle do crescimento da população mundial. Veja-se, a esse respeito, o *abstract* de artigo de Kono (1995) no qual o controle da fertilidade e, por consequência, do crescimento da população, é uma habilidade das mulheres que se desenvolve na medida em que homens e mulheres se vêm providos de direitos iguais:

A chave para tornar estável o crescimento da população mundial consiste em avançar a igualdade e a equidade de gênero, promover a capacidade das mulheres e assegurar a habilidade das mulheres para controlar sua própria fertilidade. (...) Como a Conferência de Cairo de 1994 ensinou-nos, a coisa mais importante a fazer é prover mulheres e homens de direitos e responsabilidades iguais ao longo do curso da vida, particularmente na saúde, educação, produção e reprodução.

Não se deveria ver na proposta do *empowerment*, apreciada em seu conjunto, uma tentativa de responder, na área social e da saúde, às consequências do processo de fragmentação social atualmente generalizado por todo o mundo? E, na medida em que se encaminha para a reconstrução social do consenso numa ordem onde perdura o antagonismo social, o *empowerment* não acaba por servir de meio para uma forma de dominação consensual? O *empowerment*, “cálice sagrado da promoção da saúde” de que fala Rissel (1994, *apud* Carvalho, 2004), não seria apenas um dos instrumentos da hegemonia do Banco Mundial face à soberania limitada dos estados nacionais na periferia do mundo capitalista em nossos dias?

Construir uma Nova Cultura para o Setor Saúde

Em contraposição a esta perspectiva, devemos supor que a promoção da saúde nos países periféricos depende, em grande medida, de políticas universalistas em áreas como trabalho, educação, saneamento básico e preservação ambiental. Essas, por sua vez, estão vinculadas à política econômica. Com certeza os problemas de grupos específicos, como relatados no tópico anterior, requerem uma abordagem diferente. Para nós, contudo, o desafio não é propriamente “empoderar” esses grupos e sim o de construir, na relação com esses mesmos grupos, uma nova cultura para o setor saúde.

Práticas de saúde são práticas sociais de cunho tecnocientífico, fundamentam-se no conhecimento científico e suas aplicações técnicas. Essa fundamentação legitima as práticas, cercando os técnicos ou os profissionais da autoridade contra a qual nenhum outro saber pode recorrer. Essa cultura é vivida espontaneamente, de modo não consciente, como a “posse de conhecimentos, habilidades e gostos específicos” capazes de separar os seus detentores de outros “incultos” e, pela formação escolarizada de nível superior, os letrados e eruditos dos que possuem uma cultura popular (Chauí, 1989). Essa cultura, entranhada tanto nas mentalidades quanto nos procedimentos rotineiros, adquire o caráter de uma tradição que resiste à mudança e procura impor-se mediante o recurso da autoridade - ou seja, autoritariamente.

Um dos pressupostos equivocados mas não discutidos desse autoritarismo é a suposta completude (ou ausência de lacunas) do conhecimento especializado (Carvalho, Acioli e Stotz, 2001). O outro, seu reverso, é o preconceito contra as classes sociais hegemônicas ou “subalternas”. O principal agente e guardião desse autoritarismo e o mais resistente às mudanças é o profissional médico, que o impõe e repassa aos demais profissionais. Instaure-se um “autoritarismo ambiental” que, nos serviços de saúde, vai da portaria às enfermarias.

Reconhecer as limitações do próprio saber significa admitir e validar outro saber - o saber comum, não especializado - na identificação mais ampla dos problemas de saúde e na compreensão dos contextos

da vida e dos recursos mobilizados pela população diante das carências, do sofrimento e da enfermidade.

Há, porém, uma segunda dimensão que se entranhou também na prática dos profissionais e técnicos do setor, a saber, a cultura normativa. No setor saúde tudo é sempre regulado por normas centralizadas, conforme rígida hierarquia: “diante disso, faça-se aquilo”. Qualquer situação não prevista em normas não é considerado problema de saúde. Essa postura impede a descentralização, principalmente quando se tem que tomar decisões no nível local: há um medo e uma recusa à criatividade não normatizada. Difícil é assumir a mediação entre as normas e o cotidiano, pois obriga todos a serem criativos, inventivos, com evidentes perigos para as hierarquias estabelecidas.

Evidentemente o processo não se rompe espontaneamente, mas em virtude de crises cujos sinais mais evidentes estão relacionados aos fracassos cotidianos no controle sanitário da população. Epidemias, mortes evitáveis por falta de acesso ou negligência, desorganização dos serviços decorrente de problemas de financiamento – são alguns dos fatores propiciadores de crises. Os efeitos deste tipo de crises têm maior impacto em modelos assistenciais como os do Programa Saúde da Família, voltados para a ação programática com a atuação de agentes comunitários.

Experiências localizadas – muitas vezes associadas a programas de extensão universitária ou a movimentos sociais – apontam possíveis caminhos para a democratização dos serviços e da política de saúde. A atuação cotidiana dos profissionais, dos médicos aos agentes comunitários, passando por odontólogos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, cria “representações de clientela”, quer dizer, uma classificação da população, dos seus problemas das associações desses problemas com relações mais amplas, com modos de vida. Essas representações são compartilhadas nas atitudes diárias, sob a forma de breves comentários, muitas vezes jocoso. Mas quando a avaliação da prática desenvolvida por um serviço de saúde em certo local, num certo período de tempo, permite superar essas limitações e pensar a “ambientação pedagógica”, há o exercício de discussão, entre os diferentes segmentos de profissionais, sobre o alcance de metas programáticas, a qualidade do atendimento do ponto de vista da população atendida e a adequação do processo de trabalho em saúde organizado para

prestar o serviço requerido e desejado.

Essa experiência (David e col, 2003) aponta a possibilidade de uma epidemiologia no âmbito do serviço, correspondente ao momento descritivo de uma epidemiologia local com a participação comunitária. Certamente a participação das diversas organizações populares cria uma outra perspectiva de análise dos problemas sociais e de saúde, propiciando a dialética da satisfação das necessidades de saúde da população (Stotz, 2004a).

O reconhecimento e validação dos saberes sobre saúde e doença têm sido abordados pela vertente que propõe a “construção compartilhada do conhecimento em saúde, relacionada à tradição da pedagogia problematizadora implantada por Paulo Freire, para quem ninguém sabe tudo e ninguém é de todo ignorante” (Araújo, 2003, p. 90).

Reconhecer o saber comum significa superar os preconceitos incluídos na “representação da clientela”, o que significa respeitar e tentar entender a fala do outro, abandonando a idéia da incultura associada aos erros de linguagem e ao caráter não sistemático do pensamento como obstáculos do conhecimento. Deve-se admitir que, para sobreviver, todos precisam dispor de uma teoria implícita. Para a maioria da população – que vive apenas de seu trabalho numa vida em que o presente está mais marcado pelo passado do que pelo futuro – os problemas de saúde relacionam-se a impasses da vida, a situações de opressão e da injustiça. A humildade e a timidez dessas pessoas costuma ser interpretada como expressão do “conformismo” gerado pela pobreza. Mesmo quando isso acontece, pode ser que a tentativa de negar certos aspectos dramáticos seja uma atitude defensiva, uma alienação consciente e não ignorância (Valla, 2004). Um aprendizado dessa natureza requer interação de saberes e práticas, quer dizer, a interação e interlocução entre profissionais e técnicos e representantes da população organizada no âmbito dos serviços, em momentos de avaliação, de diagnóstico e de planejamento das atividades.

Considerações Finais

A luta para assegurar a saúde como um direito universal no contexto mundial de crise e contenção dos Estados de Bem-Estar Social é um desafio político de

grandes proporções que exige clareza e empenho, especialmente quanto à adequação dos sistemas públicos de saúde às necessidades da população. Isso implica em conquistar o apoio da maioria dos trabalhadores, pois é um fato que a direita teve dificuldades em desmontar o Estado de Bem-Estar Social na Europa Ocidental porque a legitimidade da ordem social capitalista repousa na proteção social do trabalho. No caso do Brasil, o bem-estar ainda é um desafio ainda maior, devido à pobreza e desigualdade vigentes, bem como aos déficits de cobertura e qualidade dos serviços públicos fundamentais (saúde, saneamento básico e educação).

Na visão dominante da Organização Mundial da Saúde e do Banco Mundial, promover a saúde das populações em países periféricos implica na focalização de políticas para segmentos mais pobres e excluídos. A participação desses segmentos sob a forma do *empowerment* não modifica as condições estruturais geradoras de sua pobreza e exclusão, mas legitima sob a ótica da equidade a soberania limitada na periferia do sistema capitalista. Do nosso ponto de vista, ao contrário, a ótica tem de ser universal, pública e gratuita, baseada no entendimento da saúde como direito social. Contudo, a equação fica incompleta caso não se supere o autoritarismo típico da cultura da saúde pública vigente.

Por isso consideramos um equívoco quando os macro-programas (ou “ideários”) internacionais como a Promoção da Saúde preconizam uma nova cultura de saúde para a população. Reiteramos: é o setor saúde que necessita de uma “nova cultura”. Os profissionais e técnicos são educadores, ainda que possam não ter consciência desse papel. É indispensável, portanto, pensar na educação dos educadores no contexto de novas práticas de saúde.

Para alterar a dinâmica do sistema de saúde, é indispensável que a construção desta cultura venha a constituir o escopo da política de saúde, a exemplo da humanização do SUS, a formação do pessoal em serviços e o deslocamento da prática do controle social do âmbito da gestão para o da formulação de políticas. Certamente não basta a vontade de um grupo de profissionais, técnicos, lideranças sindicais e ativistas comunitários. É evidente a necessidade de aprofundar a reforma do setor saúde, de prosseguir a Reforma Sanitária. Aqui estamos diante do problema das

forças sociais interessadas em promover essas transformações, especialmente os segmentos mais amplos das classes trabalhadoras urbanas e rurais. Articular movimentos e práticas nesta direção é a perspectiva da Educação Popular e Saúde (Stotz, 2004b).

Referências

- AKERMAN, M. et al. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 638-646, 2002.
- ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América Latina; um debate necessário. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 23 - 36, 2002. Suplemento.
- ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E. (Org.). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. São Paulo: Paz e Terra, 1998.
- ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2003.
- ARAÚJO, C. Legitimidade, justiça e democracia: o legado de John Rawls. *Lua Nova*, São Paulo, v. 57, p. 73-87, 2002.
- ARAÚJO, J. W. G. Ciência e senso comum: a divulgação do conhecimento no campo da saúde. *Perspectivas em Ciência da Informação*, Belo Horizonte, v.8, p. 72-93, jul-dez. 2003. Número especial.
- BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO / BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1990*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1990.
- BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO / BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993: investindo em saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1993.
- BOURDIEU, P. A demissão do estado. In: BOURDIEU, P. (Org.). *A miséria do mundo*. Petrópolis: Vozes, 2001, p. 215-223.
- BRAGA, R. Luta de classes, reestruturação produtiva e hegemonia. In: KATZ, C. *Novas tecnologias: crítica da atual reestruturação produtiva*. São Paulo: Xamã, 1995, p. 45-136.

- CARVALHO, M. A. P.; ACIOLI, S.; STOTZ, E. N. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: VASCONCELOS, E. M. (Org). *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 101-114.
- CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088 - 1095, jul-ago. 2004.
- CEPAL. *Panorama Social 2000-2001*. Santiago de Chile: Nações Unidas, 2001.
- CHAUÍ, M. Entrevista com Marilena Chauí. *Cult, Revista Brasileira de Literatura III*, São Paulo, v. 35, p. 43-61, jun. 2000.
- DAVID, H. L. S. et al. Ambientação pedagógica no serviço de saúde; construindo uma proposta de vigilância da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, 2003. Suplemento 1. [Livro de resumos II do VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva].
- GARCIA, F. C.; LOPES, H. E. G. Neoliberalismo, controle de qualidade total e reengenharia: instrumentos para o desemprego e a miséria social. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 19., 1995, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Associação Nacional de Programas de Pós-Graduação em Administração, 1995.
- GIOVANELLA, L. Estado de bem-estar contemporâneo. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 24, p. 22 - 37, jan/abr. 2000.
- GIOVANELLA, L. Tendências quanto à universalidade nos sistemas de saúde em países periféricos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 155 - 164, maio/ago. 2003.
- GRAMSCI, A. *Maquiavel, a política e o estado moderno*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.
- HARVEY, D. *A condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. São Paulo: Edições Loyola, 1993.
- HERRERA, C; CAMPERO, L. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Publica de México*, México, v. 44, n. 6, p. 554 - 564, 2002.
- HOBBSBAWN, E. *Era dos extremos: o breve século XX (1914-1991)*. São Paulo. Companhia das Letras, 1995.
- KIERNAN, V. G. Religião. In: BOTTOMORE, T. (Ed.) *Dicionário do pensamento marxista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 316-318.
- KONO, S. Women’s empowerment and population issues. *Jinkogaku Kenkyu*, Local?, v.18, p. 45-52, May 1995. PubMed/MEDLINE. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed>. Acesso em: 18 de setembro de 2004.
- MARKERT, W. Trabalho e consciência: mudanças na sociedade do trabalho e a reconstrução da teoria de classe. *Tempo Social: Revista de Sociologia da USP*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 19-36, 2002.
- MATEUCCI, N. Liberalismo. In: BOBBIO, N.; MATEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. 5.ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1993.
- MILLS, D. Q. *Empowerment, um imperativo: seis passos para se estabelecer uma organização de alto desempenho*. Rio de Janeiro: Campus, 1996.
- MITJAVILA, M. O risco como recurso para a arbitragem social. *Tempo Social: Revista de Sociologia da USP*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 129-145, 2002.
- NAVARRO, V. Produção e estado de bem-estar: o contexto político das reformas. *Lua Nova*, São Paulo, v. 28/29, p. 157-199, 1993.
- OFFE, C. Algumas contradições do Estado social moderno. In: OFFE, C. (Org.). *Trabalho e sociedade*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991. v.2, p. 113-131.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Carta de Ottawa. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., nov. 1986, Ottawa. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acesso em: 17 julho. 2004.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Declaração de Santafé de Bogotá. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 9-12 nov. 1992, Santafé de Bogotá. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acesso em: 17 set. 2004.
- RAWLS, J. *Political Liberalism*. New York: Columbia University Press, 1996 Apud ARAUJO, C. Legitimidade, justiça e democracia: o legado de John Rawls. *Lua Nova*, São Paulo, v. 57, p. 73-87, 2002.

- RESTREPO E.; MÁLAGA, H. Agenda para la acción en promoción de la salud. In: RESTREPO, E.; MÁLAGA, H (Org.) *Promoción de la salud; como construir vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 2001.
- RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. *Programa Cheque Cidadão*. Rio de Janeiro, 2003.
- RISSEL, C. Empowerment: the holy grail of health promotion? *Health Promotion International*, v. 9, p. 39-47, 1994 Apud CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, jul-ago.2004.
- ROSANVALLON, P. *La nueva cuestión social: repensar el estado providencia*. Buenos Aires: Editorial Manantial, 1995 Apud MITJAVILA, M. O risco como recurso para a arbitragem social. *Tempo Social, Revista de Sociologia da USP*, São Paulo, v. 14, n. 2, p.129-145, out.2002.
- SABROZA, P. *Concepções sobre saúde e doença*. Disponível em: <http://www.ead-ensp.fiocruz.br/cur-sos/autogestao/ags/apresentacao/autogestao/contexto/tema1.html>. Acessado em: 20 set. 2004.
- SAMAIA, J. *A reprodução social e a saúde*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.
- SCOTT, C. D.; JAFFE, D. T. *Empowerment: um guia prático para o sucesso*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998.
- SENNA, M. de C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 203-211, 2002. Suplemento.
- SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 101- 22, fev. 2003.
- SOARES, L. T. *O desastre social*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2003.
- STOTZ, E. N. Os desafios para o SUS e a educação popular. In: VER-SUS/Brasil. *Caderno de Textos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- STOTZ, E. N. Encontros de movimentos e práticas de educação popular e saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.8, n. 14, p. 179-82, set 2003- fev 2004b.
- TEIXEIRA, E. C. Participação cidadã na sociedade civil global. *Lua Nova*, São Paulo, v. 46, p.135 - 67, 1999.
- VALLA, V. V. Educação e saúde do ponto de vista popular: procurando compreender a fala das classes populares. In: RAMALHO, J. P.; ARROCHELLAS, M. H. (Org.). *Desenvolvimento, subsistência e trabalho informal no Brasil*. São Paulo: Cortez; Petrópolis: Centro Alceu Amoroso Lima para a Liberdade, 2004.
- VASCONCELOS, E. M. *O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias*. São Paulo: Paulus, 2003.
- WALLERSTEIN, N. Powerless, empowerment, and health; implications for health promotion. *American Journal of Health Promotion*, v. 6, n. 3, p. 197 - 205, 1992.
- WORLD BANK GROUP/ EMPOWERMENT. *What is empowerment?/About Us*. Disponível em: www.worldbank.org. Acessado em: 18 set. 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR)/ Health Education and Health Promotion Unit (HEP). 1998. *Promoción de la salud: glosario*. Disponível em: www.who.int/en. Acessado em: 14 ago. 2004.

Recebido em: 18/08/2004

Aprovado em: 20/09/2004