



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Medeiros de Souza, Janaina; Dutra Tholl, Adriana; Peixoto Córdova, Fernanda; Schülter Buss
Heidemann, Ivonete Teresinha; Eggert Boehs, Astrid; Gonçalves Nitschke, Rosane
Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 19, núm. 7, julho, 2014, pp. 2265-2276
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63031150029>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Aplicabilidade prática do *empowerment* nas estratégias de promoção da saúde

The practical applicability of empowerment in health promotion strategies

Janaina Medeiros de Souza ¹

Adriana Dutra Tholl ²

Fernanda Peixoto Córdova ³

Ivone Teresinha Schüller Buss Heidemann ²

Astrid Eggert Boehs ²

Rosane Gonçalves Nitschke ²

Abstract *The scope of this study is to identify what empowerment strategies were addressed for the promotion of health in health research, characterizing them from a socio-critical and post-structuralist standpoint. It involved an Integrative Review conducted in May 2011 of the Medline, Lilacs and SciELO databases. The inclusion criteria were complete research articles, case reports or experience reports, published between 2002 and 2011 in Portuguese, Spanish and English. The research criteria included the key words “empowerment” and “health promotion” (DeCS/BI-REME). Twenty articles, which presented strategies of individual and/or social empowerment that were characterized by a socio-critical perspective, were selected. It is considered that some activities, mainly those that included thematic discussion groups, represented a mobilization and empowerment strategy. These included theater, culture circles, community therapy, therapeutic learning workshops, home visits, university extension and social action projects. It is considered that all empowerment strategies are inherently health promotion strategies, but not all health promotion strategies effectively result in empowerment.*

Key words Empowerment, Health promotion, Health education

Resumo *Este estudo tem como objetivo identificar nas pesquisas em saúde quais estratégias de “empowerment” foram abordadas para a promoção da saúde, caracterizando-as na ótica das perspectivas crítico-social e pós-estruturalista. Trata-se de uma Revisão Integrativa realizada em maio de 2011 nas bases de dados Medline, Lilacs e SciELO, com os seguintes critérios de inclusão: artigos completos de pesquisa, relatos de casos ou relatos de experiências publicados no período de 2002 a 2011, em Português, Espanhol e Inglês, tendo como critério de busca a palavra-chave “empowerment” e o descritor, “promoção da saúde” (DeCS/Bireme). Foram selecionados 20 artigos, os quais apresentaram estratégias de “empowerment” individual e/ou comunitário e caracterizaram-se em uma perspectiva crítico-social. Acreditamos que algumas atividades, em especial as que envolviam grupos de discussão temática, representaram uma ferramenta mobilizadora e de “empowerment”, quais sejam: teatro, círculo de cultura, terapia comunitária, oficinas de escuta terapêutica, visita domiciliar, extensão universitária e projetos de ação social. Compreende-se que toda estratégia de “empowerment” também o é de promoção da saúde, mas nem toda estratégia de promoção da saúde é empoderadora.*

Palavras-chave Empowerment, Promoção da saúde, Educação em saúde

¹ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC/Campus Araranguá. Rodovia Governador Jorge Lacerda nº 3201, Jardim das Avenidas. 88.900-000 Araranguá SC Brasil. janainamedeirosdesouza@yahoo.com.br

² PEN/UFSC, Departamento de Enfermagem, UFSC.

³ Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Introdução

Empowerment é um conceito complexo que toma emprestado noções de distintos campos de conhecimento. É uma ideia que tem origem nos movimentos sociais por direitos civis na década de 1970, no movimento feminista e na ideologia da ‘ação social’ presentes nas sociedades do primeiro mundo, a partir dos anos 1950. Nos anos 1970, é influenciado pelos movimentos de autoajuda; nos anos 1980, pela psicologia comunitária e nos anos 1990, pelos movimentos que buscam afirmar o direito de cidadania sobre distintas esferas sociais, dentre as quais a prática médica, a educação em saúde e o ambiente físico^{1,2}.

O *empowerment* emerge no cenário das ações em saúde ao ser lançada a Carta de Ottawa, na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, quando se define promoção da saúde como o processo pelo qual os indivíduos e a comunidade são capacitados a ter maior controle sobre sua própria saúde, mobilizando recursos pessoais e sociais, que vão além desse setor^{3,4}.

Portanto, para efetivar a promoção da saúde dos indivíduos e comunidade foram elencadas, nesse documento, ações e estratégias de construção de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes sustentáveis; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde³.

Empowerment é compreendido como o processo de saúde comprometido com a transformação da realidade e a produção de saúde e de sujeitos saudáveis, sendo a efetiva e concreta participação social estabelecida como objetivo essencial da promoção de saúde^{1,3}.

Outro conceito de *empowerment* que merece destaque o caracteriza como processo social que favorece a participação das pessoas, das organizações e da comunidade ampliando o controle destes na ação política, com melhores condições de vida da comunidade e justiça social desse grupo de pessoas^{1,5}.

Na concepção de Paulo Freire, o empoderamento (*empowerment*) pode ser entendido como um processo que emerge das interações sociais, nas quais os seres humanos problematizam a realidade, e a medida que vão desvelando a realidade se empoderam para transformar as relações sociais de dominação⁶.

Pode-se considerar o *empowerment* como um eixo que une consciência e liberdade. Ele resulta de uma práxis reflexiva e inserção crítica das pessoas, estimulado pelas perguntas que as colocam em ação⁷.

O termo *empowerment* tem sido foco de interesse de diversos estudos, apontados por Cunha⁸, por tratar da liberdade de escolha, direito à informação e esclarecimento da saúde pelas pessoas. A esperança em atingir um grau de *empowerment* que mobilize as pessoas para a tomada de consciência de sua situação atual, para que, motivadas, possam caminhar rumo à consolidação da materialização das políticas de saúde em prol de seu bem-estar por uma vida digna, constitui uma responsabilidade social.

Essa dificuldade de definição reflete-se quando tal conceito vem sendo traduzido com distintos significados para o português e o espanhol. Carvalho¹ ressalta que este termo é sinônimo de “apoderamento”, o que significa dar posse, ter domínio de, apossar-se, assenhorear-se, dominar, conquistar e tomar posse. Também tem conotação de “emancipación”, que significa emancipar, tornar livre e independente. Portanto, pela inexistência do termo “empoderamento” na Língua Portuguesa e a divergência do sentido de “apoderamento”, opta-se por utilizar o termo *empowerment*, termo derivado da língua inglesa.

Retomando a complexidade do conceito *empowerment*, Carvalho e Gastaldo⁹ avançam na discussão abordando esse conceito e o poder sob as duas perspectivas: crítico-social e pós-estruturalista.

Para os crítico-sociais e estruturalistas, o modo de viver existe a partir da estrutura social em que o sujeito está inserido, de forma que ele não é visto como o elemento principal dessa produção, mas um dos elementos periféricos¹⁰⁻¹¹. Nesta forma de pensamento, os fatos do cotidiano têm suas formas de pensar e fazer, influenciadas por relações de poder que precisam ser problematizadas e compreendidas como um produto de relações sociais e históricas que tendem a naturalizar e reproduzir desigualdades^{1,9}.

Na perspectiva do referencial crítico-social, o *empowerment* possui dois sentidos: psicológico (ou individual) e social (ou comunitário). O *empowerment* psicológico ou individual possibilita que os indivíduos tenham um sentimento de maior controle sobre a própria vida, capaz de influenciar e adaptar-se ao seu meio e desenvolver mecanismos de autoajuda e de solidariedade^{1,9}.

O *empowerment* social ou comunitário busca destacar a ideia da saúde como um processo e uma resultante de lutas de coletivos sociais por seus direitos. Ele não nega o psicológico, mas procura destacar a importância de enfrentar as raízes e as causas da iniquidade social. Entretanto, para que o *empowerment* social se efetive é necessário

ter ciência de que a macroestrutura condiciona e determina o cotidiano dos indivíduos, estes, por sua vez, influenciam e significam o plano macrosocial, em um movimento circular e interdependente⁹. Estas colocações têm estreita relação com as ideias de libertação trabalhadas por Paulo Freire, nas quais os indivíduos e a coletividade se libertam por meio da educação^{12,13}.

A perspectiva pós-estruturalista surge a partir das discussões acerca das relações de poder e subjetividade e, mais especificamente, sobre a constituição de uma das formas de poder estudadas por Michael Foucault, o poder disciplinar, que age na docilização dos corpos. Essa perspectiva teórica considera que realidades e verdades constituídas são temporais, e que são produzidas em tensões entre discursos dominantes e emergentes, na tentativa de manter ou modificar determinadas práticas sociais estabelecidas. Para o pós-estruturalismo, as pessoas são constituídas dos mesmos discursos que compõem o seu “exterior”, o que torna difícil distinguir interioridade de exterioridade, questionando a noção de sujeito autônomo, com um *self* independente e com possibilidade de livre escolha⁹. Nesta perspectiva, o poder passa a ser compreendido como uma prática social histórica e não como uma “coisa”, um objeto natural que alguns possuem. Todos exercem poder, governam e são governados por discursos dominantes compartilhados, produzindo, inclusive, desejo e necessidades que as pessoas assumem, “naturalmente”, como suas⁹.

A partir de reflexões da práxis acadêmica e profissional acerca de estratégias de promoção da saúde, buscou-se caracterizar os múltiplos conceitos e interpretações de *empowerment* e de relacioná-los com as políticas públicas e as ações específicas de saúde. Acredita-se que as estratégias de *empowerment*, na perspectiva de desenvolvimento da autonomia e emancipação dos sujeitos, exercem impacto sobre a promoção da saúde e a redução da iniquidade¹⁴.

Neste sentido, constatou-se que o *empowerment* vem sendo pesquisado de forma ampla no campo teórico, porém, ao mesmo tempo, os profissionais da saúde têm encontrado dificuldades na sua aplicabilidade prática, ou seja, de realizar estratégias que atinjam de fato o “empoderamento” dos usuários.

Para tanto, o objetivo deste estudo é identificar, nas publicações em saúde, quais estratégias de *empowerment* foram abordadas para a promoção da saúde, caracterizando-as na ótica das perspectivas crítico-social e pós-estruturalista.

Metodologia

Trata-se de revisão integrativa^{15,16}, considerada uma técnica de pesquisa que inclui análise de pesquisas relevantes possibilitando a síntese do estado de conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área particular de investigação.

Embora os métodos para a condução de revisões integrativas variem, existem padrões a serem seguidos. Na operacionalização desta revisão, utilizou-se as seguintes etapas: seleção das questões temáticas; estabelecimento dos critérios para a seleção da amostra; representação das características da pesquisa original; análise dos dados; interpretação dos resultados; apresentação da revisão¹⁵.

O estudo constituiu-se dos artigos indexados nas bases de dados Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde/Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library On-line), sobre as estratégias do *empowerment* para a promoção da saúde.

Para estabelecer a amostra de estudo foram criados critérios de inclusão, a saber: serem artigos completos de pesquisa, de relato de caso ou de relatos de experiências, publicados no período de 2002 a 2011 nos idiomas Português, Espanhol e Inglês. Utilizou-se a busca pelos artigos através da palavra-chave “*empowerment*” e pelo descritor, em Ciências da Saúde do Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (DeCS/Bireme), “promoção da saúde”.

Optou-se pelo uso da palavra *empowerment*, ao invés do descritor “Poder” indexado no DeCS, por este não atender ao objeto de estudo, já que é definido pelo DeCS como ter grande influência ou controle sobre os outros em uma variedade de contextos. Neste estudo, entende-se por *empowerment*, não uma relação de poder sobre o outro, mas uma relação de poder com o outro, em uma relação emancipatória.

Para direcionar a revisão integrativa, fez-se a seguinte questão norteadora: Quais estratégias de *empowerment* foram abordadas para a promoção da saúde, em publicações em saúde, desenvolvidas no período de 2002 a 2011?

A busca nas bases de dados aconteceu em maio/2011 e resultou em 71 artigos completos, sendo que 11 eram repetidos em mais de uma base de dados, totalizando 60 artigos. Após leitura dos artigos completos, foram selecionados 20 com base nos critérios de inclusão estabelecidos e na questão norteadora da pesquisa.

A análise dos dados foi realizada em duas etapas. Na primeira, foram identificados os dados de localização do artigo (título do artigo, autores, título do periódico, volume, número, ano, objetivo, desenho metodológico, estratégias de *empowerment* e resultados, classificação da estratégia, de acordo com as perspectivas crítico-social e pós-estruturalista), utilizando-se um instrumento elaborado especificamente para este estudo. Na segunda etapa, ocorreu a análise das informações contidas nos artigos, objetivando identificar quais estratégias de *empowerment* foram implementadas para a promoção da saúde, analisando-as sob a ótica das perspectivas crítico-social e pós-estruturalista.

Realizou-se a classificação dos artigos, a partir de suas características predominantes, ainda que, alguns estudos não trouxessem descritos, claramente, todas as informações do interesse desta pesquisa. Seguindo-se a esta etapa, realizou-se a inter-relação dos dados com as literaturas pertinentes, para a apresentação da revisão integrativa. Para melhor apresentação dos mesmos, foram utilizados quadros e análises, realizados através de frequências absolutas simples.

Os artigos foram identificados pela letra "A", seguida de números arábicos, decrescentemente, por ano de publicação. Os números entre parênteses indicam suas respectivas referências (trazidas ao final do artigo), na ordem em que foram apresentadas nos Quadros e seguindo a ordem de citação de autoria ao longo do texto.

Resultados e discussão

No Quadro 1 são apresentadas as informações relativas aos estudos quanto à sua identificação, objetivos e desenho metodológico adotado.

Observou-se que o periódico que obteve o maior número de publicações concernente ao *empowerment* foi Ciência & Saúde Coletiva (n = 3), seguido do Biomedical Central Public Health (BMC), Cadernos de Saúde Pública, Interface: Comunicação, Saúde, Educação e Texto Contexto em Enfermagem, com 2 artigos em cada. Quanto ao período de análise, em 2010 constatou-se um crescente aumento de publicações (n = 8).

Sugere-se que este fato possa ter relação com a crescente preocupação de avaliação das políticas de saúde, bem como a efetividade das estratégias de promoção desenvolvidas no âmbito dos sistemas de saúde.

Ao analisar os delineamentos de pesquisa mais frequentes na amostra estudada, identificou-se que 12 utilizaram a abordagem metodológica qualitativa, 2 desenvolveram estudos com métodos quantitativos, 2 realizaram estudos quali-quantitativos, 3 foram relatos de experiência e 1 relato de caso. Tendo em vista a multiplicidade de fatores envolvidos na conceituação e definição teórica de *empowerment* e a abordagem que as práticas voltadas à promoção da saúde requerem, justifica a adoção de estudos predominantemente qualitativos.

Considerando-se o desenho metodológico dos estudos, no que se refere à tipologia dos mesmos, a maioria deles, tinha, como objetivos de pesquisa, descrever propostas de avaliação e de intervenção por meio de práticas educativas em saúde, de forma que se caracterizaram como descritivos ou exploratórios (n = 10). Em seguida, observou-se maior frequência de realização de pesquisas do tipo pesquisa-ação (n = 3), pesquisa participante (n = 2) e outras tipologias de estudo (n = 5).

O quadro 2 apresenta a relação de estratégias de *empowerment* implementadas nos estudos analisados e a sua caracterização quanto à definição teórica.

Analizando os estudos quanto aos objetivos e às estratégias de *empowerment* implementadas (Quadro 2), evidencia-se uma tendência teórica voltada à perspectiva crítico-social. Em sua maioria, os estudos abordam estratégias voltadas a um dos eixos da Carta de Ottawa, em especial: reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, criação de ambientes sustentáveis e construção de políticas públicas saudáveis. Assim, entende-se que as estratégias implementadas e apresentadas nos estudos direcionam-se aos princípios da Promoção da Saúde^{2,9,17}.

No entanto, pode-se inferir formas relacionais de poder dentro da perspectiva pós-estruturalista. Pois, segundo Foucault¹⁸, em todos os tipos de relações humanas, em diferentes esferas da vida, o poder está sempre presente. É a relação em que cada um procura dirigir a conduta do outro. São, portanto, "relações que se podem encontrar em diferentes níveis, sob diferentes formas; essas relações de poder são móveis, ou seja, podem se modificar, não são dadas de uma vez por todas".

Quadro 1. Caracterização dos estudos selecionados quanto ao título do periódico, objetivos e desenho metodológico, em ordem cronológica decrescente de publicação, acerca de estratégias de *empowerment* na promoção da saúde (2002-2011).

Sigla	Periódico	Objetivos	Desenho Metodológico
A1	Ciência & Saúde Coletiva (2011) ¹⁹	Descrever o movimento de promoção à saúde e prevenção da Aids entre prostitutas do Rio de Janeiro e Niterói.	Descritiva
A2	Acta Paulista de Enfermagem (2010) ²⁰	Descrever a experiência na elaboração de um espetáculo teatral com adolescentes para estimular a reflexão sobre a realidade e contribuir para a redução da violência.	Exploratório Descritivo
A3	Biomedical Central (BMC) Public Health (2010) ²¹	Explorar a aplicação da política de <i>Halsotorg</i> (HS) a nível local e analisar as atividades do HS.	Descritivo Levantamento
A4	Interface (Botucatu) (2010) ²²	Identificar as expectativas e percepções das meninas participantes de atividades de extensão (lúdicas e educativas): teatro, fantoches, histórias de vida, maquetes, jogos educativos, passeios.	Pesquisa Participante
A5	Interface: (Botucatu) (2010) ²³	Analisar a capacitação dos líderes da Pastoral da Criança da Igreja Católica e identificar potencialidades e fragilidades para a promoção da saúde bucal.	Pesquisa Participante
A6	Journal for Specialists in Pediatric Nursing (2010) ²⁴	Descrever uma intervenção de visita domiciliar para jovens fugitivas agredidas sexualmente (10-14 anos).	Exploratório Descritivo
A7	Revista Brasileira de Enfermagem (2010) ²⁵	Sistematizar, com as participantes dos Círculos de Cultura, (re)construção das ações de Educação em Saúde que articulem as competências necessárias aos(as) enfermeiros(as) de PSF.	Pesquisa-ação
A8	Saúde e Sociedade (2010) ²⁶	Avaliar os processos de participação e <i>empowerment</i> da comunidade, a partir de ações desencadeadas pelo Programa Bairro Ecológico (PBE).	Exploratório
A9	Texto e Contexto em Enfermagem (2010) ²⁷	Conhecer as contribuições da Terapia Comunitária para a vida dos idosos.	Exploratório
A10	Cadernos de Saúde Pública (2009) ²⁸	Identificar o conhecimento da população da Grande Buenos Aires sobre a dengue e seu mecanismo de transmissão e a estratégias para promover a coparticipação comunitária nos problemas ambientais e de saúde.	Descritivo
A11	Journal of Health, Population and Nutrition (2009) ²⁹	Analisar os motivos/fatores primários de exclusão e como o projeto "Stipend Project" (de bolsa) pode reduzir estes fatores em garotas de Bangladesh.	Pesquisa Histórica

continua

Quadro 1. continuação

Sigla	Periódico	Objetivos	Desenho Metodológico
A12	Revista Eletrônica de Enfermagem (2009) ³⁰	Conhecer as contribuições da Terapia Comunitária no cuidado de mulheres usuárias dos serviços da Estratégia de Saúde da Família, do ponto de vista da integralidade.	Exploratório
A13	Revista da Escola de Enfermagem da USP (2008) ³¹	Contribuir na avaliação da efetividade da Cartilha “Toda hora é hora de Cuidar” do Projeto Nossa Criança: janelas de oportunidades (SP-UNICEF).	Descritivo
A14	Biomedical Central (BMC) Public Health (2007) ³²	Analisar fatores que contribuem para o empoderamento em indivíduos idosos de uma área rural de uma comunidade do México.	Pesquisa-ação
A15	Revista Latino-Americana em Enfermagem (2007) ³³	Refletir sobre as estratégias de enfrentamento da pobreza adotadas pela comunidade da Região Nordeste do Brasil.	Relato de Caso
A16	Texto e Contexto em Enfermagem (2007) ³⁴	Qualificar a atuação dos Conselheiros na gestão das políticas públicas, favorecendo a intervenção crítica propositiva, e promovendo a articulação entre os atores inseridos no processo.	Relato de Experiência
A17	Ciência & Saúde Coletiva (2004) ¹⁴	Apresentar a metodologia desenvolvida e aplicada a uma experiência prática de DLIS/PS, bem como, discutir aspectos importantes do programa e da sua avaliação como uma forma de reforçar a participação e a capacitação da comunidade.	Relato de Experiência
A18	Ciência & Saúde Coletiva (2004) ³⁵	Relatar a experiência de cooperação no campo da Promoção da Saúde, estabelecida entre a ENSP, Abrasco e CPHA nos últimos quatro anos.	Relato de Experiência
A19	Cadernos de Saúde Pública (2003) ³⁶	Conhecer e aprender a potencializar as iniciativas de resistência de mulheres no seu cotidiano através do acompanhamento de grupos. Avaliar o papel dos grupos como dispositivo de apoio para mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero.	Pesquisa-ação
A20	Journal of General International Medicine (2003) ³⁷	Determinar o tempo de acesso a informações de saúde via Internet domiciliar e a influência positiva do <i>empowerment</i> entre residentes de uma comunidade urbana de baixa renda	Descritivo Comparativo

Fonte: Bases de dados da BVS: LILACS, MEDLINE e SciELO, 2011.

As estratégias de terapia comunitária e oficina de escuta terapêutica abordadas nos estudos A9, A12 e A19 foram descritas pelos autores como atividades voltadas às políticas de saúde mental do idoso e da mulher. Dentro de uma perspectiva crítico-social, os autores argumentam que promoveram engajamento social destes

grupos, desenvolvimento de autonomia e capacidade de resiliência, especialmente direcionadas ao *empowerment* individual destes indivíduos e à construção de sua subjetividade.

Analisando-se numa perspectiva pós-estruturalista, velhas tecnologias de poder, como o interrogatório e o uso de drogas, geram formas

Quadro 2. Relação de Estratégias de *Empowerment* implementadas nos estudos analisados e a sua caracterização quanto à definição teórica.

Sigla Artigo	Estratégia de <i>Empowerment</i>	<i>Empowerment</i>	
		Individual	Comunitário
A1	Passeata promovida por uma ONG em uma área de prostituição	Sim	Sim
A2	Teatro com grupos de adolescentes	-	Sim
A3	Projeto Social denominado “Halsotorg” , com atividades de cuidado e educação em saúde para a população	-	Sim
A4	Programa Univali Mulher , projeto de extensão com atividades lúdicas para promover a educação sexual	Sim	-
A5	Grupo de Discussão do material (Guia do Líder) com os líderes da Pastoral da Criança	Sim	Sim
A6	Programa de Ação Social de intervenção com adolescentes exploradas sexualmente, por meio de visitas domiciliares	Sim	-
A7	Círculo de Cultura com Enfermeiros do Programa de Saúde da Família (PSF)	-	Sim
A8	Programa Bairro Ecológico para proteção de áreas de mananciais	-	Sim
A9	Terapia Comunitária com idosos usuários do PSF	Sim	Sim
A10	Diagnóstico Sanitário , por meio de análise de fotos do ambiente da comunidade local, pelo grupo de Agentes Comunitários de saúde (ACS) Atividades Educativas nas escolas da comunidade	-	Sim
A11	Projeto Social (Bolsa Escola) para meninas de escola secundária	-	Sim
A12	Terapia Comunitária com mulheres usuárias dos serviços da ESF	Sim	-
A13	Atividade de Educação em Saúde por meio de cartilhas distribuídas pelos ACS em visitas domiciliares	Sim	-
A14	Workshop , programa de capacitação para idosos de zona rural	Sim	-
A15	Viabilização de microcrédito com criação do Banco Palmas	-	Sim
A16	Curso de Capacitação para Conselheiros municipais	-	Sim
A17	Programa Desenvolvimento Local Integrado Sustentável com foco na promoção da saúde	-	Sim
A18	Projeto de Cooperação entre Países para avaliação e diagnóstico participativo e práticas reflexivas sobre processos sustentáveis de melhoria dos ambientes físicos e sociais com impacto na saúde	-	Sim
A19	Oficinas de escuta terapêutica , seguidas de visitas domiciliar, com mulheres em situação de vulnerabilidade	Sim	-
A20	Provimento do acesso à Internet no domicílio para residentes de uma comunidade urbana de baixa renda	-	Sim

Fonte: Bases de dados da BVS: LILACS, MEDLINE e SciELO, 2011.

de docilização (senão pelo encerramento físico, mas pelo isolamento químico) e ainda se perpetuam nos centros psiquiátricos de referência no Brasil, conhecidos como CAPS³⁸. Ações e estratégias como melhoria da estrutura, medicação adequada e programas de inserção comunitária, como os mencionados nos artigos, podem auxiliar na discussão de ação psiquiátrica em novos espaços de atendimento³⁸.

As estratégias mencionadas nos estudos A1, A2, A4, A10 e A14, voltadas a propostas de educação em saúde, tais como: teatro, atividades lúdicas e educativas e workshops trabalhavam tanto o *empowerment* individual quanto o comunitário (coletivo), voltados à perspectiva crítico-social, e possuíam relação com ações para a promoção da saúde, definidas na Carta de Ottawa³, quais sejam: o desenvolvimento de habilidades pessoais, o reforço à ação comunitária e a criação de ambientes saudáveis. Além disso, as estratégias apontadas pelos resultados dos estudos realizados em âmbito nacional refletem iniciativas direcionadas às diretrizes do Plano Nacional de Promoção da Saúde, por meio do fortalecimento da participação social³⁹.

Em relação às estratégias de *empowerment*, Vasconcelos⁴⁰ refere que existem diversas abordagens, com diferentes perspectivas, dependendo do objetivo e do contexto das relações interpessoais, institucionais e sociais nas quais se inserem. Para este autor existem também as abordagens e as estratégias diretamente voltadas para o trabalho profissional, como na área social, em saúde e em saúde mental, nas quais o profissional busca ter um papel ativo de estimular o *empowerment* de seus usuários e clientes, de forma individual, em grupos, no trabalho comunitário e institucional. Elenca, ainda, diversas estratégias de *empowerment* para superar processos de exclusão, opressão e discriminação tais como: recuperação de uma doença ou deficiência, cuidado de si, ajuda mútua, suporte mútuo e participação no sistema de saúde.

Ainda relacionado a um dos eixos da promoção da saúde, descrito na Carta de Ottawa, a criação de ambientes favoráveis e sustentáveis, alguns estudos analisados (A8, A10, A17, A18) desenvolveram ações de envolvimento das comunidades no diagnóstico ambiental e em práticas reflexivas de conservação e processos sustentáveis para os ambientes que tivessem impacto na saúde. Em uma perspectiva crítico-social, este eixo de promoção da saúde envolve luta constante, uma vez que o prejuízo ambiental e humano pode ocasionar desequilíbrios no ecossistema e que os êxitos

neste sentido dependem de elaboração de políticas públicas saudáveis, por meio de estratégias municipais voltadas à sustentabilidade e reorientação dos serviços de saúde⁴¹.

No estudo A20, os autores procuraram retratar a oferta de acesso à Internet nos domicílios como uma estratégia de *empowerment*, no sentido de disponibilizar acesso às informações e promover inclusão social através da inclusão digital. A internet vem mudando a dinâmica de comunicação em todo o mundo, possibilitando aos cidadãos em diferentes esferas, como governo, escolas, empresas e universidade, a inclusão digital como forma de combate da exclusão social e econômica⁴².

Para os estudos que envolveram diretamente a coparticipação dos sujeitos nas decisões (A1, A2, A7, A8, A10, A17, A19), destaca-se que a forma como estes fazem suas escolhas tem estreita relação com a capacidade de participação, mas também com a distribuição do poder nesses espaços⁴³. Também, neste sentido, é destacado que a educação em saúde pode ser considerada como conteúdo naturalmente integrante em qualquer nível da atenção. Programas ou atividades educativas podem fazer parte de qualquer ação de saúde, tanto de promoção, prevenção, como de cura e reabilitação⁴⁴. Ainda, um dos aspectos fundamentais do *empowerment* diz respeito às possibilidades de que a ação local fomenta a formação de alianças políticas capazes de ampliar o debate da opressão no sentido de contextualizá-la e favorecer a sua compreensão como fenômeno histórico, estrutural e político⁴⁵.

Na perspectiva crítico-social, para que o indivíduo e seus grupos sociais construam um processo efetivo de promoção à saúde, é preciso que estes atinjam um grau elevado de *empowerment* psicológico ou individual, associado a uma participação ativa na ação política e possibilidade de conquista de recursos materiais ou de poder por parte destes indivíduos ou coletivos (*empowerment* social)¹. Na perspectiva pós-estruturalista, o corpo passa a ser instrumento do exercício do poder, como afirma Foucault¹⁸: *o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica.*

Os estudos A1 e A5, em suas discussões, mencionam não ter concluído ou atingido resultados satisfatórios para o *empowerment* dos sujeitos. O estudo A5, por chegar à conclusão de que a

abordagem educativa adotada foi predominantemente técnica e informacional que não favoreceu o processo de *empowerment* dos sujeitos. O estudo A1, objetivando criar um movimento comunitário de prostitutas, com a realização de uma passeata para campanha do uso de preservativo pelos seus clientes, destaca que não obteve os resultados esperados, uma vez, que as próprias prostitutas não aderiram ao movimento.

Numa perspectiva crítico-social, o *empowerment* social é considerado um processo que conduz à legitimação e dá voz a grupos marginalizados, ao mesmo tempo que remove barreiras que limitam a produção de uma vida saudável para distintos grupos sociais¹. No estudo realizado com as prostitutas, o mesmo não ocorreu. As autoras justificam que tal situação possa ter acontecido, uma vez que os mecanismos de defesa contra o estigma preveniam o sofrimento das prostitutas, mas impediam, ao mesmo tempo, o surgimento de uma “narrativa de identidade de prostituta”, boicotando a organização do grupo e a emergência de um movimento comunitário. Visto numa perspectiva pós-estruturalista, a questão da diferença, da subjetividade e da singularidade das experiências, são construídas pelos discursos, em um campo que é sempre dialógico e intersubjetivo. Ainda, de acordo com os escritos tardios de Foucault, esta atitude das prostitutas pode ser vista como uma forma de resistência ao poder^{9,18}.

O fato do *empowerment* social reconhecer o caráter relacional do poder e da iniquidade contribui para a repolitização do debate sanitário, mudanças do *status quo*; no entanto, pode ser insuficiente e ambíguo para a concretização de ações de produção e promoção da saúde⁹. Tais ações exigem práticas educativas que promovam a participação dos indivíduos na identificação e na análise crítica de seus problemas, visando a elaboração de estratégias de ação que busquem a transformação na realidade¹.

O estudo A13 também não atingiu níveis de *empowerment*, uma vez que realizou simplesmente a entrega de uma Cartilha aos pais com informações sobre como cuidar de crianças, caracterizando-se como uma atividade informacional e de prevenção. As práticas de educação em saúde preventiva ignoram que comportamentos são sempre interativos, o que significa que modos de vida são produtos de uma ação recíproca de fatores socioculturais e individuais⁴. Além disso, a educação como um simples instrumento de transmissão de informações, no sentido de uma “educação bancária”¹³, caracteriza um modo convencio-

nal de fazê-la e não atinge a promoção da saúde³⁶. Importa salientar que se valorize propostas pedagógicas empoderadoras, através da criação de espaços dialógicos e de cogestão em que se privilegia o exercício do poder com o outro e se desenvolve a capacidade de escuta com o outro^{9,13}.

Por fim, o projeto sobre a cooperação entre Brasil e Canadá, descrito no estudo A18, realizou um diagnóstico participativo, em que foi aprofundada a percepção dos vários segmentos da realidade, tais como: saúde, educação, trabalho e renda, ambiente, política institucional, infraestrutura. Diante disso, a partir da Carta de Ottawa³ pode-se inferir que ações de *empowerment* foram iniciadas, entretanto, a consolidação das mesmas só se dará na mobilização de parceiros e recursos para colocar em prática o que se propôs.

A partir dos confrontos teóricos das autoras deste estudo na análise dos artigos e identificação das estratégias de *empowerment*, observa-se uma inclinação para a perspectiva crítico-social, possivelmente relacionada à forma mais palpável deste referencial de dar aplicabilidade prática, que confere a visão de que há um poder maior contra o qual há necessidade de uma reação contrária, sendo que esta pode ser prática, diferentemente da perspectiva pós-estruturalista, em que as relações de poder ocorrem de uma forma subliminar, envolvendo os indivíduos e a sua subjetividade.

Neste sentido, supõe-se que a limitação de se articular estratégias de *empowerment*, que atinjam os pressupostos da perspectiva pós-estruturalista, reside no fato de que, sendo o poder constituído por uma complexa trama de micro e macropoderes, envolveria a interpretação dos processos de subjetividade de cada sujeito e políticas e estratégias intrasetoriais e intersetoriais, não somente ligadas ao setor saúde. Considerando as dificuldades, no Brasil, em termos territoriais, socioeconômicos e culturais de implementar tais políticas e estratégias, os estudos que se direcionam para o *empowerment* na perspectiva crítico-social e com fortes raízes nos trabalhos de Paulo Freire, têm contribuído com a (re)politização dos debates e das práticas em saúde.

Contudo, analisando os resultados apontados pelos estudos a partir das estratégias ditas empoderadoras, podemos considerar que muitas das mesmas revelam, subliminarmente, maneiras de realizar a vigilância dos indivíduos e de exercício de poder por parte dos gestores e profissionais de saúde. De um ponto de vista técnico, a saúde pode ser considerada como um tipo específico de poder ou autoridade, chamado de Poder de Proporcionar Saúde; poder este de que

é investido um conjunto de profissionais ou especialistas para: conceituar saúde; prescrever saúde (comportamentos saudáveis); produzir tecnologia e ações, que, por sua vez, produzirão um “efeito” de saúde em indivíduos e populações; e, finalmente, para atestar que uma dada pessoa ou comunidade é, ou está, saudável ou doente.

Na visão da perspectiva pós-estruturalista, as dimensões criativas e instituintes do poder podem gerar, simultaneamente, formas de docilização e de resistência ou criação, em uma formulação paradoxal⁴⁶. Portanto, a vida constitui o alvo das lutas biopolíticas, mesmo sob a forma de lutas pelo direito à vida, à saúde, ao corpo, à higiene, ao bem-estar e à satisfação das necessidades. A biopolítica precisa da resistência ao dispositivo biopolítico para poder se desenvolver⁴⁷. Muitas das estratégias de saúde propostas para a população podem ter um poder disciplinador, através da anátomo-política e do biopoder, ao transformar-se em mecanismo de regulação e de controle do social de certos grupos⁹. Entretanto, analisando-se a visão positiva de poder postulada por Foucault¹⁸, em uma perspectiva pós-estruturalista, entende-se que as relações de poder desenvolvidas entre os sujeitos em estratégias de promoção da saúde podem ter um valor transformador e produtivo, de reconstruir novos discursos e novas subjetividades.

Para o desenvolvimento do *empowerment* psicológico ou individual, as ações e as estratégias sociais e de saúde devem estar direcionadas a um processo de construção de autoestima, autoconfiança e independência nos indivíduos, reforçando seu poder de atuação coletiva¹. E para o desenvolvimento do *empowerment* social ou comunitário, faz-se necessário propor abordagens educativas que valorizam a criação de espaços públicos (rodas e grupos de discussão), colegiados, com o objetivo de identificar e analisar criticamente seus problemas, possibilitando estratégias conjuntas de transformação da realidade social, reorganização das práticas assistenciais, repensando os programas de prevenção marcados pelo modelo biomédico e superação da desigualdade de poder que predomina na relação entre os profissionais e usuários.

Finalizando, trata-se então de superar no campo das discussões sobre o processo saúde/doença, todos os tipos de propostas “educativas”, caminhando em direção a estratégias de *empowerment*; levando ao estabelecimento de relações dialógicas e de controle entre os indivíduos, considerados individual ou coletivamente, e as instâncias mediadoras, sejam estas profissionais de saúde,

poder público, tecnologias, serviços, produtos ou combinações desses elementos⁴².

Considerações finais

Ao finalizar o presente estudo, retoma-se o objetivo que é identificar as estratégias de *empowerment* abordadas para a promoção da saúde, caracterizando-as nas perspectivas crítico-social e pós-estruturalista.

Pela caracterização das publicações analisadas, considera-se que os artigos científicos estudados têm um caráter crítico-social. Embora tenha crescido numericamente, nos últimos anos, o interesse por pesquisas objetivando a implementação e a avaliação de estratégias de *empowerment* para a promoção da saúde, possivelmente pela constante preocupação de avaliação das políticas de saúde, bem como, para efetivar as estratégias de promoção da saúde, relacionando-as com as políticas públicas, observa-se uma lacuna no desenvolvimento de pesquisas, neste contexto, na perspectiva pós-estruturalista.

O desenvolver deste estudo nos permite inferir que as estratégias para a promoção da saúde, de caráter empoderador, são aquelas que envolvem diretamente a participação dos sujeitos nas decisões, destacando-se a forma como estes fazem suas escolhas, mostrando uma estreita relação entre o potencial de participação dos sujeitos e a distribuição de poder nesses espaços de promoção da saúde, quais sejam: teatro, círculo de cultura, terapia comunitária, oficina de escuta terapêutica, atividades lúdicas e workshop. Estas em consonância com as ações de promoção da saúde, apresentadas na Carta de Ottawa. A visita domiciliar, a extensão universitária e os projetos de ação social também têm, por sua natureza, imponente caráter empoderador.

Contudo, as conjecturas iniciais do estudo se confirmam, os profissionais da saúde têm dificuldades de interpretar o real significado da aplicabilidade do *empowerment* no contexto das estratégias de promoção da saúde. Compreende-se que toda estratégia de *empowerment* também o é de promoção da saúde, mas nem toda estratégia de promoção da saúde é empoderadora. Neste contexto, importa considerar o nível de envolvimento (consciente e intencional) do profissional de saúde em tais atividades, considerando suas habilidades com a comunidade, de modo a fomentar o desenvolvimento pessoal e social; sendo outro ponto importante a ser considerado, o apoio das organizações governamen-

tais. Não há como pensar em processos de *empowerment* sem considerar o funcionamento da vida em sociedade, entre as quais, a intrapsíquica, a intersubjetiva e a étnico-cultural.

Quanto aos desenhos metodológicos das publicações analisadas, sugere-se maior rigor no que concerne às informações completas quanto ao problema de pesquisa, especificamente, ao método e suas etapas e à análise dos resultados, favorecendo a apreensão do leitor e contribuindo efetivamente para a prática profissional.

Sugere-se ainda, um aprofundamento nas discussões com os profissionais da saúde, especificamente os da Enfermagem, sobre a aplicabilidade do *empowerment* no contexto da promoção da saúde, envolvendo programas de formação permanente. Precisa-se explorar o conhecimento e a práxis destes profissionais tendo como

fio condutor uma efetiva atribuição de significado aos resultados de pesquisas envolvendo tais estratégias para refletir e reconstruir sua prática profissional, sem deixar de considerar o indivíduo e a sua subjetividade em sociedade.

A presente revisão integrativa pode contribuir acerca de reflexões para mudanças de paradigmas no exercício profissional de saúde, no sentido de desmistificar as relações hierárquicas de poder entre este profissional e os grupos sociais, potencializando as características e suas ações no modo de viver. Ainda, sugere-se que as ações dos profissionais busquem estratégias que realmente sejam empoderadoras e direcionadas à promoção da saúde, não somente de cunho educativo. A construção de redes sociais de apoio e a mobilização de redes governamentais são essenciais neste processo.

Colaboradores

JM Souza, FP Córdova e AD Tholl trabalharam na concepção teórica, elaboração, revisão bibliográfica e redação final do texto. ITSB Heidemann, AE Boehs e RG Nitschke participaram na revisão crítica e colaborações teóricas do artigo.

Referências

1. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de promoção à saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 24(4):1088-1095.
2. Carvalho, SR. Promoción de la Salud, “*empowerment*” y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud Colectiva* 2008; 4(3):335-347.
3. World Health Organization (WHO). *The ottawa charter for health promotion*. Ottawa: WHO; 1986.
4. Oliveira DL. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *R Latino-Am Enferm* 2005; 13(3):423-431.
5. Wallerstein N. Powerlessness, empowerment and health: implications for health promotion programs. *Am J Health Prom* 1992; 6(3):197-205.
6. Streck DR, Redin E, Zitkoski J, organizadores. *Dicionário Paulo Freire*. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2008.
7. Freire P, Shor I. *Medo de ousadia: o cotidiano do professor*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1986.
8. Cunha R. *Educação libertadora como possibilidade de empowerment de pessoas estomizadas: desafio ao cuidado de enfermagem* [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.
9. Carvalho SR, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social e pós-estruturalista. *Cien Saude Colet* 2008; 13(Supl. 2):2029-2040.
10. Peters M. (Posts-) modernism and structuralism: affinities and theoretical innovations. *Sociol Research On-line* 1999; 4(3):138-160.
11. Velloso ISC. *Configurações das relações de poder no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte* [tese]. Belo Horizonte: UFMG; 2011.
12. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 25ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

13. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. São Paulo: Paz e Terra; 2001.
14. Becker D, Edmundo K, Nunes NR, Bonatto D, Souza R. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):655-667.
15. Ganog LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health* 1987; 10(1):1-11.
16. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(4):728-64.
17. Heidemann ITSB. *A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família* [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2006.
18. Foucault M. *Microfísica do poder*. 13ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2011.
19. Meis C. Cultura e empowerment: promoção à saúde e prevenção da Aids entre prostitutas no Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Supl. 1):1437-444.
20. Harada MJCS, Pedroso GC, Pereira SR. O teatro como estratégias para a construção da paz. *Acta Paul Enferm* 2010; 23(3):429-32.
21. Mahmud AJ, Olander E, Wallenber L, Haglund BJ. Health promoting settings in primary healthy care: "halsotorg" an implementation analysis. *BMC* 2010; 10(707):1-9.
22. Leite SN, Tonolli LLM. Uma terceira via para a gente aprender as coisas femininas... perspectivas sobre o desenvolvimento de um projeto de promoção de saúde e cidadania de meninas. *Interface (Botucatu)* 2010; 14(35):933-942.
23. Queiroz SMPL, Moysés SJ, França BHS, Bisinelli JC, Moysés ST. Percursos para promoção da saúde bucal: a capacidade de líderes na Pastoral da criança da Igreja Católica no Brasil. *Interface (Botucatu)* 2010; 14(34):619-632.
24. Edinburgh LD, Saewyc EM. A novel, intensive home visiting intervention for runaway, sexually exploited girls. *J Spec Pediatr Nurs* 2010; 21(1):1-12.
25. Monteiro EMLM, Vieira NFC. Educação em saúde a partir de Círculos de Cultura. *Rev Bras Enferm* 2010; 63(3):397-403.
26. Setti AFF, Bógus CM. Participação comunitária em um programa de intervenção em área de proteção ambiental. *Saúde Soc* 2010; 19(4):946-960.
27. Andrade FB, Ferreira Filha MO, Dias MD, Silva AO, Costa ICC, Lima ÉAR, Mendes CKTT. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da Terapia Comunitária. *Texto Contexto Enferm* 2010; 19(1):129-136.
28. Schweigmann N, Rizzotti A, Castiglia G. Información, conocimiento y percepción sobre el riesgo de contraer el dengue en Argentina: dos experiencias de intervención para generar estrategias locales de control. *Cad Saude Publica* 2009; 25(Supl. 1):S137-S148.
29. Shurmann AT. Review of the Bangladesh Female Secondary School stipend Project using a social exclusion framework. *J Health Popul Nutr* 2009; 27(4):505-517.
30. Ferreira Filho MO, Dias MD, Andrade FB, Lima EAR, Ribeiro FF, Silva MSS. A terapia comunitária como estratégia de promoção de saúde mental: o caminho para o empoderamento. *R Eletron Enferm* 2009; 11(4):964-970.
31. Grippo MVS, Fracolli LA. Avaliação de uma cartilha educativa de promoção ao cuidado da criança a partir da percepção da família sobre temas de saúde e cidadania. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(3):430-436.
32. Martínez-Maldonado M LL, Correa-Muñoz E, Mendoza-Núñez VM. Program of active aging in a rural Mexican community: a qualitative approach. *BMC Public Health* 2007; 7(276):1-9.
33. Oliveira SHS, Monteiro MAA, Lopes MSV. Strategies to Combat Poverty and their Interface with Health Promotion. *R Latino-Am Enferm* 2007; 15(esp.):867-873.
34. Kleba ME, Comerlato D, Colliselli L. Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente em saúde. *Texto Contexto Enferm* 2007; 16(2):335-342.
35. Zancan L, Adesse L. Informe sobre a Cooperação Brasil-Canadá em Promoção da Saúde. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):739-744.
36. Meneghel SN, Barbiani R, Steffen H, Wunder AP, Roza MD, Rotermond J, Brito S, Korndorfer C. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. *Cad Saude Publica* 2003; 19(4):955-963.
37. Masl CM, Suarez-Balcasar Y, Cassey MZ, Kinney L, Piotrowski H. Internet Access and Empowerment: a community-based health initiative. *J Gen Intern Med* 2003; 18(7):525-530.
38. Caponi S. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. *Cien Saude Colet* 2009; 14(1):95-103.
39. Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Cien Saude Colet* 2009; 14(6):2305-2316.
40. Vasconcelos E. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. *Vivência* 2007; 32:173-206.
41. Beserra EP, Alves MDS, Pinheiro PNC, Vieira NFC. Educação ambiental e enfermagem: uma integração necessária. *R Bras Enferm* 2010; 63(5):848-852.
42. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Madeira W. Hipertrofia das mediações, internet e empoderamento, no campo da saúde-doença. *Saúde Soc* 2007; 16(3):149-157.
43. Kleba ME, Wendhausen A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. *Saúde Soc* 2009; 18(4):733-43.
44. Rumor PCF, Berns I, Heidemann ITSB, Mattos LHL, Wosny AM. A promoção da saúde nas práticas educativas da saúde da família. *Cogitare Enferm* 2010; 15(4):674-680.
45. Wendhausen ALP, Barbosa TM, Borba MC. Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores. *Saúde Soc* 2006; 15(3):131-144.
46. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Saúde, empoderamento e triangulação. *Saúde Soc* 2004; 13(2):32-38.
47. Ortega F. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. *Interface (Botucatu)* set.2003-fev.2004; 8(14):9-20.

Artigo apresentado em 26/04/2013

Aprovado em 15/06/2013

Versão final apresentada em 25/06/2013