

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FORMA DE EMPODERAMENTO DO SUJEITO E SEUS REFLEXOS NA SAÚDE COLETIVA

BRESSAN, Flávio Luise¹
SOUZA, Izaque Pereira de²
WOICOLESCO, Michelle Andressa³

RESUMO

Desde o início da criação do Estado a população mais vulnerável se encontra à mercê dos “grandes”, tendo à sua disposição apenas as sobras que são dispensadas por esses. O histórico de criação das políticas públicas, que surgem com o propósito de diminuir este suplicio, vem mostrando o oferecimento de um serviço que na maioria das vezes não consegue atingir nem mesmo o mínimo necessário para a população usuária dessas políticas. Desta forma e considerando a necessidade de que esta população entenda os mecanismos que estabelecem as relações neste cenário o empoderamento ganha importância por se constituir em uma ferramenta para a autonomia e liberdade, derivadas do conhecimento e da participação social bem como por ser um conceito amplo e que deve ser utilizado em diversas áreas por gerar uma troca de poderes entre todos os aspectos da vida do sujeito. O presente trabalho buscou analisar a educação como forma de empoderamento aplicando este conceito no âmbito da saúde por entender que tal postura possibilita o aumento da força pessoal e coletiva dos pacientes, podendo ser criada individualmente ou em vivenciada em grupos. Isso porque, através da educação em saúde também se apoia a confiança no profissional e em um processo dialógico entre os próprios indivíduos pautado na troca de experiências da vivência com a sua patologia. Trata-se de um trabalho bibliográfico que busca, através de uma análise multidisciplinar, compreender de que maneira este empoderamento se constitui e os reflexos trazidos para o sujeito e seu entorno.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde coletiva. Educação em Saúde. Empoderamento.

HEALTH EDUCATION AS A KIND OF EMPOWERMENT AND ITS REFLECTIONS ON PUBLIC HEALTH

ABSTRACT

From the beginning of the creation of the State the most vulnerable population is at the mercy of the "big ones", having at their disposal only the leftovers that are dispensed by them. The history of the creation of public policies, which arise with the purpose of reducing this torture, has been showing the offer of a service that in most cases fails to reach even the minimum necessary for the population that uses these policies. Considering the need for this population to understand the mechanisms that establish relations in this scenario, empowerment gains importance because it constitutes a tool for autonomy and freedom, derived from knowledge and social participation as well as being a broad concept and must be used in several areas for the exchange of powers between all aspects of the subject's life. The present study sought to analyze education as a form of empowerment applying this concept within the scope of health because it understands that such posture makes possible the increase of the personal and collective strength of the patients, being able to be created it individually or in lived in groups. Health education also relies on professional trust and in a dialogical process between the individuals themselves based on the exchange of experiences of living with their pathology. It is a bibliographical work that seeks, through a multidisciplinary analysis, to understand in what way this empowerment is constituted and the reflexes brought to the subject and its surroundings

KEYWORDS: Public Health. Health education. Empowerment.

¹ Graduado em Farmácia. Graduado em Medicina pelo Centro Universitário Assis Gurgacz – FAG. Pós-Graduado em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação *lato sensu* do Centro Universitário Assis Gurgacz – FAG. E-mail: flavioluisebressan@gmail.com

² Graduado e Especialista em Direito. Especialista e Mestre em Educação pela Unioeste/PR. Doutor em Educação pela Universidade Estadual de Maringá – UEM/PR. Membro do GPMEC (Grupo de Estudos e Pesquisa em Mídias e Estudos Culturais), GEPDE (Grupo de Estudos e Pesquisas em Desenvolvimento da Educação Básica) e do GEPDDICA - Grupo de Pesquisa e Defesa dos Direitos Humanos Fundamentais da Criança e do Adolescente. Coordenador, professor e orientador no Programa de Pós-Graduação *lato sensu* do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz – FAG - Cascavel, Paraná. E-mail: ipsouza.souza@gmail.com

³ Graduada em Enfermagem. Pós-graduanda Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação *lato sensu* do Centro Universitário Assis Gurgacz – FAG. E-mail: michellewoicolesco@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

Quando o paciente se encontra entre um sistema de saúde público, que por ideologia mantém seus serviços sucateados, investindo o mínimo possível em políticas sociais e uma iniciativa privada, que espera o indivíduo adoecer antes de interferir no seu processo saúde doença por questões financeiras, vemos a necessidade da criação de um sujeito autor de sua saúde. Sabe-se que a tendência no cenário brasileiro é de maior deficiência das políticas públicas fazendo que, com o passar dos anos, surja cada vez mais a necessidade da utilização de serviços privados, o que deixa a população pobre ainda mais desamparada. Tal raciocínio demonstra o quanto é necessária uma educação em saúde libertadora, que possibilite o empoderamento ao paciente bem como seu protagonismo na mobilização de mudanças no setor público.

Desta forma passamos a nos questionar se o método utilizado pelo profissional de saúde, ao realizar seu trabalho, traz ou não liberdade e autonomia ao paciente. O questionamento perpassa também a necessidade de analisar se todo seu esforço na educação, individual ou em grupo, alcança algum resultado e, caso o método utilizado não esteja sendo o mais adequado, qual seria a melhor forma a empregar para criar esta consciência em seu paciente e melhorar o ambiente de conversação entre os dois.

Para nos guiar nestes questionamentos, este trabalho se dividiu em três títulos. No primeiro, abordaremos a criação do Estado, das políticas públicas e do sistema de saúde, partindo de uma visão mundial até a realidade brasileira. No segundo buscaremos entender o que significa empoderamento, suas interpretações e como ele pode ser alcançado. Por fim analisaremos como pode ser aplicado na prática e o que nos diz seus resultados.

Sendo assim, o que se pretende é que este trabalho traga embasamento teórico na compreensão da situação atual das políticas públicas de nosso país e possibilite um planejamento por parte dos profissionais da saúde de ações voltadas ao empoderamento do paciente inserido, principalmente, no setor público uma vez que tais ações podem possibilitar uma maior efetividade tanto no tratamento dos sujeitos quanto na resposta das políticas.

2. O ESTADO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

“O homem é um ser político”. Com esta afirmação, Aristóteles⁴ nos incita a refletir a figura de um homem que pensa mas, para além disso, promove a interação. Um sujeito que, segundo Rousseau (2002), quando se vê enfrentando obstáculos que não conseguiria transpor sozinho, busca se agregar no intuito de somar forças e promover sua autoconservação. Esse “contrato tácito”⁵ que visa possibilitar sobrevivência em seu estado primitivo já nos remete a um primeiro modelo de Estado.

Porém essa lógica de convivência não possuiu sempre as características que conhecemos hoje. Por isso é importante lembrar que em uma época anterior aos conceitos do contrato social, tem-se um Estado de apoderamento do mais forte sobre a propriedade de outrem, transformando o seu poder em lei, tendo o fraco que ceder por necessidade ou prudência. Por esse motivo e nessa linha de raciocínio, Weber (1982) nos fala que sem a violência, o Estado seria substituído por uma anarquia, motivo pelo qual este se utiliza de seu “*monopólio do uso legítimo da força física*” para garantir sua estabilidade.

Retomando a ideia primeira, o modelo inicial de Estado nos remonta a uma estrutura familiar primária, em que os chefes ocupam um papel patriarcal. Esta comparação é válida na medida em que, sendo a família a única sociedade natural considerada à época, o Estado acaba atuando como “o pai” (no sentido de prover) e o povo se encontraria na condição “dos filhos”, em uma nítida necessidade de se conservarem os laços comunitários em uma espécie de convenção.

Por esse motivo (e na perspectiva de Rousseau (2002), o contrato social se firma fazendo com que o Estado busque criar uma convenção de igualdade para as pessoas em seus direitos. Ocorre, porém que esta busca não impede a legitimação das desigualdades já existentes, tornando esta igualdade não tão real quanto se esperava. Isso porque se conservava o poder anterior ao contrato ainda em sua condição de usurpador deixando ao fraco muito pouco além das sobras.

Um marco importante na luta de poderes entre os mais abastados e os miseráveis foi a *Poor Law* da Grã-Bretanha, datada de 1834 e que criava as *workhouse*, local onde os pobres residiriam para receber seu auxílio (SPICKER, 2002). Este espaço, que deveria proporcionar o mínimo necessário à vida, apresentava uma condição muitas vezes pior do que aqueles que se encontravam fora do programa (HAMLIN, 1995). A população assistida, em situação de extrema miséria, não

⁴ Esta é uma afirmação do filósofo grego Aristóteles, discípulo de Platão, que buscava descrever o *Zoon Politikon* (Animal Político) – que era o homem. Ele o via como um animal racional que fala e pensa em sua interação necessária na cidade-estado (*Pólis*). (AURÉLIO, 2016).

⁵ O contrato referido é o Contrato Social de Rousseau, em que o homem renuncia a sua liberdade individual em troca de sua conservação, possuindo então a garantia de sua dignidade, igualdade perante a lei e a liberdade civil. Rousseau nos fala que é necessário “[...] encontrar uma forma de associação que defenda e proteja contra toda força comum, a pessoa e os bens de cada associado e pela qual cada um, unindo-se a todos, apenas obedeça a si próprio, e se conserve tão livre quanto antes” (ROUSSEAU apud VILALBA, 2013, p.67). Esta liberdade se encontra na soberania da vontade coletiva, criada pelo Contrato Social, retirando a autoridade de poderes teocráticos ou tiranos. (VILALBA, 2013)

recebia sequer rações suficientes para a manutenção da vida – que dirá para a manutenção da saúde – o que levava a um elevado número de mortes por desnutrição ou por doenças (HAMLIN, 1995). Isto mostrava de forma nítida a total falta de interesse do Estado para com esta população que mesmo observando as estatísticas do que ocorria, nada fazia para mudar este quadro demonstrando que esta lei era de serventia apenas para a segregação dos mais pobres nas *workhouses*.

Mais recentemente, no pós-segunda guerra, nos deparamos com a criação do *Welfare state* (ou Estado de Bem-estar Social). Diferentemente da *Poor Law*, mas também desenvolvido a partir de experiências anteriores, esta nova política visa não somente o pobre, mas todo cidadão, buscando empregar um sistema que “previna” a pobreza, mesmo que não acabe com a desigualdade ou garanta emprego a todos (SPICKER, 2002).

Marshall (1967) nos fala que a criação do *welfare state* se inicia na Inglaterra, tendo sua origem em ideias advindas do século XIX e que se aprimoraram e intensificam na entrada do século XX, com início de implantação ainda durante a Segunda Guerra Mundial. Seu auge de impacto ocorre nas décadas de 40 e 50, segundo ele, devido aos esforços do Partido Trabalhista inglês, a crítica ao pensamento liberal, e ao crescente clima de solidariedade devido as dificuldades e danos causados pela guerra. Todo este movimento culminou na provisão de casas para a população, e serviços públicos de educação e a *National Health Service* na Inglaterra.

Todos os programas realizados pelo *welfare state* é resultado da riqueza criada pela industrialização, porém, este mesmo processo é o causador da necessidade deste investimento em políticas públicas. Com o avanço da industrialização temos mudanças na sociedade; a especialização do trabalho; a mudança do papel dos integrantes da família, como a proibição do trabalho infantil – colocando as crianças apenas como gasto, e não mais uma fonte de renda familiar - e a entrada da mulher no mercado de trabalho; o envelhecimento da população. Esta mudança nas bases da sociedade foi o principal determinante para a necessidade dos serviços do *welfare state* (ARRETCHE, 1995). Na visão de Spicker (2002), a crítica que deve existir a este sistema é que ele nunca foi implementado o suficiente - mesmo em seu país de origem - e que programas projetados para a população mais pobre sempre foram mantido em muito baixo nível, o que os impediu de serem bem sucedidos e trazerem a emancipação de seus usuários na forma que foram pensados.

A América latina por sua vez, não teve uma implantação real do estado de bem-estar social⁶. Isso porque, em que pese nesta mesma época terem ocorrido a criação de políticas públicas voltada

⁶ Em que pese haver autores que tratem do Estado de bem estar social no Brasil, partilhamos da ideia de que este estágio não ocorreu no país uma vez que o Brasil não demonstrou de forma plena a aplicação das políticas sociais deixando, em grande parte das vezes de atuar na esfera social na forma de Estado Providencia deixando a atuação a cargo da Sociedade Providencia.

para populações vulnerabilizadas, é possível se notar diferenças entre os sistemas – principalmente pela grande variabilidade cultural, histórica e de implantação do modelo capitalista de cada local estudado. É fato que surgem nesse período os sistemas públicos de saúde e educação, porém sempre com cobertura limitadas, sendo o investimento neste último mais aplicado nas ex-colônias espanholas do que em países que tiveram maior tradição escravista, como o Brasil (DRAIBE e RIESCO, 2011). De acordo com Draibe e Riesco (2011), a implantação na América Latina se deu, na realidade, em um Estado Desenvolvimentista, que implantaria uma política social para o desenvolvimento econômico, assim como foi feito por Bismarck na Alemanha, ao efetivar uma paz social para desenvolver as bases capitalistas (KERSTENETZKY, 2011).⁷

No Brasil, a partir de 1900 os operários são guiados por ideias dos movimentos anarquistas e socialistas europeus e começam a criar os primeiros sindicatos e mobilizações de grande número de greves, culminando em legislações voltadas aos trabalhadores e suas famílias. São exemplos a Lei do Acidente de Trabalho em 1919 e a Lei Eloy Chaves em 1923, esta última nosso Marco da Seguridade Social no Brasil, que cria as Caixas de Aposentadorias e Pensões. (PASTOR; BREVILHERI, 2009).

Após o Golpe Militar de 1964, as grandes empresas, nacionais e estrangeiras, foram grandemente beneficiadas, e os salários da população reduzidos - tudo isso devido a articulação do governo com grupos dominantes, promovendo assim, uma grande modernização econômica do país (PASTOR; BREVILHERI, 2009). Nas décadas seguintes, de 70 e 80, o padrão das intervenções se enquadram nesta linha de raciocínio, mostrando-nos a realidade excludente e autoritária da época, que eram a prestação de serviços precários, pagamento reduzido dos valores de benefício e o esgotamento das conquistas, como a representação do interesse do trabalhador que foi transferida para dentro da máquina do Estado. Isso fica nítido na renda dos cidadãos se pegarmos como exemplo o pagamento de benefícios; de quase 5,6 milhões de aposentados em 1989, 3,4 milhões ganhavam até um salário mínimo por mês, enquanto meio milhão recebia mais de cinco salários (PEDROSA, 1991).

Nesta mesma época, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, a saúde teve uma política de beneficiar o setor privado, assim como a ênfase na prática médico-curativa (SANTOS, 2013). Médici (MÉDICI, 1992a, p.84) relata que na década de 1970, este setor recebeu, do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS)⁸, mais de 70% de todo o valor destinado à

⁷ O modelo Bismarkiano, criado no final do século XIX na Alemanha, se deu como um seguro, por ser dependente de contribuição prévia, com a cobertura de doenças, acidentes de trabalho, invalidez e velhice, sendo seu financiamento vindo por parte do trabalhador e do empregador, restringindo seu alcance a apenas aqueles. O modelo Beveridgiano, criado em 1942 na Inglaterra, se mostra mais abrangente, garantindo direitos a todos as pessoas, não sendo mais um seguro por ser financiado por meio de impostos pagos por todos. (MARTINS, 2015).

⁸ O Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) foi criado em 1984 com o intuito de destinar recursos arrecadados pelas loterias federal e esportiva para o financiamento da rede privada e pública, dividido o montante em 30% e 70%, respectivamente, como proposta inicial (MÉDICI, 1992a).

saúde, a título de empréstimo com prazos longos e taxas de juros subsidiadas. Ao mesmo tempo temos uma recessão econômica dando abertura a criação de movimentos sociais diversos, obrigando o Estado a propor mudanças, dentre elas no sistema de saúde, para acalmar tais manifestações, porém o sistema continuou a beneficiar o setor privado. Assim a questão saúde foi ganhando cada vez mais importância e gerando diversas manifestações por melhores serviços e condições de saneamento básico, culminando ao final na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição Federal de 1988, com sua visão de universalidade, integralidade, equidade e participação social. Porém, na década seguinte, já observamos uma corrente neoliberal no governo e defendidas por agências internacionais, com ideias contrárias a este sistema de saúde, visando a privatização de todo serviço (SANTOS, 2013).

Em 1993 com a criação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), percebemos um outro avanço na discussão das políticas sociais. Isso porque, no campo das políticas redistributivas⁹, transforma-se a seguridade social em direito de todo cidadão e dever do Estado, sendo não contributiva, e buscando emancipação dos indivíduos, criando meios de alcance da satisfação das necessidades básicas através da obtenção dos mínimos para a sobrevivência e da inclusão do cidadão. Ela determina a garantia de acesso aos direitos sociais – educação, saúde, trabalho – e aos mínimos sociais – a condição mínima para a existência. Quando observada essa nomenclatura “mínimo”, temos a ideia de ínfimo, sendo o mínimo social algo que beira à quase ou nenhuma proteção social. (YWATA; MORCIELI; SANTOS, 2004)

Seguindo esta linha de raciocínio, e o crescimento da corrente neoliberal da época da criação desta instituição, a criação teórica de mínimos abrangentes levariam o indivíduo além das condições apenas de sobrevivência, algo bem diferente ao que é pedido pela realidade. Significa na prática garantir apenas os chamados mínimos sociais, garantia essa que não propiciam inclusão - mesmo que atendam pressupostos formais da legislação vigente - uma vez que acabam promovendo o sucateamento dos direitos sociais e não entregam serviços com qualidade e gratuidade para a população de maneira equânime, transformando-os em mercadoria nas mãos da iniciativa privada¹⁰(YWATA; MORCIELI; SANTOS, 2004).

Quando levamos em consideração todo o processo de criação do Estado e de como se formou o sistema público de saúde brasileiro, vemos o descaso governamental em solucionar os problemas

⁹ Enquanto uma política distributiva se vale de uma ação que beneficia uma parte específica da sociedade e recai sobre toda a sociedade. Na política redistributiva temos esta ação sendo mais onerosa para a uma parcela específica da sociedade e em benefício de outra. Na mesma linha segue a política regulatória, que recai sobre toda a sociedade, mas tem efeitos individuais, beneficiando e desfavorecendo indivíduos específicos. (LIMONTI; PERES; CALDAS, 2014)

¹⁰ Por esse motivo, busca-se trabalhar a ideia de “básico social”, a partir da qual se enxerga o esforço para a criação de um sistema de qualidade e no qual estejam contempladas todas as reais necessidades dos sujeitos.

da parcela mais necessitada por meio de políticas públicas, utilizando-as apenas para apaziguar os ânimos de uma população mobilizada e descontente. Podemos notar também a ênfase na medicina curativa em detrimento da preventiva, pois, como ressalta Médici (1992b), ela se mostra como uma área em que indústrias e empresas médicas apresentam sempre novidades lucrativas.

Desta forma, o que se vê é o paciente do serviço público desamparado pelo Estado, com um sistema de saúde comprometido e com a iniciativa privada não impedindo seu adoecimento devido a interesses financeiros, necessitando então, ele próprio adquirir conhecimento para manter sua saúde e autonomia no intuito de conseguir participar e ser sujeito em seu tratamento, tendo conhecimento de seus direitos e deveres quando inserido no sistema público de saúde, o que justifica assim o seu processo de empoderamento.

3. O EMPODERAMENTO E O INDIVÍDUO

Rappaport (1981) nos fala que a ideia de empoderamento enseja duas ações para se verificar: a observação da pessoa, com o entendimento de como ela consegue lidar com seus problemas diários para entendê-los e a interligação deste conhecimento para gerar soluções em forma de programas e políticas sociais que entreguem a essas pessoas o controle sobre suas próprias vidas. O autor define então, a melhora da possibilidade da pessoa de decidir sobre sua própria vida como o objetivo do empoderamento, defendendo que isto é uma necessidade inerente de todo ser humano, mesmo para o mais disfuncional.

O Glossário Social de Schiavo e Moreira (SCHIAVO; MOREIRA, 2004) complementa explicando que empoderamento é o “Processo pelo qual um indivíduo, um grupo social ou uma instituição adquire autonomia para realizar, por si, as ações e mudanças necessárias ao seu crescimento e desenvolvimento pessoal e social numa determinada área ou tema”.

Paulo Freire (1987) ao falar sobre a relação da pedagogia com a criação de um indivíduo livre e consciente, defende que para isto ocorrer é necessário o reconhecimento - como um ato de “conhecer novamente” - de seu ambiente e da situação que se encontra, sendo esta de opressão e desumanização. Apenas com uma educação criada pelo oprimido e para o oprimido, com uma perspectiva de educação derivada diretamente de seu mundo, sua condição pode então ser mudada, porém não deve ser desvirtuada virando apenas uma inversão de papéis entre oprimido-opressor, mas precisa ser a busca da liberdade e humanização do sistema em que se encontram.

Carvalho (2013) ao analisar em seu trabalho diversos autores, também nos remonta a ideia de Projeto do Empoderamento¹¹, sendo que “O Banco Mundial apresenta o ‘empoderamento’ como um processo que reforça a capacidade de indivíduos e grupos fazerem escolhas, de modo a transformá-las em ações e resultados almejados ” (CARVALHO, 2013, p. 75). A autora expõe que a linha de raciocínio do Banco Mundial culpabiliza o sujeito em situação de pobreza, dando a entender que sua condição é derivada apenas de falta de ação, e desconsiderando todas as variáveis sociais, tendendo às ideias liberais. A autora nos mostra também como se forma o raciocínio de empoderamento desta instituição no livro “*Empoderamento e redução da pobreza: uma coletânea*” que definiu que o “[...] ‘empoderamento’ é o processo de aumentar os meios e capacidades dos indivíduos ou grupos para fazer escolhas intencionais e transformar essas escolhas nas ações e nos resultados pretendidos” (apud CARVALHO, 2013, p.76). Assim nos remete novamente as ideias liberais, tratando de liberdade de escolha e se alienando da realidade de oportunidades e alternativas reais dependentes da situação socioeconômica do indivíduo.

Esta forma de definir empoderamento acaba por servir apenas ao capital, incumbindo ao sujeito toda a culpa e desresponsabilizando o setor público e o privado, e ainda por cima, dizendo que a única maneira de escapar de seu ciclo de pobreza é submeter-se àquele conceito de empoderamento (CARVALHO, 2013).

A visão Vasconcelos (apud CARVALHO, 2013) sobre este assunto e aplicando-o à saúde mental, também é abordada por Carvalho (2013). Ao mesmo tempo em que o autor enfatiza a necessidade no empoderamento do paciente, da capacidade do “cuidado de si”, desenvolvendo a individualidade e a autonomia do mesmo, remonta também a “defesa de direitos”, preocupado com a desresponsabilização do Estado frente a este indivíduo emancipado, até porque, o autor nos fala que as diferentes visões de empoderamento podem levar, dependendo da linha de pensamento, ao menor investimento em programas sociais.

Vasconcelos (apud CARVALHO, 2013), aborda de forma conjunta o conceito de “participação no sistema de saúde/saúde mental e militância social mais ampla”¹² sendo que Carvalho nos expõe que se trata de uma participação cidadã, com a população aliada a entidades, como organizações não governamentais (ONGs), sendo de extrema importância para alcançar seus ideais.

¹¹ Carvalho (2013, p.13) define o Projeto do Empoderamento como “um *projeto* com funcionalidade *econômica* e *política*, cujo conteúdo reatualiza seus princípios liberais originários e mobiliza as diretrizes neoliberais e neodesenvolvimentistas evidenciadas nos documentos do *Banco Mundial* – o que acaba por favorecer os atuais mecanismos do grande capital de enfraquecimento do *poder dos trabalhadores* e apaziguamento da luta de classes.” (Grifos da autora)

¹² Vasconcelos nos explica que esta participação e militância pode ocorrer em variadas formas e lugares, sendo a inserção do sujeito na participação em conselhos de saúde, em projetos de pesquisa e melhoramento de serviço, através de associações e ONGs , e diretamente na política (VASCONCELOS, 2007)

Tal ligação entre a população e ONGs preocupa Carvalho(2013), sendo bem expressa quando a autora analisa a concepção de empoderamento de Gohn. Principalmente porque a segunda acredita que estas organizações têm contribuído para o empoderamento e ajudado na participação da sociedade na gestão pública, sendo criticada por Carvalho por ser um mecanismo neoliberal, nos remetendo a um processo de privatização, visto que luta por interesses privados, mesmo sendo financiadas por recursos da União e do Estado (CARVALHO, 2013).

Quando abordamos o empoderamento como um atributo de melhoramento do sujeito, sua condução nos leva a ideia de construção de um sujeito que é capaz de realizar escolhas por si mesmo, alcançando assim as metas traçadas como importante por ele próprio, levando em conta suas experiências, seus costumes, sua situação social. Sendo assim, para o processo de empoderamento ocorrer, o indivíduo necessita adquirir o conhecimento para conseguir ser seu próprio juiz quando for necessária a realização dos custos e benefícios de suas ações e escolhas. (FESTE; ANDERSON, 1995), porém, como já foi exposto, é importante lembrar que nem todos apresentam as mesmas liberdades de escolha e possibilidades de ação.

Por outro lado, o conhecimento faz com que o indivíduo desenvolva suas habilidades sociais e de comunicação, e capacidade de resolução de problemas. Fest e Anderson (1995) nos fala que, independentemente do tipo de material educativo utilizado para o empoderamento do indivíduo, eles são apenas métodos de aprendizado e que ele é, na realidade, advindo da experiência pessoal e da vivência desse conhecimento recebido.

Quando levamos esta discussão para o campo da saúde vemos que uma boa aderência à utilização da medicação e dos cuidados necessários com sua doença, principalmente dos portadores de doenças crônicas, tem alcançado um melhor resultado na saúde do paciente ou no controle da enfermidade quando leva em conta esta perspectiva de empoderamento – qual seja, a perspectiva de autonomia e emancipação. Isso porque, se o programa de educação está orientado apenas para a obediência e deixa de ser uma ferramenta de empoderamento, cria-se no paciente uma situação de dependência do serviço de saúde e seus profissionais, já que não é dado ao paciente o direito de escolhas para com o próprio corpo (FESTE; ANDERSON, 1995).

Fest e Anderson (1995) nos apresenta sete tópicos de trabalho para o empoderamento do enfermo, derivado da educação. No *Well-Being* (Estado de conforto¹³), ele nos mostra que, o paciente, quando inserido em uma situação confortável, consegue analisar mais precisamente seus valores, metas e necessidades. A primeira delas é a autoimagem do indivíduo, influenciadora de seus comportamentos e atitudes e por isso se trabalha com o paciente na autoavaliação, descobrindo como

¹³ Tradução nossa

chegou a ela e como é possível modificá-la, se assim desejado. A motivação, por sua vez, expressa as forças externas e internas ao indivíduo, que norteiam suas ações, que quando identificadas pelo paciente faz com que consiga ter melhor controle de suas ações. Outro fator trazido pelo autor é a adaptabilidade uma vez ser de grande relevância a moldagem do indivíduo para superar as barreiras impostas pela doença, com todas suas limitações, sem perder sua qualidade de vida. Da mesma forma a gestão do estresse, é visto como a exploração de onde se origina o estresse, advindo da enfermidade ou do próprio dia-a-dia, e como se lida com ele, podendo então encontrar novos métodos de enfrentamento. Por fim são tratadas a resolução de problemas e o suporte, sendo o primeiro um passo-a-passo prático e uma superação das dificuldades encontradas no decorrer da enfermidade e da vida, colocando a doença como um dos muitos problemas que encontramos enquanto vivemos e o último, com o paciente analisando o que isto significa para ele, de quem ele quer esta ajuda, o que quer, e como devem fazer para obtê-lo.

4. O EMPODERAMENTO E SEUS REFLEXOS NA SAÚDE COLETIVA

Andrade (2015) nos mostra que o financiamento de projetos de empoderamento pelo setor público ainda está muito atrelado a apenas duas vertentes: ao incentivo a atividade física e à prevenção de violência. Sem diminuir a importância destas duas frentes, a autora nos apresenta que é possível se utilizar de um grande número de frentes de trabalho e que todas se interligam em uma trama, criando um fluxo contínuo de poder, não tendo espaço para a fragmentação do conhecimento, propondo dessa forma uma abordagem holística. Ainda conforme a mesma autora, o próprio poder público é um empecilho para o empoderamento da população que, ao não se sentir representada e ver projetos frustrados, se sentem impotentes.

Porém, uma sociedade já empoderada consegue fazer com que uma mudança de governo não desfaça suas conquistas por meio de uma forte participação social, levando a um ciclo de confiança e participação (ANDRADE, 2015), impedindo dessa maneira a volubilidade da politicagem.

Ainda se tratando de participação social influenciando no tratamento do paciente, vemos em Taddeo (TADDEO *et al*, 2012) que o empoderamento não deve ser mantido apenas a nível da saúde, mas deve se estender a todas as ações da sociedade uma vez que, conforme demonstrado em seu estudo, o maior obstáculo para a população em conseguir atendimento médico não residia dentro da unidade básica, mas sim na dificuldade de locomoção dos doentes por falta de um efetivo transporte público. Por outro lado, Vasconcelos (2007) nos alerta a respeito do uso apenas das militâncias e da política direta pois, se isso ocorre, acaba distanciando os líderes do resto da população – e

principalmente por que este meio de empoderamento não está disponível a todos, pois depende de disponibilidade e condições favoráveis de saúde para a sua participação.

Andrade (2015) relata ainda a experiência de empoderamento sendo levada a cabo por próprios sujeitos integrantes da comunidade, como a criação de Associações promovendo eventos e a ocupação de espaços públicos, como praças e parques. Esta última ação desmitifica a utilização destes espaços apenas por pessoas de má índole, levando ao indivíduo o conhecimento de locais para seu lazer, esporte, e interação social, trazendo assim melhores condições de vida, além de fazê-lo cobrar das autoridades competentes melhores cuidados com estes espaços quando assim se faz necessário.

Contudo, se nos voltarmos para a relação profissional-usuário, é notável ainda uma visão estratificada em que o agente de saúde revela o caminho a ser trilhado para o indivíduo, mostrando que é necessário a mudança de sua realidade para alcançar a saúde (ANDRADE, 2015). Contudo, é importante ressaltar que, para ocorrer o empoderamento do paciente, faz-se necessário mostrar que a mudança em seu panorama possui uma característica mais individual, o que significa que o que se vislumbra não é uma vida guiada, mas sim, a disponibilidade de ferramentas necessárias para esta construção, fatores que produzirão à sua própria maneira, o cuidado necessário para o manutenção de sua saúde

Na prática, vemos que nem sempre a relação profissional-usuário se dá de maneira libertadora, existindo uma barreira de interação criada pelo trabalhador da saúde que impede o esclarecimento de dúvidas e a explicação dos procedimentos a serem realizados. Tal obstáculo se dá pela falta de diálogo e a renovação preestabelecida das receitas, fazendo com que o paciente não possa expressar suas necessidades e anseios, ou negociar tratamentos (TADDEO *et al*, 2012). O grande causador disto é a estratificação do conhecimento, com a ideia de que a informação é passada por um especialista, “detentor do saber para o inculto”, gerando uma ação autoritária, sendo seu principal autor o profissional médico (STOTZ; ARAUJO, 2004).

Maragno (2011) nos mostra que isso pode ser diferente ao trazer, em seu trabalho com grupos de pacientes com doenças crônicas, um bom resultado. A autora relata a riqueza de troca de experiências entre os participantes que, mesmo leigos, incentivavam uns aos outros ao uso correto dos medicamentos baseando-se em experiências próprias, relatando melhoras de sintomas e aumento de qualidade de vida. O grupo trouxe aos indivíduos a partilha de anseios, dúvidas e métodos de enfrentamento, fazendo com que notassem como poderiam superar as barreiras encontradas no dia-a-dia e perceber quais métodos já aplicados não estavam funcionando corretamente. Ao final de sua pesquisa o autor notou que os principais problemas do paciente em controlar a doença residiam nas baixas condições financeiras para aquisição de medicamento e a falta de conhecimento de sua doença e seus direitos, e por parte da instituição, encontrou relevância no sucateamento do setor público e na

falta de preparo dos profissionais em lidar com o indivíduo por inteiro e não somente com sua patologia.

Cunha (2010) vai ao encontro desta mesma ideia, analisando o efeito de grupos de pacientes, fazendo um círculo dialógico, com levantamento espontâneo dos tópicos, podendo assim, cada um, expressar suas necessidades, sendo apenas guiados pelos profissionais. A autora conclui que este modo de compartilhamento de vivência e conhecimento possibilita o início do processo de empoderamento coletivo. Isto porque, neste contexto, os pacientes tomam conhecimento de situações limite, que seriam situações que estavam, ou não, conscientes de que existiam e devem ser superadas, para então terem o anseio de moldar sua realidade o mais próximo das suas expectativas. Quando abordamos a saúde do paciente, vemos que muitas vezes a condição que se quer chegar engloba a boa capacitação dos profissionais que prestam o atendimento e um serviço que seja de qualidade e apresente alta resolubilidade (CUNHA, 2010).

Outro exemplo relevante é o trazido por Miranda e colaboradores, (2016) quando esta relata o trabalho realizado com pacientes portadores de fibromialgia. Utilizando a prática de grupos e um instrumento de avaliação do conhecimento dos indivíduos sobre a sua doença, atividade física, alimentação, e outros tópicos, no início e no final do projeto, a autora conseguiu objetivamente um resultado positivo, mostrando melhora no saber dos participantes. Além da avaliação, Miranda relata que a prática dialógica levou a um ambiente de reflexão, introspecção, e autocuidado. Os pacientes, a partir deste local amistoso de diálogo, conseguiram buscar apoio um no outro diante do problema que os unia, alcançando assim melhores estratégias de enfrentamento aos problemas criados pela enfermidade, melhoria no seu autocuidado, na relação familiar e na saúde em geral. Desta maneira os que antes eram “apenas indivíduos” passam agora à categoria de sujeitos uma vez que desenvolveram as habilidades pessoais e sociais para lidarem com seus problemas, conseguindo gerir melhor a sua vida, assim como ajudou no crescimento profissional e pessoal do grupo multidisciplinar envolvido.

Esta visão de grupo também se aplica fora do âmbito do sistema de saúde. Conforme nos explica Diba(2012) que a vivência em grupo voltado a cultura e as artes, como a teatral estudada por ela, causa uma mudança significativas na visão de mundo dos integrantes. É notável a criação de vínculos, com novas amizades, em um ambiente de troca de experiências e poderes, criando uma rede de suporte para estes sujeitos. Temos, também, a mudança da mentalidade individualista e consumista, extremamente impregnada em nossa sociedade, para algo mais coletivista, devido a este contato com as ideias e sentimentos do outro, agregando vivências diferentes a sua vida. E por fim, temos a troca e disseminação do conhecimento que, ainda de maior impacto no objeto de estudo de Diba, se passa de um integrante para outro durante as produções, e depois para o público final (DIBA, 2012).

Ao agrupar todas estas mudanças realizadas (mesmo fora da área da saúde), temos que o empoderamento pode ser revertido para ações dentro da saúde, pois além de promover a disseminação de conhecimento na sociedade, pode ainda contribuir para a promoção da saúde da população que influencia, uma vez que o processo de tomada de poder pelo indivíduo é, como já falado antes, uma trama, com um fluxo entre todas as frentes de trabalho.

Cotta e colaboradores (2013) nos mostram o outro lado do processo de educação, como uma forma de introspecção dos profissionais para o seu empoderamento, ao apresenta-los a uma situação cotidiana do seu trabalho dentro do sistema de saúde, e pedir por resoluções e superações. O autor, assim, instiga a autocritica dos trabalhadores, trazendo à tona discussões não realizadas na pressa da rotina e reconstruindo antigos conceitos.

Seguindo esta linha de raciocínio, Ocloo e Matthews (2016) nos falam que os profissionais devem ter melhor treinamento e suporte organizacional para sair da ação apenas superficial e realmente compartilhar poder e promover possibilidade de decisão ao paciente, promovendo empoderamento e ajudando moldar o sistema de saúde conforme a necessidade dos usuários. O profissional utilizador de uma metodologia empoderadora consegue, então, atingir o indivíduo e aumentar sua capacidade de cuidado com a própria saúde, criar um sistema de decisão conjunta, e encorajar os pacientes a questionarem mais, oferecendo, assim, maior acesso a informação e diminuindo a desigualdade na saúde (OCLOO; MATTHEWS, 2016)

Um exemplo que merece ser citado como um grande avanço do setor público no empoderamento dos usuários do SUS, foi a criação do Programa Saúde da Família (PSF), sendo este uma reorganização de todo o sistema de tratamento dos doentes. A partir deste programa, passamos a realizar uma nova abordagem, centrada na atenção básica, indo além da cura, adentrando nas áreas de prevenção e promoção, tanto individual como coletivamente. Sendo assim temos a saída lenta do modelo biomédico, e a introdução da intersetorialidade, o incentivo a uma cultura de grupo, e a educação do indivíduo no sentido de conseguir pesar o que é melhor para sua própria saúde (MARTINS *et al*, 2009).

Contrastando com resultados obtidos e concordando com as críticas aos profissionais, vemos que hoje temos uma população mal esclarecida e de ideias deturpadas sobre o sistema de saúde. Martins e colaboradores (2011) nos mostram que quase 20% de sua população estudada, usuários do PSF, acreditavam que o SUS é para a utilização da população pobre, cerca de 23% acreditavam que não utilizavam o SUS, 64% ainda mantinham uma visão de atendimento baseada no modelo biomédico, e apenas 16,8% notavam a importância do PSF para o modelo de saúde voltado para o paciente e suas necessidades. Tais afirmações apenas ratificam a importância deste e dos trabalhos

anteriormente citados para o esclarecimento e educação da população, aprimorando sua visão sobre a doença, o sistema e situações de protagonismo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade do empoderamento dos indivíduos, quando observado todo o contexto histórico da criação das políticas públicas, deve ser considerada como fundamental para a luta por um sistema público mais eficiente. Durante os séculos tivemos a criação de inúmeras frentes políticas que se diziam a favor da população desfavorecida, mas que não beneficiaram sua qualidade de vida. Na *Poor Law* tivemos um sistema de exclusão dos pobres nas *Workhouses*, com uma provisão tão deficitária de rações que beirava um projeto de extermínio. Com a introdução do *Welfare state*, passou-se a ter uma cobertura relativamente melhor dos sistemas, abrangendo moradia, educação, saúde e outros setores, porém nem no seu país de origem – e muito menos na América Latina - é notado um investimento que condiz com a necessidade real, tudo isto causado pelas ideias neoliberais de se transformar estes serviços em mercadoria.

Um exemplo é o Sistema Único de Saúde (SUS), que embora sucateado busca investir na prevenção de doenças e promoção da saúde, enquanto o setor privado se volta apenas para o tratamento e/ou cura, não se importando com a prevenção e promoção da sanidade. Isto ocorre porque as novidades lucrativas apenas surgem quando falamos do tratamento do doente, não sendo rentável impedir o adoecimento deste. E é diante de um Estado que não supre a necessidade mínima do indivíduo e de uma iniciativa privada que lucra com a sua doença, vemos a necessidade do empoderamento para que seja possível ao sujeito, *de per se*, escolher como será sua vida - na medida do que é possível para a sua realidade – e lutar por um melhor serviço de saúde gratuito.

Quando falamos em empoderamento, notamos que há a concordância entre os autores de que ele traz às pessoas uma nova visão do seu mundo, visão esta mais questionadora, que proporciona uma maior liberdade de escolha e noção de seus direitos e deveres. Temos que pensar então nas duas dimensões de empoderamento que por sua vez se encontram interligadas: o individual, em que o sujeito tem sua autonomia garantida e a coletiva, fazendo com que ele, mesmo consiga lidar com seus problemas, cobre medidas governamentais para mudar a sociedade a sua volta, não caindo contudo em um empoderamento que culpabilize o indivíduo por seu fracasso, esquecendo a parcela que recai sobre a sociedade desigual e ao estado displicente.

Na esfera da nos deparamos com muitas respostas de empoderamento em pacientes que, mesmo com resultados normalmente subjetivos, concordam que uma educação de cunho libertador, principalmente quando aplicada em grupos, tem grande resultado na melhoria da saúde da população.

Observamos que o empoderamento da população leva a um clima de confiança entre o paciente e o profissional, quebrando uma barreira de comunicação, possibilitando o esclarecimento de dúvidas e uma melhor compreensão de sua patologia.

Dentro dos grupos dialógicos há a criação de uma rede de apoio, mostrando aos pacientes que eles não estão sozinhos com seus problemas criando-se uma ajuda mútua em como lidar com as adversidades. Assim, quando é formado o sentimento de coletividade diante do problema, cria-se, talvez um dos aspectos mais importantes: o desejo de mudança e melhoria do sistema de saúde em que está inserido, havendo a formação de assembleias que lutam pelos direitos, que agora começam a ser conhecidos.

Notou-se que para a efetividade de uma educação em saúde voltada para a autonomia e liberdade do paciente, é necessária a mudança da forma de agir e pensar dos profissionais, sendo as mais importantes a diminuição da estratificação do conhecimento, chegando, assim, mais próximo ao paciente, o conhecimento da realidade destes indivíduos, e a mudança do modelo biomédico para um trabalho multidisciplinar.

Entendemos então que a grande maioria dos pacientes ainda apresentam ideias errôneas sobre seu processo de saúde-doença e de como o sistema funciona, que o estado não investe o necessário e corretamente nas políticas públicas, e o sistema privado não se interessa pela real necessidade de seus consumidores. Sendo assim, é necessário que os profissionais de saúde se dediquem ao empoderamento de seus pacientes e de si mesmos, para poderem ultrapassar tais barreiras e conquistar um sistema de saúde eficiente e humano.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Elisabete Agrela de. **As tramas do empoderamento: o termo empoderamento em ações de promoção da saúde na gestão pública de saúde sob a perspectiva dos sujeitos**. 2015. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/T.6.2015.tde-23072015-114955. Acesso em: 2017-01-14.

ARRETCHE, Marta T S. **Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas**. São Paulo: Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB), v. 39, p. 3-40, 1995.

AURELIO, Daniel Rodrigues. **O animal político**. Revista Filosofia. Disponível em <<http://filosofia.uol.com.br/filosofia/ideologia-sabedoria/23/o-animal-politico-para-aristoteles-o-homem-e-um-178984-1.asp>>. Acesso em 14/10/2016.

CARVALHO, Ivy Ana. **O fetiche do "empoderamento": do "conceito" ideológico ao projeto político-econômico**. 2013. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. **Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós?**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro: v.18, n.1, p.171-179, Jan. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100018&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100018>.

CUNHA, Regina Ribeiro. **Educação libertadora como possibilidade de empowerment de pessoas estomizadas: desafio ao cuidado de enfermagem**, 2010. Tese (Doutorado em enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

DIBA, Denise. **De ponto de drogas à Ponto de Cultura: juventude, teatro e promoção da saúde** - o grupo Pombas Urbanas em Cidade Tiradentes. 2012. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/D.5.2012.tde-25102012-164958. Acesso em 14 jan. 2017.

DRAIBE, Sonia M; RIESCO, Manuel. **Estados de Bem-Estar Social e estratégias de desenvolvimento na América Latina**. Um novo desenvolvimentismo em gestação? Porto Alegre: Sociologias, v.13, n.27, p. 220-54, 2011.

FESTE, Catherine; ANDERSON, Robert M. **Empowerment: from philosophy to practice**. [s.l.]: Patient Educ. Couns., v. 26, p.139-144, 1995.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1987.

HAMLIN, Christopher. **Could You Starve to Death in England in 1839? The Chadwick-Farr Controversy and the Loss of the "Social" in Public Health**. [s.l.]: Am J Public Health, v. 85, n. 6, p. 856-66, 1995.

HARVEY, David. **A brief history of neoliberalism**. Nova Iorque: Oxford University Press, p.2, 2007.

KERSTENETZKY, Celia Lessa. **Welfare State e Desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Dados rev. ciênc. sociais., v.54, n.1, p.129-156, 2011.

LIMONTI, Rogério Machado; PERES, Ursula Dias; CALDAS, Eduardo de lima. **Política de fundos na educação e desigualdades municipais no estado de São Paulo: uma análise a partir das arenas políticas de Lowi**. Rio de Janeiro: Rev. Adm. Pública, v.48, n.2, p.389-409, mar./abr. 2014.

MARAGNO, Soraya Baião. **Adesão de mulheres idosas aos cuidados e tratamento do diabetes mellitus**. 2011. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MARSHALL, Thomas Humphrey. **Cidadania, classe social e Status**. São Paulo: Urupês, 1967.

MARTINS, Luis Felipe Lopes. **A regulação da previdência complementar fechada sob a perspectiva da economia comportamental** e a adesão automática como proposta para a mitigação de vieses cognitivos. 2015. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Direito da Regulação) - Fundação Getulio Vargas, Rio de Janeiro.

MARTINS, Poliana Cardoso et al . **Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde:** possibilidades e desafios apresentados ao Programa de Saúde da Família. Rio de Janeiro: Physis, v.19, n.3, p.679-694, 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300007>.

_____. **De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família.** Rio de Janeiro: Ciênc. saúde coletiva, v.16, n.3, p.1933-1942, Mar. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300027>.

MÉDICI, André Cezar. **Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Rev. Adm. públ., v.26, n.2, p.79-115, abr./jun. 1992b.

_____. **Saúde e crise da modernidade** (Caminhos, Fronteiras e Horizontes). São Paulo: Saúde e Sociedade, v.1, n.2, p.49-78, 1992b.

MIRANDA, Nathália Aparecida Costa Guedes et al . **Práxis interdisciplinar de cuidado em grupo de pessoas que vivem com fibromialgia.** Brasília: Rev. Bras. Enferm., v.69, n.6, p.1115-23, dez. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601115&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0279>.

OCLOO, Josephine; MATTHEWS, Rachel. **From tokenism to empowerment: progressing patient and public involvement in healthcare improvement.** [s.l.] : BMJ Qual Saf ;v. 25, p. 626–632, 2016. doi:10.1136/bmjqs-2015-004839

PASTOR, Márcia; BREVILHERI, Eliane Cristina Lopes. **Estado e política social.** Londrina: Serviço Social em revista, v.12, n.1, 2009.

PEDROSA, Ivo Vasconcelos. **Estado e bem-estar no Brasil nos anos setenta e oitenta** [Tese]. Orientador: COUTINHO, Mauricio Chaflin. Campinas: 1991.

RAPPAPORT, Julian. **In Praise of Paradox: A Social Policy of Empowerment Over Prevention.** [s.l.]: American Journal of Community Psychology, v. 9, n.1, 1981.

ROUSSEAU, Jean-jaques. **Do contrato social.** [s.l.]: eBooksBrasil, 2002.

SANTOS, Marta Alves. **Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos.** Florianópolis: Rev. katálysis, v.16, n.2, p.233-40, Dec. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802013000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 5 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802013000200009>.

SCHIAVO, Márcio Ruiz; MOREIRA, Eliesio N. **Glossário Social.** Rio de Janeiro: Comunicarte, 2004

SPICKER, Paul. **Poverty and the welfare state:** Dispelling the myths. London: Catalyst, 2002.

STOTZ, Eduardo Navarro; ARAUJO, José Wellington Gomes. **Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso.** São Paulo: Saude soc., v.13, n.2, p.5-19, Ago. 2004.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 Jan. 2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000200002>.

TADDEO, Patricia da Silva et al . **Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas.** Rio de Janeiro: Ciênc. saúde coletiva, v.17, n.11, p.2923-30, Nov. 2012.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 Jan. 2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100009>.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Dispositivos Associativos e luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil.** Natal: Revista Vivência (CCHLA-UFRN), n. 32, p. 173-206, 2007

VILALBA, Hélio Garone. **O contrato social de Jean-Jacques Rousseau: uma análise para além dos conceitos.** Marília: Filogenese, v.6, n.2, p.63-76, 2013

WEBER, Max. **Ensaio de Sociologia.** 5ªed. Rio de Janeiro: LTC, 1982.

YWATA, Suzana Yuriko;MORCIELI, Marta Regina; SANTOS, Gisele Neto Souza. **Mínimos sociais:** uma questão contemporânea em debate. 2004. Monografia (Conclusão de Curso para obtenção do Grau de Bacharel em Serviço Social) - Faculdades Integradas“Antônio Eufrásio de Toledo”, Presidente Prudente.