

Estratégias de empoderamento em saúde: diálogo entre o Plano Municipal e o relatório da Conferência de Saúde

Strategies of health empowerment: dialogue between the Municipal Plan and the Health Conference report

Estrategias de potenciación de la salud: diálogo entre el Plan Municipal y el informe de la Conferencia de la Salud

Paulo Roberto Lima Falcão do Vale¹Diego Rangel dos Anjos Prata²
Camila Oliveira Araújo³Maricarla Barbosa Cordeiro⁴ Ângela
Cristina Fagundes Goês⁵

Resumo

O termo empoderamento pode ser compreendido como um processo de emancipação dos sujeitos, norteado por características essenciais de autonomia, protagonismo e responsabilização, despertadas quando determinado evento possa representar algum risco aos sujeitos individuais ou coletivos, que induza a busca por redução das iniquidades sociais. O estudo objetiva compreender o diálogo entre o Plano Municipal de Saúde e o relatório final de uma Conferência Municipal de Saúde, enquanto documentos norteadores das estratégias de empoderamento. Este estudo tem caráter qualitativo e usou-se a metodologia de análise documental de dados secundários. As estratégias contidas no plano buscam fortalecer a Construção de Políticas Públicas Saudáveis e Reorganizar os Serviços de Saúde. As estratégias contidas no relatório da conferência creditam melhor potencial empoderador devido à interação entre os sujeitos, à intersubjetividade e a busca pela transformação nas relações de poder. Apontou-se a paridade como a principal característica que pode justificar a divergência na correlação entre os documentos.

Descritores: Poder; Participação Social; Planejamento em Saúde; Conferência de Saúde; Gestão em Saúde.

Abstract

The term empowerment can be understood as a process of emancipation of the subjects, guided by essential characteristics of autonomy, protagonism and accountability, that arise when events may represent some sort of risk to individual or collective subjects, inducing the reduction of social inequities. The study aims to understand the dialogue between the Municipal Health Plan and the report of a Municipal Health Conference as guiding documents of empowerment strategies. This is a qualitative study that used documental analysis of secondary data. The strategies contained in the plan seek to strengthen the Building Healthy Public Policies and Reorganize Health Services. The strategies comprised in the conference report credit better empowering potential to the interaction between subjects, intersubjectivity, and seek to transform power relations. We point parity as the main feature that can justify the difference in the dialogue between the documents.

Keywords: Power; Social Participation; Health Planning; Health Conferences; Health Management.

Resumen

El término empoderamiento puede ser entendido como un proceso de emancipación de los sujetos, guiada por las características esenciales de la autonomía, el liderazgo y la

rendición de cuentas, despertado cuando cierto evento puede suponer algún riesgo hacia los sujetos individuales o colectivos, que induce buscar la reducción de iniquidades sociales. El estudio tiene como objeto comprender el diálogo entre el Plan Municipal de Salud y el informe final de una Conferencia Municipal de Salud, como documentos guía de las estrategias de empoderamiento. Esto es un estudio cualitativo con datos secundarios, operado por el análisis de documentos. Las estrategias contenidas en el plan buscan fortalecer la Construcción de Políticas Públicas Saludables y Reorganizar los Servicios de Salud. Las estrategias contenidas en el informe de la conferencia acreditan el mejor potencial de empoderamiento a la interacción entre los sujetos, la intersubjetividad y la demanda para transformar las relaciones de poder. Señalamos la paridad como la principal característica que puede justificar la diferencia en el diálogo entre los documentos.

Descriptor: Poder; Participación Social; Planificación en Salud; Conferencias de Salud; Gestión en Salud.

Introdução

O processo de empoderamento tem como fim a emancipação dos indivíduos, mediante a promoção da autonomia e alcance de medidas terapêuticas alternativas, independentemente dos recursos didáticos e avaliativos disponíveis. Entende-se empoderamento como um termo multifacetado, dinâmico, que envolve aspectos cognitivos, afetivos e condutivos, a partir de abordagens problematizadoras com ênfase nas dimensões da vida social, cultural, histórica e econômica, considerando os níveis individuais e organizacionais⁽¹⁻²⁾.

Empoderar, do inglês *empowerment*, é um termo utilizado há certo tempo nos campos da política e sociologia, datando as primeiras aplicações da década de 1960. Diante da polissemia do termo, adota-se neste estudo a concepção de empoderamento como um processo de emancipação dos sujeitos, norteado por características essenciais de autonomia, protagonismo e responsabilização, despertado quando determinado evento possa representar algum risco, como situações opressoras e discriminatórias para com os sujeitos individuais ou coletivos, que induza a busca por redução das iniquidades sociais⁽¹⁻³⁾.

Ao se pensar em estratégias orientadas pelo princípio da equidade, com condições de reduzir as iniquidades sociais e provocar a participação social, tem-se como marco histórico a Carta de Ottawa, documento produzido durante a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada no Canadá em 1986.

Adotou-se neste estudo a concepção de que todas as estratégias de empoderamento (EdEs) possuem potencial para promover a saúde. Logo, todas as propostas e diretrizes contidas nos documentos foram analisadas a partir do entendimento de promoção da saúde como o conjunto de ações capazes de transformar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, através de contribuições da socioantropologia e da biopolítica⁽⁵⁻⁶⁾.

As EdEs são ferramentas que devem fomentar a educação e a promoção da saúde que, por sua vez, encontram fundamentação teórica em valores como solidariedade, democracia, cidadania, equidade e participação social⁽⁵⁾. Esses termos desenvolvem-se nos seguintes campos de ação propostos pela Carta de Ottawa: desenvolvendo habilidades pessoais (DHP); reforçando a ação comunitária (RAC); construindo políticas públicas saudáveis (CPPS); criando ambientes favoráveis (CAF); reorientação dos serviços de saúde (RSS). Portanto, considera-se que toda EdE pode estar inserida em um campo de ação proposto pela Carta de Ottawa.

O ato de empoderar envolve um processo de conscientização, com desenvolvimento da habilidade pessoal em prol da construção da consciência sanitária crítica, de maneira a considerar as EdEs classificadas no campo de ação DHP como sendo aquelas que reúnem as melhores características potenciais para a emancipação dos sujeitos. Para tanto, “empoderar” emerge da ação social, da capacidade dos sujeitos de interagir com o outro e com o ambiente, das relações entre a historicidade e a experiência de vida singular, construindo uma leitura crítica da realidade e transformações das relações de poder⁽⁷⁻⁸⁾.

O jogo de forças e disputa do poder é perceptível e inerente ao funcionamento dos

órgãos de controle social, como os conselhos e conferências de saúde. Com efeito, as conferências de saúde podem ser compreendidas como a máxima expressão da participação popular⁽⁹⁾.

Associado à relevância da participação social, a gestão do SUS pode ser entendida como um dos elementos prioritários para a efetividade das políticas públicas de saúde. O planejamento deve ser assumido como um processo social, incluindo não apenas dimensões técnicas e políticas, mas investigando contribuições da dimensão simbólica – valores, crenças, costumes – que auxiliam no reconhecimento das necessidades de saúde por parte dos trabalhadores de saúde e usuários⁽¹⁰⁾.

A compreensão de tais dimensões associadas aos aspectos econômicos pode contribuir para o alcance da imagem-objetivo proposto no Plano de Saúde (PS), evitando que o planejamento se caracterize como um mero documento, fruto do cumprimento de exigência legal ou como base para a alocação de recursos⁽¹¹⁾.

Com base nessas reflexões, este estudo busca responder à seguinte questão norteadora: Como se dá o diálogo entre o PS (2014-2017) e o Relatório Final da VI Conferência Municipal de Saúde (RFCMS) de um município da Bahia, enquanto norteadores das EdEs? O objetivo do estudo foi compreender o diálogo entre o Plano de

Saúde (2014-2017) e o Relatório Final da VI Conferência Municipal de Saúde (RFCMS) de um município da Bahia, enquanto documentos norteadores das estratégias de empoderamento.

Analísadores das Estratégias de Empoderamento

Estudos apontam um conjunto de características relevantes para a análise das EdEs^(12,4-8). O primeiro analisador aborda a responsabilização/*accountability* da EdE, definido como a responsabilização dos agentes públicos perante os cidadãos, podendo assumir três modelos: vertical, caracterizando-se por relações de controle e fiscalização de baixo (Sociedade Civil) para cima (Estado) ou vice-versa; horizontal, onde há mutualidade nas relações, havendo autonomia e equilíbrio entre os poderes; societal, desempenhada apenas pela sociedade por meio de mecanismos institucionalizados, como os conselhos e conferências de saúde; ou não institucionalizados, como reivindicações à ouvidoria e manifestações públicas⁽¹²⁾.

A dimensão educativa ou política apresenta-se como o segundo analisador, distinguindo-se de acordo com os propósitos sociais e, conseqüentemente, modificando os objetivos das EdEs⁽⁶⁾. Apesar de corroborar que as dimensões educativa e política são indissociáveis⁽⁷⁾, este estudo apontou as

principais características de cada dimensão para facilitar a análise das EdEs. A dimensão educativa é entendida como toda ação que envolve, prioritariamente, a experiência de vida dos sujeitos e a transformação do saber, de modo a aproximar-se da dialogicidade proposta por Paulo Freire⁽⁸⁾; a dimensão política abrange as EdEs que enfatizam as disputas de poder entre Estado e sociedade civil, com estratégias de articulação política partidária ou não, concentrando recursos financeiros consideráveis e exigindo uma participação social efetiva.

O terceiro analisador faz referência aos diferentes níveis de organização do empoderamento: nível individual, que encontra fundamento na teoria salutogênica de Aaron Antonovsky, considera que as pessoas possuem potencialidades para ganhar conhecimento e controlar as forças pessoais⁽¹³⁾, e se refere às condições de desenvolver habilidades pessoais e comportamentais como resultado da interação relacional com o ambiente e com as pessoas⁽⁷⁾; nível organizacional, busca o fortalecimento de determinada organização através da mobilização participativa de recursos e significa optar por decisões mais coletivas e horizontais nas organizações em termos de desburocratizar para obter melhores resultados na produtividade; nível comunitário, se refere ao momento em que a estrutura das mudanças sociais e a estrutura

sociopolítica estão em foco, envolvendo as pessoas de forma articulada diante de um grupo desfavorecido, em defesa dos seus interesses.

Para complementar a análise, embasado no arcabouço teórico de que as EdEs são ferramentas para a promoção da saúde⁽⁵⁾, o último analisador busca classificar as estratégias de acordo com os campos de ação propostos pela Carta de Ottawa⁽⁴⁾:

- 1) CPPS: se refere a todas as ações diretas e indiretas que envolvem o campo da saúde, abrangendo todas as ações intersetoriais, com abordagens complementares que incluem legislações, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais;
- 2) CAF: compreende as ações que possuem abordagem sociológica da saúde, prioriza a conservação dos recursos naturais, indica que trabalho e lazer devem ser fontes de saúde, atentando para os impactos que os recursos tecnológicos, o trabalho, a produção de energia e a urbanização causam sobre o processo saúde-doença;
- 3) RAC: esse campo de ação diz respeito às ações comunitárias, com fortalecimento do poder na comunidade e domínio dos seus próprios recursos humanos e materiais, requer acesso contínuo a

informações e apoio financeiro e social adequado;

- 4) DHP: acredita-se que as ações devam priorizar o desenvolvimento pessoal e social através da educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais, empoderando os sujeitos para a melhor condução do seu processo saúde-doença;
- 5) RSS: fundamenta suas ações no princípio da integralidade, requer mudança de atitude e organização dos serviços de saúde para focalizar as necessidades globais do sujeito, com respeito às peculiaridades culturais e fortalecimento da promoção da saúde.

Metodologia

Foi realizado um estudo qualitativo a partir de levantamento de dados secundários e análise das estratégias de empoderamento contidas no PS (2014-2017) e no RFCMS do município de Lauro de Freitas – BA, realizada no ano de 2015. O referido município, pertencente à Região Metropolitana de Salvador, possui uma população de 188.013 habitantes, distribuídos em 57 km², resultando em aproximadamente 3.196 habitantes/km².

O acesso ao PS foi possível no endereço eletrônico do Conselho Municipal de Saúde (CMS), disponível em: <https://sites.google.com/site/cmslauro/>. Já o RFCMS foi concedido após envio do termo

de concessão elaborado pelos autores, submetido ao CMS e assinado pelo presidente do referido órgão.

Ressalta-se que o RFCMS disponibilizado aos autores contava com as propostas prioritárias para encaminhamento à etapa estadual da conferência de saúde de 2015. As propostas exclusivamente municipais, apesar de estarem concluídas, compunham o documento final, que ainda estava sendo elaborado pelo CMS e, portanto, indisponível.

Tabela 1 – Matriz de análise das Estratégias de Empoderamento utilizada neste estudo.

Estratégia de Empoderamento	Accountability /Responsabilização	Dimensões		Níveis de Empoderamento			Campo de ação*
		Educativa	Política	Individual	Organizacional	Comunitários	

Durante a análise das EdEs, foram percebidas similaridades entre os campos de ação CPPS e RSS, portanto, a fim de esclarecer e manter a lógica de análise das EdEs, classificou-se como CPPS aquelas que estão intensamente relacionadas à intersetorialidade, assim como aquelas que buscam assegurar a integralidade da assistência foram classificadas como RSS.

De posse dos documentos, foi realizada a leitura exploratória, identificando todas as diretrizes contidas no PS e as propostas inseridas no RFCMS para posterior composição da matriz de análise. Ao pensar na melhor compreensão dos resultados entende-se que os termos “diretriz” e

“proposta” podem ser sinônimos de EdE, sendo assim adotado neste estudo.

Resultados e Discussão

Os resultados encontrados foram organizados em três categorias de análise. A primeira apresenta as EdEs contidas no PS, a segunda traz as EdEs contidas no relatório final da VI Conferência Municipal de Saúde e a terceira, o diálogo entre estes instrumentos de gestão, contemplando as divergências e convergências das EdEs contidas em cada documento.

As estratégias de empoderamento contidas no plano de saúde (2014-2017)

As EdEs contidas no PS do município de Lauro de Freitas (2014-2017), se

aproximam do *accountability* vertical, com desenvolvimento prioritário da dimensão educativa e do nível de organização do tipo organizacional. Quanto ao quarto analisador, algumas EdEs reúnem potencialidade para

fortalecer o campo de ação proposto a Construir Políticas Públicas Saudáveis e Reorganizar os Serviços de Saúde, como apresentado na figura 1, na qual duas EdEs convergem em três analisadores.

Figura 1 – Algumas estratégias de empoderamento contidas no Plano de Saúde do município de Lauro de Freitas (2014-2017) e seus analisadores.



Fonte: Elaboração própria.

A EdE “Implementar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS municipal” se destaca como estratégia que requer maior custo financeiro para sua execução. Essa característica direciona para a responsabilização dos gestores municipais em investir na implementação da assistência farmacêutica, justificando o *accountability* vertical (descendente) da ação do Estado para a sociedade civil, bem como respeitando o princípio da integralidade, de modo a ofertar medicamentos e insumos aos sujeitos a fim de alcançar a reorientação dos serviços de saúde.

Reforçando as potencialidades de um planejamento ascendente, acredita-se que a descentralização do planejamento e do orçamento do SUS para a elaboração do PS assegura uma perspectiva de construção das políticas de saúde a partir das necessidades locais, compreendendo o contexto cultural, econômico, social, histórico, e incluindo as ações interpessoais que também devem compor o PS⁽¹¹⁾.

As diretrizes do PS na perspectiva do *accountability* vertical descendente e com nível de organização do tipo organizacional,

direciona o entendimento de que a gestão municipal pode gozar de autonomia nos processos decisórios, permanecendo a sociedade civil às margens da situação, caracterizando uma gestão pouco transparente e com limites na participação social.

Acredita-se que as EdEs podem apresentar características relevantes para classificá-las tanto na dimensão política quanto na dimensão educativa. Entende-se que todo ato educativo, de transformação do saber, desperta os sujeitos para a melhor compreensão das estratégias e dos posicionamentos políticos adotados pelo Estado⁽⁷⁾.

Para o desenvolvimento das EdEs apresentadas na figura 1 parece fundamental um melhor agir relacional dos trabalhadores de saúde. Não se trata, portanto, do acréscimo de novos serviços, mas de recursos educativos que oportunizem as transformações das práticas de saúde, de modo a garantir o acesso a serviços de qualidade e promover a saúde integral de crianças e adolescentes⁽¹⁴⁾.

Quanto ao nível de organização das EdEs, esta análise foi assumida como a etapa de execução da estratégia – o operacional –, considerando os recursos pedagógicos utilizados e os atores sociais envolvidos.

As EdEs com nível de organização do tipo organizacional foram assim classificadas por estarem condicionadas ao incentivo financeiro e aos documentos legais que

devem ser expedidos pela gestão municipal de saúde, como por exemplo: “[...] implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade”. Tal EdE requer recursos financeiros para ampliar os serviços de atenção à saúde da mulher, tanto na atenção primária quanto em nível secundário e terciário, bem como a publicação de notas técnicas e portarias que direcionem as práticas de saúde.

Os métodos pedagógicos que orientam as EdEs com nível de organização do tipo individual devem se basear no protagonismo dos atores envolvidos, como por exemplo, a EdE: “[...] Interface dos serviços de saúde com instituições públicas e privadas de ensino, visando a troca de experiência na formação de sujeitos que virão a atuar no setor saúde [...]”. A referida estratégia, também classificada como DHP, possui uma interface relevante no protagonismo dos profissionais de saúde⁽³⁾, além de exigir do gestor municipal articulações com entidades públicas e privadas em prol da transformação do saber dos profissionais de saúde.

A análise das EdEs classificadas segundo os campos de ação pode ser visualizada na tabela 2. Aqui cabe apontar a priorização na expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) incluindo as equipes de Saúde Bucal, e a reorganização da Rede de Atenção à Saúde, com ênfase nos serviços de

vigilância à saúde, de urgência e emergência, saúde mental.

na linha de cuidado materno-infantil e de

Tabela 2 – Matriz de análise das EdEs contidas no Plano de Saúde do município de Lauro de Freitas – BA (2014-2017) quanto ao campo de ação.

Estratégias de Empoderamento	Campo de ação*
Reorganização da Atenção Básica em consonância com princípios e diretrizes do SUS e com a Política Nacional de Saúde Bucal [...];	RSS
Garantia da Atenção Integral à Saúde da pessoa idosa [...], com estímulo ao envelhecimento ativo [...];	RSS
Promoção da atenção integral à saúde da mulher e implementação da Rede Cegonha [...];	CPPS
Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências [...], articulada às outras redes de atenção;	CPPS
Fortalecimento da Rede de Saúde Mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas;	CPPS
Implementar a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS municipal;	RSS

Fonte: Elaboração própria.

*A classificação foi realizada de acordo com os campos de ação da promoção da saúde estabelecida na Carta de Ottawa (1986): Construindo políticas públicas saudáveis (CPPS); Criando ambientes favoráveis (CAF); Reorientação dos serviços de saúde (RSS).

As prioridades citadas acima podem ser fundamentais para a CPPS e a RSS, contudo cabe definir a melhor metodologia para a continuidade de um processo de gestão participativa e intersetorial.

As EdEs entendidas como métodos para alcance da RSS, enfatizam, prioritariamente, a integralidade da assistência à saúde, com foco na dimensão micropolítica do processo de trabalho em saúde⁽¹⁵⁾. A EdE intitulada “Garantia da Atenção Integral à Saúde da pessoa idosa [...], com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção” trata da reorientação do modo de agir, tanto dos gestores municipais quanto dos trabalhadores de saúde, transitando do modelo curativista

hegemônico para alcance do modelo em defesa da vida⁽¹⁶⁾.

Entende-se que algumas EdEs pensadas para a RSS requerem um baixo custo financeiro para a sua efetividade, considerando que os saberes dos profissionais de saúde, ao explorarem o uso das tecnologias leves junto aos usuários, podem ser fundamentais para o sucesso da RSS⁽¹⁵⁾.

As EdEs classificadas como CPPS enfatizam a relevância das redes de atenção à saúde temática e primam pela intersetorialidade. Para uma melhor organização e funcionamento eficaz dos serviços de saúde apontados na tabela 2, cabe assegurar ações que envolvam outras áreas da gestão municipal além do setor saúde,

propriamente dito, como a educação, assistência social e segurança pública.

O fortalecimento, aperfeiçoamento e implementação de redes temáticas resulta em mudanças organizacionais dos serviços de saúde que requerem uma análise minuciosa da área populacional a ser beneficiada; da estrutura operacional, envolvendo entre outros aspectos os sistemas logísticos, de informação e de apoio diagnóstico e terapêutico; além do modelo de atenção à saúde adotado pela gestão de saúde. Tais aspectos podem representar intensas articulações políticas, diferentes condutas legislativas e novas instruções normativas por parte dos gestores municipais de saúde.

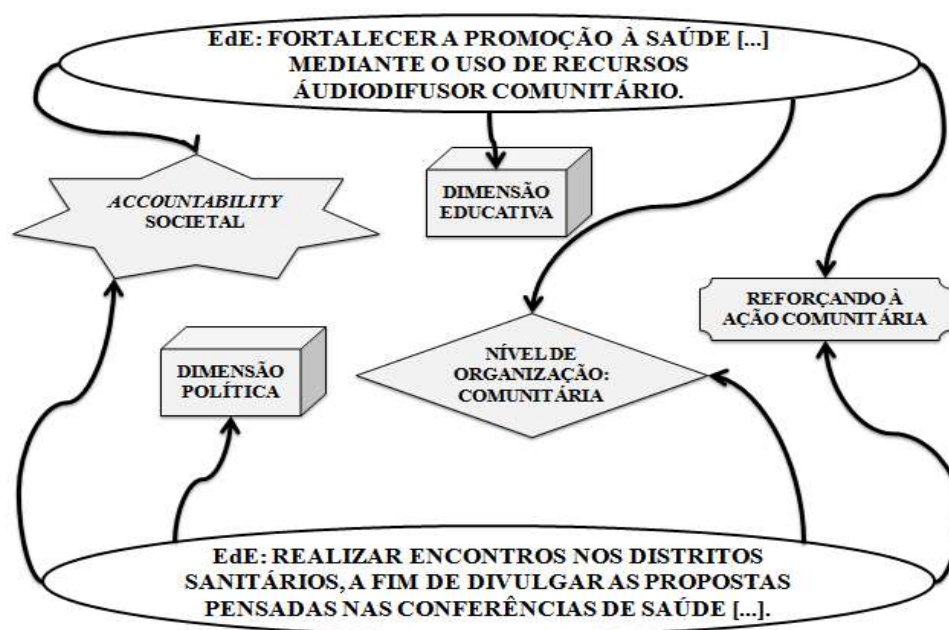
Das quinze EdEs contidas no PS (2014-2017), destaca-se que nenhuma foi classificada como *accountability* societal e apenas uma inserida no campo de ação RAC, resultados que evidenciam a restrita

abrangência do PS, limitando-o a ações com elevada responsabilidade do poder executivo e pouca indução das ações que priorizem os usuários como protagonistas e atores transformadores, corresponsáveis pela situação de saúde de determinada comunidade.

O relatório final da VI Conferência Municipal de Saúde e suas estratégias de empoderamento

As EdEs contidas no RFCMS se destacam pelas três modalidades do *accountability*, com ênfase para as duas EdEs de caráter societal apresentadas na figura abaixo. Os resultados apontam ainda estratégias caracterizadas pela dimensão educativa e política, bem como pelo nível de organização comunitária e campo de ação direcionado a Reforçar a Ação Comunitária, como apresentado na Figura 2.

Figura 2 – Algumas estratégias de empoderamento contidas no Relatório Final da Conferência de Saúde do município de Lauro de Freitas e seus analisadores.



Fonte: Elaboração própria.

O *accountability* societal pode ser percebido pela responsabilidade da comunidade com a execução da EdE, e neste particular objetiva-se ampliar o alcance das informações para o empoderamento das pessoas, buscando técnicas pedagógicas participativas que permitam a troca de saberes e, conseqüentemente, o desenvolvimento das EdEs de caráter societal⁽¹⁷⁾.

A “realização de encontros nos distritos sanitários” e o “uso de recursos audiodifusores” encontram subsídio teórico na pedagogia libertadora⁽⁸⁾, de modo a oferecer espaços de diálogos horizontais entre comunidade-comunidade e comunidade-gestores, com potencialidade para a intersubjetividade entre os atores sociais e a construção de soluções de caráter coletivo⁽¹⁷⁾.

A EdE “Fortalecer a promoção à saúde através da implantação de programas voltados à comunidade mediante a utilização de recurso audiodifusor comunitário” parece possuir inspiração na teoria freireana, onde a emancipação é um ato social, gerando redes de cooperação e solidariedade, construídas através de laços de confiança em espaços de transformação do saber, com reflexão e ação prática, realizada pelo próprio grupo da comunidade⁽⁸⁾.

Por outro lado, outras EdEs foram caracterizadas pelo *accountability* vertical, direcionadas para o aumento dos recursos financeiros destinados ao SUS no âmbito municipal e a expansão da ESF. Já as EdEs classificadas como *accountability* horizontal enfatizam as ações de troca mútua do saber e

de promoção dos espaços de educação permanente em saúde, como por exemplo: “Buscar parcerias como contrapartida da iniciativa privada, nos meios de comunicação, sendo estes meios utilizados para divulgação das experiências exitosas em saúde do município, na perspectiva de fortalecer o SUS”.

Os analisadores de dimensão indicam que as EdEs do RFCMS se caracterizam principalmente pela dimensão política. Destaca-se a dinamicidade de algumas EdEs, podendo existir momentos de predominância da dimensão política sobre a dimensão educativa de uma mesma EdE e vice-versa. Como exemplo, a EdE “Ampliar a cobertura da ESF para 70% e da Estratégia de Saúde Bucal (ESB) para 70% [...]” trata, no primeiro momento, de uma ação política, que requer inicialmente uma análise territorial, epidemiológica e financeira, com articulação técnica e política nas instâncias municipal, regional, estadual e federal, com a finalidade da aprovação do projeto de implantação das equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Saúde Bucal (eSB).

Em outro momento, pode-se considerar que a mesma EdE exemplificada contribuirá para o empoderamento dos sujeitos, no instante em que a ampliação das eSF e eSB esteja associada ao desenvolvimento de estratégias educativas

inventivas, as quais são consideradas como o elemento central da promoção da saúde⁽³⁾.

O analisador que considera os níveis de organização das EdEs aponta para o fortalecimento do nível comunitário a partir de ações desenvolvidas no âmbito intercomunidade (sujeito – comunidade – poder executivo) e intracomunidade (sujeito – comunidade – sujeito).

A EdE intitulada “Criação de sistema de informação para acompanhamento logístico da comunidade para marcação de exames de alta complexidade” orienta para a compreensão do âmbito intracomunidade, no qual a própria comunidade busca transparência nos processos de cuidado e novos instrumentos para exercer o controle social; além disso a EdE “Repasse fundo a fundo do governo Federal e/ou Estadual [...], contemplando o CMS”, caracterizada como do âmbito intercomunidade, destina-se ao fortalecimento dos espaços de disputa de poder já existentes, como o CMS.

Na análise das EdEs enquanto campo de ação se destaca a qualificação dos profissionais no aperfeiçoamento do cuidado e no fortalecimento da ação comunitária. Tal afirmativa torna válida a suposição que o DHP pode anteceder ou ser uma ferramenta para a RAC, pois algumas EdEs apontadas como potentes para a RAC buscam a troca de saberes como mecanismo de desenvolvimento pessoal e social. Nesse contexto, infere-se que

há necessidade de transformar os modos de se pensar e fazer saúde no município, direcionando ao domínio do saber-fazer, com aproximação ao modelo de atenção à saúde em defesa da vida⁽¹⁶⁾.

Quanto às EdEs pensadas para RAC, fica evidente o desenvolvimento dessas estratégias em duas perspectivas. A EdE “Repasse fundo a fundo do governo Federal e/ou Estadual para a Secretaria Municipal de Saúde, contemplando o CMS” visa ao fortalecimento da ação comunitária enquanto controle social institucional, realizado por meio do CMS. Contudo, a efetividade do controle social depende da superação do profissionalismo de ser conselheiro, do enfrentamento da crise de representatividade social e da modificação do pensamento de conselhos como órgãos unicamente homologadores⁽¹⁸⁾.

Outra perspectiva é atribuída a EdE “Realizar encontros nos distritos que compõem o território municipal, a fim de divulgar as propostas pensadas nas conferências de saúde, fortalecendo a cultura de participação”, direcionada para a potencialização dos espaços comunitários como fundamental à formação política dos conselheiros, buscando o entendimento das políticas sociais⁽¹⁸⁾ e o alinhamento teórico de toda a base social que compõe os movimentos sociais e não apenas os representantes atuantes no CMS.

Nenhuma EdE foi classificada com potencial para a CAF dentre as dezesseis propostas contidas no RFCMS. Destaca-se como pressuposto que o caráter paritário entre os atores participantes da conferência de saúde pode ter sido determinante para a elegibilidade de EdE com *accountability* societal, direcionado para RAC do tipo comunitário. Confia-se que tais características indiquem o alto potencial empoderador das EdEs⁽¹⁷⁾, pois promovem a interação social entre os atores, o fortalecimento dos espaços comunitários de problematização e a construção de um saber diferente, construtor de uma sociedade equânime.

E como dialogam?

O diálogo entre o conteúdo de tais documentos se inicia a partir da análise dos elementos pré-textuais, o que permite apontar as características específicas tanto do PS quanto do RFCMS. Quanto à composição da equipe de elaboração e colaboração, destaca-se que o PS foi construído por profissionais técnicos da Secretaria Municipal de Saúde com a colaboração do CMS. Por outro lado, uma característica relevante apontada no RFCMS é a participação paritária dos segmentos dos usuários, trabalhadores e gestores do SUS, desde a realização das pré-conferências – realizadas por Distrito Sanitário – até a plenária final da Conferência Municipal de Saúde.

Apesar da pouca participação do CMS na construção do PS, o conteúdo do documento esclarece que o PS (2014-2017) buscou corresponder aos anseios dos atores sociais contidos no RFCMS do ano de 2011. Somado a isso, o PS apresenta dados consistentes sobre a análise da situação de saúde do município. Diante desse cenário, há de se considerar a diferença temporal de quatro anos desde a análise da situação de saúde de 2011, que subsidiou a construção do PS, e a compreensão da situação de saúde

realizada na Conferência de Saúde de 2015, permitindo concluir que a escolha das EdEs dos dois documentos difere quanto ao tempo e, conseqüentemente, apresenta objetivos definidos em espaços temporais distintos.

Em que convergem?

Tanto o PS quanto o RFCMS convergem em algumas EdEs sobre os analisadores: nível de organização do tipo organizacional e o campo de ação CPPS e RSS, como apresentado na tabela 3.

Tabela 3 – As EdEs contidas no PS e no RFCMS quanto ao nível de organização e campo de ação.

Documento	Estratégia de Empoderamento	Nível de organização	Campo de ação*
PS	Fortalecimento da Rede de Saúde Mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de Crack e outras drogas.	Organizacional	CPPS
	Promoção da saúde do trabalhador atendendo a Portaria da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador – 2437/2005.	Organizacional	RSS
RFCMS	Recursos financeiros garantidos conforme a dotação orçamentária prevista na Lei Orçamentária Anual.	Organizacional	CPPS
	Ampliar os recursos financeiros destinados à Estratégia de Saúde da Família.	Organizacional	RSS

Fonte: Elaboração própria.

*A classificação foi realizada de acordo com os campos de ação da promoção da saúde estabelecida na Carta de Ottawa (1986): Construindo políticas públicas saudáveis (CPPS); Criando ambientes favoráveis (CAF); Reorientação dos serviços de saúde (RSS).

As EdEs contidas na tabela 3 foram classificadas enquanto organizacional por estarem condicionadas ao incentivo financeiro e aos documentos legais que devem ser expedidos pela gestão municipal de saúde.

Acredita-se que as EdEs capazes de RSS fortalecem o modelo de atenção à saúde contra-hegemônico; portanto, ampliar a ESF e

fortalecer a Rede de Saúde Mental direciona as ações de saúde para a prevenção de agravos e promoção da saúde, movimento que vai de encontro às práticas curativistas hegemônicas no sistema de saúde brasileiro.

Em que divergem?

Talvez a participação ativa dos usuários e trabalhadores e, até mesmo, o

exercício da democracia e da equidade que rege todo o período da Conferência de Saúde, tenha sido fundamental para a divergência de alguns analisadores. O RFCMS possui EdEs que se aproximam da inspiração freireana⁽⁷⁾, portanto, ao contrário do PS, evidenciou-se estratégias com *accountability* societal,

incluindo também níveis de organização do tipo comunitária, despertando um olhar atento para a dimensão política que essas EdEs requerem para a sua efetividade.

A tabela 4 demonstra, em síntese, os principais analisadores que divergiram entre os documentos analisados.

Tabela 4 – Síntese comparativa entre o PS e o RFCMS quanto ao caráter empoderador.

Analisadores

Documento	<i>Accountability</i>	Dimensão	Nível de organização	Campo de ação*
PS	Vertical	Educativa	Organizacional	CPPS/RSS
RFCMS	Societal	Política	Comunitária	RAC

Fonte: Elaboração própria.

*A classificação foi realizada de acordo com os campos de ação da promoção da saúde estabelecida na Carta de Ottawa (1986): Construindo políticas públicas saudáveis (CPPS); Criando ambientes favoráveis (CAF); Reorientação dos serviços de saúde (RSS).

Trata-se de um PS com EdEs que enfatizam a gestão do SUS, com expressiva responsabilização do executivo da saúde e fortalecimento organizacional da Secretaria Municipal de Saúde. As EdEs do RFCMS permitem um acentuado compartilhamento de saberes entre os atores envolvidos⁽³⁾, com vistas às mudanças na estrutura comunitária. Para tal, mostra-se relevante inserir os atores sociais das comunidades como responsáveis pelas EdEs, em articulação com as ações da gestão municipal, o que pode resultar em intensificação da dimensão política e viabilizar a RAC.

As EdEs dos documentos analisados divergem quanto ao objetivo em ampliar recursos ou em qualificar as ações de saúde.

Essa afirmativa se consolida quando se analisa o predomínio da dimensão educativa no PS, buscando fortalecer as ações de educação em saúde. Em contraposição, a dimensão política destacada no RFCMS visa assegurar maiores recursos financeiros e ampliação dos serviços de saúde, de modo a intensificar a articulação política para a efetividade das EdEs.

Acredita-se que as EdEs que compõem o RFCMS possuem melhor potencial empoderador, por permitirem melhor interação social entre os sujeitos e destes com o ambiente⁽⁷⁾, permitindo explorar relações entre a historicidade e a experiência de vida do sujeito individual e coletivo, de modo a induzir a corresponsabilização sanitária, o

protagonismo e o autocuidado, a fim de alcançar a consciência sanitária crítica para a transformação das relações de poder.

Considerações Finais

Credita-se a este estudo a potencialidade de aproximar as concepções de empoderamento das ações cotidianas, de modo a permitir uma relação coesa entre as práticas de saúde e a literatura científica que, por vezes, mostra-se afim do campo de saber epistemológico e distante de uma aplicação prática no setor saúde, principalmente no que se refere às dimensões do planejamento e gestão do SUS.

O relatório final das Conferências de Saúde contém propostas relevantes, apontadas como as principais estratégias de empoderamento que podem ser adotadas pela gestão do SUS. Justificando tal afirmativa, percebe-se o caráter paritário da Conferência como o fator potencializador das EdEs quando comparadas com aquelas que compõem o PS. A partir desse resultado, parece relevante que os gestores de saúde busquem incorporar aos planos de saúde as propostas que são construídas a partir do relatório final da Conferência Municipal de Saúde.

O conhecimento construído neste estudo fornece subsídios teórico-práticos para

que profissionais, gestores e usuários reconheçam as principais características das EdEs exploradas no cotidiano. Contudo, a efetividade das EdEs requer uma análise de viabilidade cautelosa, com veemência sobre a conjuntura política atual, a capacidade instalada das redes de atenção à saúde e com olhar atento para a articulação entre os atores sociais envolvidos.

Destaca-se uma leitura limitada das relações entre a gestão municipal de saúde e a sociedade civil e, apesar da análise dos documentos ter sido fundamental para a compreensão das EdEs e alcance do objetivo proposto, não assegura um entendimento mais claro e coeso das relações e das disputas de poder intrínsecas ao momento de construção dos documentos analisados.

Referências

1. Kleba ME, Wendausen A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. Rev. saúde soc. [Internet]. 2009 [Acesso em: 2015 ago. 30]; 18(4):733-43. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29498/31358>.
2. Arraes AKM, Dimeinstein M, Siqueira K, Vieira C, Araújo A. Empoderamento e controle social: uma análise da participação de usuários na IV conferência nacional de saúde mental intersectorial em Natal (RN). Rev. psicol. polít. [Internet]. 2012 [Acesso em: 2014 maio 12]; 12(23):71-85. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v12n23/v12n23a06.pdf>.
3. Lopes AAF. Cuidado e empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes. Rev. saúde soc. [Internet]. 2015 [Acesso em: 2016 nov. 20]; 24(2):486-500. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00486.pdf>.

4. World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. Genève: WHO; 1986.

5. Salci MA, Maceno P, Rozza SG, Silva DMGV, Boehs AE, Heidemann ITSB. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. Texto & contexto enferm. [Internet]. 2013 [Acesso em: 2016 set. 20]; 22(1):224-30. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_27.pdf.

6. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, editoras. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 19-42.

7. Baquero RVA. Empoderamento: instrumento de emancipação social? – uma discussão conceitual. Rev. debates. [Internet]. 2012 [Acesso em: 2016 mar. 24]; 6(1):173-87. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/debates/article/view/2672/17099>.

8. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e terra, 54. ed. rev. atual. 2014.

9. Lacaz FAC, Flório SMR. Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde da virada do século XX. Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. 2009 [Acesso em: 2015 out. 14]; 14(6):2123-34. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000600019>.

10. Matus P. O líder sem estado-maior. São Paulo: Fundação do Desenvolvimento Administrativo; 2000.

11. Fenili R, Correa CEG, Barbosa L. Planejamento estratégico em saúde: ferramenta de gestão para o complexo de regulação em saúde. Rev. Gestão & Saúde. [Internet]. 2017 [Acesso em: 2017 fev. 20]; 8(1): 18-36. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/23917/pdf>.

12. O'donnel G. *Accountability* horizontal e novas poliarquias. Lua Nova. [Internet]. 1998 [Acesso em: 2014 mar. 14]; (44): 27-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451998000200003>.

13. Oliveira CC, Costa AL. Viver o estado terminal de um familiar: leitura salutogênica de resultados de um estudo de caso. Rev. Saúde soc.[Internet]. 2012 [Acesso em: 2014 nov. 03]; 21(3): 698-709. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300015>.

14. Mattos, BA; Figueiredo, MBV; Gomes JB; Dias RR. Educação em saúde: como anda essa prática? Rev. Gestão & Saúde. [Internet]. 2014 [Acesso em: 2015 jun. 30]; 05(Especial): 2737-55. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/13824/9758>.

15. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. Tempus: Actas saúde coletiva. [Internet]. 2012 [Acesso em: 2014 mar. 09]; 6(2): 151-63. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034>.

16. Merhy EE. Multidão: esfinge da saúde pública, lugar de inflexão, ideias do bem comum. Rev. Saúde soc.[Internet]. 2015 [Acesso em: 2016 dez. 12]; 24(1 Supl): 44-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015S01004>.

17. Alves TC, Oliveira WF, Vasconcelos EM. A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. Physis: revista de saúde coletiva. [Internet]. 2013 [Acesso em: 2015 abr. 24]; 23(1): 51-71. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000100004>.

18. Mielke FB, Cossetin A, Olschowsky A. O conselho local de saúde e a discussão das ações de saúde mental na estratégia saúde da família. Texto & contexto enferm. [Internet]. 2012 [Acesso em: 2015 jun. 22]; 21(2): 387-94. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200017>.

Participação dos autores:

VALE, P. R. L. F. trabalhou na concepção teórica, coleta de dados, análise estatística e elaboração e redação final do texto. PRATA, D. R. A.; ARAÚJO, C. O.; CORDEIRO, M. B.; GOÉS, A. C. F trabalharam na concepção teórica, elaboração, análise estatística e redação final do texto.

Recebido: 21.02.2017

Revisado: 12.04.2017

Aprovado: 03.08.2017