



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

LUCIANA RIBEIRO CONZ

O QUE (NÃO) PODE O EMPODERADO?
UMA ARQUEOGENEALOGIA DO EMPODERAMENTO EM SAÚDE

FORTALEZA

2017

LUCIANA RIBEIRO CONZ

O QUE (NÃO) PODE O EMPODERADO?
UMA ARQUEOGENEALOGIA DO EMPODERAMENTO EM SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.
Área de concentração: Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Pablo Severiano Benevides.

FORTALEZA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C74q

Conz, Luciana Ribeiro.

O que não pode o empoderado? : Uma arqueogenealogia do empoderamento em saúde / Luciana Ribeiro Conz. – 2017.
103 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2017.

Orientação: Prof. Dr. Pablo Severiano Benevides.

1. empoderamento em saúde. 2. arqueogenealogia. 3. biopolítica. 4. neoliberalismo. I. Título.

CDD 150

LUCIANA RIBEIRO CONZ

O QUE (NÃO) PODE O EMPODERADO?
UMA ARQUEOGENEALOGIA DO EMPODERAMENTO EM SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Pablo Severiano Benevides.

Aprovada em ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Pablo Severiano Benevides (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a Dr^a Karina Mirian da Cruz Valença Alves
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Prof^a Dr^a Clara Virginia de Queiroz Pinheiro
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer as inúmeras pessoas que fizeram parte desses dois anos e meio de mestrado, que tiveram muitos desafios e transformações. Agradeço primeiramente aos meus protetores espirituais, que me dão força, proteção e colocam tanta gente linda no meu caminho.

Quero agradecer a minha família, que aos trancos e barrancos está sempre do meu lado, me apoiando e acreditando no meu potencial. A minha mãe, Julia Maria, com os incontáveis reikis à distância, meu pai, Douglas, pelo patrocínio e pelo seu incentivo com o famoso “soca a bota!”, a minha irmã Juliana, que foi a primeira a acreditar e insistir com meus pais que eles deveriam investir na minha educação, e à Mariana, que esteve ao meu lado ao longo de todo esse processo, desde a seleção até agora, aguentando meus surtos, chilikues e sempre cuidando de mim, independentemente de qualquer coisa. A nossa relação é a prova viva de que a diferença não impede relações, mas sim as potencializa.

Agradeço aos meus amigos, os antigos e os que fiz no caminho da pós, que em muitos momentos foram meus anjos da guarda e em outros nem tão anjos assim... Todos estiveram presentes fisicamente ou de coração. Para Maísa, Tamiris, Patrícia e Magda não têm palavras que expliquem minha gratidão e meu amor por estarem sempre juntas comigo, é algo que vai para além dessas páginas. Agradeço ao Bruno, que tirou os meus pés do chão e me ensinou a voar, a Brígia e Salomão que me inspiram com o amor e o carinho que têm para com as pessoas à sua volta e tiveram comigo, me acolhendo e cuidando de mim, a Juh Amarante pelas tardes de café com tapioca e muito papo nada a ver com mestrado, ao Fê Magalhães, que entrou na minha vida como aluno prodígio e hoje é um amigo do coração e me faz me dedicar sempre ao que faço para corresponder à sua admiração e ao Duenne, que teve muita paciência com meus chilikues, inclusive, incentivando-os. Agradeço ao PH, a Diana, a Mari e a Tânia que fazem parte do “nem tão anjos assim” e que foram pessoas importantíssimas que me mantiveram em pé diante de dificuldades, tensões e tristezas e nas noitadas, e a Mandinha, mineirinha linda e escorpiana que apareceu na minha vida do nada e acompanhou muito desse processo aguentando meus chilikues, minhas preguiças, minha impaciência, meus cachorros, e ao invés de ter raiva, lançava um “Ei, Nana, fiz um almocinho pra nós”. Agradeço a Cássia e o Zaki, que fizeram parte da etapa final, de forma bem próxima, também aguentando meu mau-humor. Agradeço ao meu lindo, Heverton, pela paciência que teve com o “hoje eu não posso porque preciso escrever a dissertação”, ao seu incentivo e à sua positividade.

Agradeço com todo meu coração ao meu orientador, Prof. Pablo, que desfez todos os meus medos de não dar certo e acreditou em mim, primeiramente através de projeto extremamente perigoso. Esteve ao meu lado e me orientou durante todo o processo, sendo um exemplo de professor

e orientador, o qual visivelmente me orgulho de ter tido a oportunidade de aprender junto. Agradeço ao nosso grupo, que começou pequeno e tímido, com Pablo, Gabi, Kércio, PH e eu, e aos poucos foi crescendo e ganhando potência, com Jesiel, Adryssa, Felipe e Valdir. Este grupo que construímos me faz feliz por perceber que é possível construir amizade e companheirismo dentro da Academia e que a pós-graduação não precisa ser um espaço de competições e cobranças desnecessárias. Agradeço aos meus amigos André, Caio, Dani, Thiago, Felipe Coelho e todos os queridos que conheci nesta pós e contribuíram com conversas, risadas e discussões.

Agradeço aos professores da pós-graduação, a Prof^ª Ada e Prof^ª Gisele, e ao Prof Sylvio Gadelha, que contribuíram com seus saberes e metodologias. Agradeço também aos professores participantes da banca de qualificação e defesa, Prof. Aluísio, por quem tenho grande admiração e pelas contribuições para com a dissertação, Prof^ª Clara Virginia e Prof^ª Karina por se disponibilizarem a estar presente nesta avaliação e contribuir para o meu crescimento profissional. Agradeço ao Hélder, pessoa maravilhosa e extremamente competente que me tirou de inúmeros sufocos e à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo financiamento.

Não entendo.
Isso é tão vasto
que ultrapassa qualquer entender.

Entender é sempre limitado.
Mas não entender pode não ter fronteiras.
Sinto que sou muito mais completa
quando não entendo.

Não entender, do modo como falo, é um dom.
Não entender, mas não como um simples
estado de espírito.
O bom é ser inteligente e não entender.
É uma benção estranha, como ter loucura sem
ser doida.
É um desinteresse manso, é uma doçura de
burrice.

Só que de vez em quando vem a inquietação:
quero entender um pouco.
Não demais, mas pelo menos entender
que não entendo.

Clarice Lispector

RESUMO

Neste trabalho realizamos uma arqueogenealogia acerca do empoderamento em saúde. Levantamos discursos e práticas que atuam nas práticas cotidianas do cuidado de si e do outro, positivando certos tipos de poderes e de saúdes. O início da pesquisa se deu colocando o empoderamento em saúde como incógnita, para que pudéssemos nos desfamiliarizar com o que supostamente se acredita sobre tal conceito e, a partir disso, investigar suas construções no campo da saúde, assim como suas vizinhanças com outros campos. A partir do referencial foucaultiano da arqueogenealogia, buscamos responder às questões: *Que poder é esse que as pessoas empoderadas devem ter? Que pessoas devem ter poder? Que pessoas devem ter qual poder? E quem diz que as pessoas devem ter poder?* Com este horizonte metodológico, estabelecemos uma história do empoderamento que não encontra sua origem ou essência, mas sim os erros, as falhas e as aproximações que deram nascimento e vêm fortalecendo tal conceito. Portanto, foi necessário debruçar-se sobre enunciados efetivos que se encontram em artigos acadêmicos, cartilhas de organizações internacionais e políticas públicas. Com este movimento pudemos apreender um certo caminho do empoderamento que atua como tecnologia de reorganização do cuidado em saúde a partir de uma axiomática contemporânea biopolítica e neoliberal. Não vem se restringindo apenas à condução dos processos de saúde-adoecimento, mas produzindo um cuidado e gerenciamento da vida que a desenvolve e a lapida dentro de uma gestão econômica de si mesmo e da população.

PALAVRAS-CHAVE: Empoderamento em saúde. Arqueogenealogia. Biopolítica. Neoliberalismo.

ABSTRACT

In this work we perform an archeogenealogy about Health empowerment. We raise discourses and practices that act in the daily practices of caring for oneself and the other, that encourage certain types of powers and health. The research began by placing Health empowerment as an unknown figure, so that we could defamiliarize with what is supposedly believed about such concept and, from that, investigate its constructions in the health field, as well as its neighborhoods with other fields. From the foucaultian referential of archeogenealogy, we seek to answer the questions: Wich power is this that empowered people should have? Wich people should have power? Wich people should have that power? And who says people should have power? With this methodological horizon, we establish a history of empowerment that does not find its origin or essence, but rather the mistakes, failures and approximations that gave birth and strengthen this concept. Therefore, it was necessary to look at actual statements found in academic articles, booklets of international organizations and public policies. With this movement we were able to apprehend a certain path of empowerment that acts as a technology for the reorganization of health care from a contemporary bio-political and neoliberal axiomatics. It is not only restricted to the conduct of health-illness processes, but also produces care and management of the life that develops and eliminates it within an economic management of oneself and of the population.

KEY-WORDS: Health empowerment. Archeogenealogy. Bio-political. Neoliberalism

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 EMPODERAMENTO E NEOLIBERALISMO.....	21
2.1 O conceito de empoderamento: divergências e convergências.....	21
2.2 O poder do empoderamento.....	31
2.3 Autonomia e Neoliberalismo.....	35
3 EMPODERAMENTO EM SAÚDE.....	51
3.1 As aproximações entre empoderamento e saúde.....	51
3.2 Empoderamento e Promoção da Saúde.....	53
4 NEOLIBERALISMO EM SAÚDE, NEOLIBERALISMO E BIOPOLÍTICA.....	69
4.1 Empoderamento: dispositivo pedagógico-terapêutico da autonomia.....	69
4.2 Do cuidado do outro para o cuidado de si.....	85
<i>4.2.1 Afrouxamento das responsabilidades do Estado e da iniciativa privada.....</i>	90
<i>4.2.2 Aprimoramento do corpo empreendedor.....</i>	92
<i>4.2.3 O rebaixamento da vida.....</i>	94
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
REFERÊNCIAS.....	99

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como proposta pensar as construções contemporâneas acerca do conceito de *empoderamento em saúde*. Levantamos discursos e práticas que vêm, desde os anos 1980, se construindo e se legitimando como um conjunto de tecnologias que, acopladas a uma lógica biopolítica e neoliberal, conduz indivíduos e grupos em caminhos previamente traçados.

O empoderamento em saúde é uma tecnologia que atua nas práticas cotidianas de cuidado de si e do outro, que positiva e incita certos tipos de poderes e de saúdes. Pelbart (2013), em sua obra “O avesso do niilismo – cartografias do esgotamento”, faz uma leitura da biopolítica de Foucault, na qual a gestão e o controle da vida das populações têm tido como limite inferior “o rebaixamento biologizante da existência” (p. 14). Trata-se de um aparente paradoxo: mecanismos de negação da vida que operam pela via da produção da vida; ou, ainda, mecanismos de negação de saúde que operam através da produção de saúde. E aqui já adiantamos uma questão que, mais à frente, ganhará outras configurações a partir do desenvolvimento deste trabalho: De que forma podemos compreender a articulação entre empoderamento e biopolítica?

Esta pesquisa não tem como finalidade descobrir algo adormecido ou produzir uma derradeira síntese dos elementos em jogo na pesquisa que definiria de uma vez por todas seu objeto; da mesma forma, não aborda qualquer coisa como uma essência verdadeira do *empoderamento em saúde*. Pretende, diferentemente, arriscar aproximações entre uma multiplicidade de práticas e discursos. Não busca uma “linearidade constante de um fio-condutor, a clarividência de um mapa detalhado de todos os percursos, percalços e perambulações que se colocam no caminho” (BENEVIDES, 2016, p.272). Busca um recorte parcial e passageiro. Não pretende, a partir de uma pergunta supostamente ingênua e neutra, que ao longo do pesquisar, com sua metodologia sistemática, seja consumado o encontro com a verdade mesma – verdade esta que, em geral, já se sabe desde o início e já se tenta, também desde o início, esconder que se sabe para iniciar a pesquisa. Ao contrário, inicia com uma pergunta que é menos um ponto de partida e mais uma provocação¹.

O início se dá, de fato, colocando o *empoderamento em saúde* como uma incógnita. Trata-se de se desfamiliarizar com o que supostamente se sabe sobre o assunto para romper

¹ Benevides (2016), em artigo intitulado “Pesquisar com Michel Foucault”, afirma que o saber é *perspectivo* (depende de um ponto de vista), *agonístico* (implicando relações de poder e de conflito) e *múltiplo* (não passível de unificação). Existem relações de poder na produção do saber e esta pesquisa não se coloca fora desses conflitos, logo, descarto de início a suposta ingenuidade e neutralidade da mesma.

com uma série de certezas sobre o mesmo. Empoderamento em saúde supõe uma afirmação. Esta afirmação é: É preciso auferir poder em relação à saúde. Supõe-se que as pessoas devem ter poder sobre sua saúde. Quer dizer, o próprio uso da expressão “empoderamento em saúde” parece trazer aderida, de modo relativamente indissociável certa atitude afirmativa, militante e prédica. E será justamente essa suposição – a afirmação militante que aparece em correlato à simples apresentação do conceito e de temas interligados – que estará em suspensão e em análise. *Que poder é esse que as pessoas devem ter? Que pessoas devem ter poder? Que pessoas devem ter que poder? E quem diz que as pessoas devem ter poder?* Isso implica, pois, que se indique também de que pontos partem os enunciados que articulam o empoderamento às práticas de saúde – o que será indicado posteriormente.

Portanto, para responder a essas perguntas, o primeiro movimento foi construir uma análise arqueogenealógica² sobre o *empoderamento* e sobre o *empoderamento em saúde*, pensando-o como um sistema complexo de elementos múltiplos, distintos e não totalizáveis em um poder de síntese (FOUCAULT, 1989). Não pretendemos uma busca de sua origem (FOUCAULT, 1989), nem uma data ou qualquer documento específico que o iniciou. Houve emergências, houve composições atravessadas por inúmeras forças, estratégias e efeitos. Como Foucault (2008) discorre em *A arqueologia do saber*:

A história de um conceito não é, de forma alguma, a de seu refinamento progressivo, de sua racionalidade continuamente crescente, de seu gradiente de abstração, mas a de seus diversos campos de constituição e de validade, a de suas regras sucessivas de uso, a dos meios teóricos múltiplos em que foi realizada e concluída sua elaboração. (FOUCAULT, 2008, pp.4-5).

² A arqueologia proposta por Foucault vai estudar aquilo que se coloca como verdade e quais práticas e discursos a sustentam. “Se quisermos, portanto, definir a arqueologia como um método de pesquisa próprio da perspectiva foucaultiana, diríamos que a arqueologia é o estudo dos enunciados efetivos (e não dos “possíveis”) que constituem de forma provisória os campos do saber a partir de processos de identificação, unificação e diferenciação de suas formações discursivas” (BENEVIDES, 2016, p. 274). A genealogia se opõe ao desdobramento meta-histórico das significações ideais e à pesquisa da “origem”. Ela se propõe a “escutar a história ao invés de acreditar na metafísica” (FOUCAULT, 1989, p.17) e a encontrar no começo da história não a origem ou essência, mas a discórdia entre as coisas. “A genealogia não pretende recuar no tempo para restabelecer uma grande continuidade para além da dispersão do esquecimento; sua tarefa não é de mostrar que o passado ainda está lá, bem vivo no presente, animando-o ainda em segredo, depois de ter imposto a todos os obstáculos do percurso uma forma delineada desde o início. (...) Seguir o filão complexo da proveniência é, ao contrário, manter o que se passou na dispersão que lhe é própria: é demarcar os acidentes, os ínfimos desvios – ou ao contrário, as inversões completas – os erros, as falhas na apreciação, os maus cálculos que deram nascimento ao que existe e tem valor para nós; é descobrir que na raiz daquilo que nós conhecemos e daquilo que nós somos – não existem a verdade e o ser, mas a exterioridade do acidente.” (FOUCAULT, 1989, p.21).

Portanto, com esta atitude metodológica³, este trabalho pretende recusar o “que até então era evidente” (BENEVIDES, 2016), recusar qualquer coisa como um “verdadeiro” empoderamento. Busca entender os acidentes, as contingências nas quais as aproximações entre empoderamento e saúde se efetivaram. Entender que, na construção de algo que confere poder e trabalha as capacidades coletivas e individuais de se lidar com a saúde, existem relações de poder e estratégias que não são imediatamente visíveis no que está declarado. Ficar apenas no que está evidente mascara essas relações menores e sutis, as quais, por não estarem tão visíveis, têm a possibilidade de se mover livremente.

Concomitantemente à realização da arqueogenealogia, foi necessária uma atitude anarqueológica⁴, que consiste na recusa à cega inclinação à verdade, mas também à ciência, no que diz respeito à centralização dos efeitos de poder por ela veiculados, que define os caminhos que devem ser seguidos, traça os limites do pensável e impensável e entre o científico e o não científico (BENEVIDES, 2016).

Trabalharemos “às margens de nossas disciplinas” (MILLER; ROSE, 2012, p.14), entendendo que nos *a priori* da ciência existem relações de poder, de inclinação a verdades. Estes devem ser colocados em posição de desconfiança para que as relações de poder fiquem visíveis junto ao objeto. É neste sentido que colocamos o *empoderamento em saúde* sob exame e procuramos tecer sua formulação, suas vizinhanças, seus enunciados circundantes, a partir de documentos diversos: produções acadêmicas, políticas e relatórios oficiais. A partir daí, buscamos visualizar as relações e poderes que vêm sendo agenciados.

Para fazer essa investigação, foi necessário também sair do campo das intenções para o campo do acontecido. Esse tipo de pesquisa demanda sair de um *porquê interpretativo* e, com isso, evitar imputar aos discursos aquilo que eles efetivamente não disseram – saltar da árdua análise do dito efetivo à conveniente dublagem do não-dito suposto. É preciso conduzir as análises a partir de *como* as construções e aproximações se deram e se dão, com suas múltiplas causas⁵ (MILLER; ROSE, 2012).

³ O movimento de se suspender das certezas em relação com o objeto tem a ver com um movimento ativo do pesquisador de não se submeter a uma verdade imposta pela ciência e ao que aparentemente já está dado como um processo natural (BENEVIDES, 2016).

⁴ Benevides (2013) explica a relação que Foucault faz entre verdade e regimes de verdade, na qual os regimes de verdade são um conjunto de procedimentos que persuadem os indivíduos a se inclinar à verdade. A produção de saber da ciência, portanto, é um regime de verdade que se propõe a produzi-la, demarcando o que é falso e o que é verdadeiramente científico, desqualificando e até mesmo anulando outras formas de saber. A anarqueologia se constitui em uma atitude política em relação a essa produção de verdades, não se inclinando a ela. É uma recusa ao poder da verdade e sua arbitrariedade.

⁵ “Talvez o movimento-chave tenha sido ‘do porquê para o como’ (...) Em vez disso, por que não contentar-se com traçar pequenas histórias e suas trajetórias transversais? Por que não estudar acontecimentos e práticas em termos de sua singularidade, as inter-relações que definem e as condições que as tornam possíveis (Veyne, 1997)? Por

Não pretendemos construir uma teoria da conspiração, na qual, nos primórdios, os conceitos eram emancipadores e revolucionários, e foram cooptados pelo malvado e totalitário sistema capitalista neoliberal. Ou, ainda, afirmar que a aproximação do empoderamento com a saúde foi feita, intencionalmente, por certo grupo definível porém camuflado de pessoas ou por este mesmo sistema, para dominar os sujeitos. Não caminharemos por essas vias. A intenção não é fazer juízo de valor, polarizar o bom empoderamento do mau empoderamento, diferenciar a boa saúde da saúde má. A intenção é perceber que houve – e há – aproximações entre esses dois campos em certos momentos históricos e que elas produzem efeitos nas formas de governo da vida. A ideia é construir uma análise crítica dessas aproximações para “desneutralizar” seu uso como algo dado e perceber o campo de forças em que elas estão inseridas.

Em revisão bibliográfica, encontramos muitas análises sobre o empoderamento em termos de “ideologia”. As críticas vão se tecendo no sentido de mostrar o que é o empoderamento emancipador e o que é o empoderamento conservador, e como obter noção desses usos pode auxiliar a “escapar” de um uso conservador, ou de um uso “falso”, ou ainda de um “mau” uso (IORIO, 2002; ROMANO, 2002; ROMANO; ANTUNES, 2002; VASCONCELOS, 2013). Esta pesquisa não fará uma análise das intenções teóricas do empoderamento de modo a dizer o que é mais verdadeiro ou mais ético em relação ao seu uso, mas mostrará como que a efetividade de suas práticas vem construindo uma determinada forma de poder sobre si. E é questionando este poder, poder que se constrói nas práticas e discursos de empoderamento em saúde, que essa pesquisa se movimenta.

Miller e Rose (2012) ressaltam que é necessário ir atrás dessas figuras menores, que estão abaixo do limiar de visibilidade, para entender a governamentalidade. Para os autores, essas figuras desimportantes, que ninguém vê, mesmo que sejam fraudulentas, vão sendo meios de controle.

Acreditávamos cada vez mais que o controle só podia, de fato, acontecer devido ao trabalho de nossas pequenas figuras, com suas aspirações próprias, bem como as que lhe eram impingidas fraudulentamente, juntamente com seus pequenos instrumentos. Somente através destes meios é que o “monstro frio” do estado podia, de fato, buscar moldar os modos pelos quais as pessoas conduziam suas vidas diárias, suas interações consigo mesmas e com os outros, e suas relações com as diversas manifestações da autoridade social. (MILLER; ROSE, 2012, p.15).

que não focalizar os encontros, os jogos de força, as obstruções, as ambições e estratégias, os dispositivos e as múltiplas superfícies sobre as quais eles emergem? (...) Pois, dessa forma, pode-se começar a discernir a teia de relações e de práticas que resultam de modos específicos de governar, modos particulares de buscar modelar a conduta de indivíduos e grupos. (MILLER; ROSE, 2012, pp.15-16).

O *empoderamento* não é um conceito restrito a uma *expertise* ou campo de atuação governamental. A produção sobre este conceito é significativa e se distribui em diferentes disciplinas e práticas profissionais. A maior parte dessas publicações situa-se nas áreas de saúde pública, psicologia comunitária e administração (BAQUERO, 2012). Ele é um conceito menor, capilarizado e bastante utilizado por movimentos sociais, pela academia e pelos órgãos oficiais de governo.

Nesta pesquisa, para entender mediante quais formas o empoderamento se aplica à saúde, foi necessário recorrer a outros campos, como a economia, a história, os movimentos sociais, a psicologia comunitária e diversos outros de *expertise* e atuação do Estado. Desta forma, decidimos dar visibilidade a esta suposta figura desimportante – com a qual se falam muitas coisas e sobre a qual pouco se fala – a esta tecnologia que, no mínimo, convém à racionalidade neoliberal. Racionalidade que fornece “regras, princípios, valores e razões para o engajamento subjetivo que sejam específicos, concretos, singulares e cotidianos” (BENEVIDES, 2014, p.151).

“Não há sujeitos universais de governo” (MILLER; ROSE, 2012, p. 17), a governamentalidade acessa a população em suas especificidades. Na governamentalidade as ações se voltam ao indivíduo e ao coletivo, sem perder de vista a autorreflexão e a autonomia, inclusive, incentivando-as. Ela não se estabelece por meio da pura obediência de cima para baixo, mas sim por um “movimento subjetivo de engajamento (sujeição) dos homens que são governados” (BENEVIDES, 2014, p. 152). Desta forma, vai-se gerenciando os riscos e as ameaças potenciais à segurança.

Os que devem ser governados podem ser concebidos como (...) sujeitos sociais aos quais devem ser concedidos direitos e deveres, indivíduos autônomos a serem assistidos, compreendendo-se o potencial deles mediante sua própria escolha, ou ameaças potenciais a serem analisadas segundo a lógica do risco e da segurança. (MILLER; ROSE, 2012, p. 17).

O conceito de empoderamento é encontrado em textos de administração, educação, psicologia e sociologia política. Também é tema de discussão de diversas instituições como governos, empresas e sociedade civil. Autores afirmam como ele foi gradativamente se tornando uma espécie de moda intelectual, sendo discutido por diversas orientações políticas e culturais (ROMANO, 2002; HOROCHOVSKI, 2010). Sua utilização muitas vezes é polissêmica e aparentemente dissensual. Em diversos artigos, é empregado sem conceituações ou revisões mais minuciosas, tomando o conceito sob aparente univocidade e não atravessado por discordâncias teóricas e ideológicas.

O conceito de empoderamento é constantemente aproximado ao conceito de autonomia, referindo-se à capacidade de decisão de indivíduos e grupos em questões de ações alternativas – ou substitutivas – em múltiplas esferas como política, econômica, cultural e psicológica (HOROCHOVSKI, 2010). É colocado, também, como um atributo pessoal e um processo pelo qual se aquire ao mesmo tempo poder e liberdades (HOROCHOVSKI, 2010).

No campo da economia e das políticas públicas, principalmente no Canadá e nos Estados Unidos, governantes e acadêmicos perceberam que o aumento do desenvolvimento econômico de seus países estava sendo barrado por empecilhos tais como a existência de grupos populacionais que viviam às margens desse desenvolvimento. Enquanto ferramenta para solução de tais problemas, começaram a utilizar-se do referido conceito, propondo parcerias com esses grupos, “resgatando” sua autonomia e as condições de se apropriarem e se responsabilizarem pelo seu bem-estar – o que teria por correlato o consequente desenvolvimento do país (FRIEDMANN, 1996).

No Brasil, o conceito de empoderamento perpassa os mais diversos campos de atuação política e administrativa; e, mesmo dentro da saúde pública, é construído e debatido com fundamentos baseados em direitos, desenvolvimento e combate à pobreza. Tanto os espaços governamentais de políticas públicas quanto os movimentos sociais, ONGs e a academia aproximam essas discussões assumindo a luta pela cidadania e construção de direitos civis (ROMANO; ANTUNES, 2002).

Ainda nos anos 1980, o conceito de empoderamento foi se aproximando da esfera da saúde. A partir de dados estatísticos e epidemiológicos, pesquisadores e governantes demonstraram que a alta prevalência de doenças na população interferiam diretamente no desenvolvimento econômico do país (BRASIL, 2015; LALONDE, 1974; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978). Assim, essa aproximação se tornou promissora para alavancar os índices de saúde dos países e, conseqüentemente, os índices econômicos. Foi se construindo, deste modo, todo um campo de saberes em torno das políticas de saúde que absorveram práticas de empoderamento, em alguns momentos utilizando claramente o empoderamento enquanto estratégia, como no caso da Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS (BRASIL, 2006). Em outros momentos, a aproximação entre empoderamento e saúde se fez de forma aparentemente automática, como ação “educativa” que deveria ser realizada no cotidiano dos serviços de saúde, no sentido de ensinar aos pacientes como utilizar melhor os recursos que venham a ter disponíveis para viver melhor em relação a uma dada doença ou condição de saúde e evitar situações de risco à saúde (ARRAES, 2012; COTTA, 2013; TADDEO, 2012).

O empoderamento é um conceito com uma história repleta de conflitos que são compreendidos como “ideológicos”, de modo que, enquanto alguns autores do campo da saúde analisam esses dissensos, como Carvalho (2004) e Vasconcelos (2013), outros o utilizam como se este representasse um campo consensual e legítimo de práticas. Como já dito anteriormente, o empoderamento aparece como diretriz em políticas públicas de saúde; entretanto, a lógica de seu funcionamento vai atravessando a atuação em saúde de maneira capilar. Ao estender-se, ele vai se tornando cada vez mais uma “ética” do cuidado em saúde, no sentido de que o cuidado deve “empoderar”, indicando às pessoas as informações necessárias para que elas sejam parceiras e protagonistas desse cuidado e façam as melhores escolhas possíveis para sua saúde e consequentemente diminuindo riscos e aumentando a qualidade de vida.

Ou seja, o cuidado em saúde vem se reorganizando para um cuidado da vida como um todo, que precisa, para dar conta das especificidades da mesma, que as pessoas se apropriem de conhecimentos técnicos e científicos sobre suas vidas; e, com isso, desenvolvam capacidades de gerenciá-las. O empoderamento vem transformando as práticas em saúde no sentido de que estas não vão mais lidar apenas com o mal que atinge o corpo, mas com o ensinamento que irá gerenciá-lo a como se conduzir na vida, mais até que do que como se conduzir somente em relação à doença.

A PNPS argumenta que, nas últimas décadas, passou-se a se preocupar com o cuidado da vida, de modo a reduzir “a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que ele seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e populações” (BRASIL, 2006, p. 9). Este argumento não se construiu naturalmente ou isento de interesses governamentais. Miller e Rose (2012), ao estudarem a governamentalidade, definem o governo como algo que conduz a conduta: “Se a conduta de indivíduos ou de coletividades parecia exigir condução, isso era porque algo nela configurava-se problemático para alguém” (p. 25).

O que se configura como problemático de modo a fazer com que apareça a necessidade de uma tecnologia tal como o empoderamento para lidar com práticas governamentais que se aplicam de forma imanente ao campo da saúde? Não é novidade que há uma demanda por desenvolvimento econômico que atravessa essas questões. O empoderamento em saúde, enquanto diretriz de políticas de Estado, aparece em documentos que argumentam justamente a favor da inserção de pessoas que estão à margem dos recursos para alavancar o desenvolvimento. Contudo, este não é o único uso do empoderamento em saúde que pretende resgatar as pessoas que estão à margem do desenvolvimento. Por ser uma tecnologia de gerenciamento de saúde e adoecimento, ele se volta a toda a população. Porque mesmo inserido

no sistema econômico e produtivo, todos os corpos podem adoecer. Com palavras como *autonomia, controle e poder*, o empoderamento em saúde vai talhando indivíduos e grupos informados, responsáveis e capazes de gerenciar seus próprios riscos e processos de adoecimento.

Portanto, nesta pesquisa pretendemos dar visibilidade aos discursos e práticas de empoderamento em saúde que vêm governando a vida de forma cada vez mais elaborada. Quais enunciados e práticas são desqualificados quando se enuncia a importância e em que se positiva as práticas de empoderamento em saúde? No lugar de que tipo de práticas encontramos as práticas e enunciados em torno do empoderamento em saúde?

Não é à toa que a primeira versão da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006) nasceu inserida em um projeto maior chamado de Pacto em Defesa da Vida, que, junto com o Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde, pretendiam fortalecer o Sistema Único de Saúde. Para que haja um pacto, uma parceria entre gestão, trabalhadores e população, todos devem ter “consciência” de seu papel, de suas responsabilidades, de acordo com as suas especificidades. A política nacional leva como título Política Nacional de Promoção *da Saúde*, na qual o empoderamento aparece nas *diretrizes* como um resultado esperado de promoção da saúde no que tange à participação social, tanto no nível individual como coletivo. Porém, nas *ações específicas*, o texto da política se volta à prevenção de situações de risco e incentivo a práticas que evitam ou retardam o aparecimento de *doenças*. Doenças estas que não foram escolhidas aleatoriamente ou definidas em conjunto com a população “empoderada” – decidindo quais são suas necessidades – mas sim de doenças pré-definidas a partir de estatísticas de órgãos oficiais, tanto internacionais como nacionais, de mortalidade⁶ e morbidade⁷. Ou seja, doenças e situações como diabetes, hipertensão, obesidade, uso abusivo de substâncias psicoativas, acidentes de trânsito, violência, riscos ambientais e mortalidade infantil e de gestantes estão relacionadas às principais causas de morte e adoecimento e precisam ser prevenidas, retardadas e gerenciadas (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE, 2010). Portanto, enquanto a discursividade da PNPS incentiva a autonomia e a participação das pessoas na construção da promoção da saúde, ela também atua nos índices de doenças e mortes que têm impacto econômico no governo da vida dessa população.

⁶ *Mortalidade* é a variável do conjunto de indivíduos que morreram em um determinado intervalo de tempo, esta variável pode ser separada pelas causas de morte, relacionando os óbitos às doenças (PEREIRA, 2007).

⁷ *Morbidade* é a variável que diz respeito ao conjunto de indivíduos que adquirem doenças em um dado intervalo de tempo e em uma determinada população. Ela mostra o comportamento das doenças e agravos à saúde na população (PEREIRA, 2007).

Saúde e doença não são experiências naturais, um *a priori* que sempre existiu, saúde e doença é uma construção moderna nascida dentro de um regime de verdades que é a ciência médica (FOUCAULT, 2014). São construtos de uma imagem-objeto nunca alcançável, que é a saúde, e de uma materialidade concreta que é a doença. Essa construção vem, há tempos, legitimando práticas que vão desde incentivos a determinados comportamentos e inibição de outros, tanto no âmbito individual como coletivo, até a intervenções involuntárias de pessoas e/ou grupos que não estejam de acordo com os comportamentos incentivados.

Tudo o que enfraquece e mata o sujeito contemporâneo facilmente se transforma em doença. O que em outros momentos da história estava a cargo da moral religiosa, hoje passou a ter edificação em torno da saúde-doença. Enquanto a doença vai ser aquilo que todos temem, porque revela que, longe de ser algo espiritual ou ideal, o corpo é “angustiosamente demais – apenas corpo” (SONTAG, 1984, p.25), a busca pela redenção foi substituída pela qualidade de vida e saúde enquadradas nos padrões de normalização (FOUCAULT, 2014).

(...) ligando a medicina ao destino dos Estados, nela fizeram aparecer uma significação positiva. Em vez de continuar o que era, “a seca e a triste análise de milhões de enfermidades”, a duvidosa negação do negativo, recebe a bela tarefa de instaurar na vida dos homens as figuras positivas da saúde, da virtude e da felicidade; a ela cabe escandir o trabalho com festas, exaltar as paixões calmas; vigiar as leituras e a honestidade dos espetáculos; controlar os casamentos para que não se façam apenas por puro interesse, ou por capricho passageiro, e sejam bem fundados na única condição durável de felicidade, que está a serviço do Estado. (FOUCAULT, 2014, p. 37).

Foucault (2014), em *O nascimento da clínica*, explica o nascimento da medicina social e a sua aproximação com as práticas de governo do Estado moderno. Embora o objeto de Foucault naquela ocasião não seja o mesmo desta pesquisa, a sua análise nos auxilia a compreender, nos usos contemporâneos do conceito de empoderamento, um correlato de uma técnica específica de governamentalidade mediante a qual se busca, por meio de diversas práticas cotidianas na vida das pessoas, fugir da doença e das fragilidades do corpo – e, com isso, atingir uma suposta saúde ou mesmo aprender a gerenciá-la.

E como se não bastasse a implantação dos médicos, pede-se que a consciência de cada indivíduo esteja medicamente alerta; será preciso que cada cidadão esteja informado do que é necessário e possível saber em medicina. E cada prático deverá acrescentar à sua atividade de vigilante uma atividade de ensino, pois a melhor maneira de evitar que a doença se propague ainda é difundir a medicina. O lugar em que se forma o saber não é mais o jardim patológico em que Deus distribui as espécies; é uma consciência médica generalizada, difusa no espaço e no tempo, aberta e móvel, ligada a cada existência individual, mas também à vida coletiva da nação, sob seus aspectos diversos, sua grande forma. (FOUCAULT, 2014, p. 33).

Deste modo, constroem-se alguns regimes de verdade em torno do gerenciamento da vida nos quais diversos aspectos da vida vão sendo compreendidos a partir do par saúde-doença. A exemplo da PNPS, com o empoderamento como diretriz, as ações se voltam à mudança de comportamentos que têm capacidade de fragilizar ou matar a própria vida. Nestas ações, o texto se volta inclusive ao que antes não era comum ser objeto das políticas de saúde, mas estava a cargo de outros setores governamentais como a Segurança Pública, Meio Ambiente, etc. Violência, acidentes de trânsito, uso de substâncias psicoativas e questões voltadas ao meio ambiente encontram-se como assuntos prioritários junto à alimentação saudável, práticas de exercícios físicos e outros aspectos mais tradicionais do campo da saúde.

“Que o corpo se organize e se subjetive sob a autoridade do sistema do juízo” (LAPOUJADE, 2011, s/p). Lapoujade (2011) afirma que o sofrimento foi moldado para se tornar um fardo e que há um paradoxo de que se torna a vida doente para separá-la do sofrimento. A dor foi transformada em doença e a doença foi transformada em mal. “Transformar a doença em mal é o seu remédio, mas um remédio que pertence à doença, que a reforça para torna-la coextensiva à vida” (LAPOUJADE, 2011, s/p). Ora, não seria o empoderamento em saúde um paradoxo atual que incita um poder afirmativo sobre a saúde e sobre as capacidades de ser saudável, enquanto não consegue se desvencilhar do mal da doença? Seria ele mais um remédio que anestesia dor e conflito e constrói, por meio do desejo de qualidade de vida, uma felicidade que aparece como “narcose, entorpecimento, sossego, paz, ‘sabbat’, distensão do ânimo e relaxamento dos membros” (NIETZSCHE, 1998, p. 26)? Não estaria o empoderamento em saúde produzindo um poder sobre si que blinda o corpo de suas capacidades de se afetar com a dor (PELBART, 2011)?

Concomitante ao sentido de proteção da vida, de controle e autonomia sobre os processos de adoecimento, de desenvolver capacidades de dar conta do que é frágil ou doente, surge um empoderamento com o propósito de *maximizar* a força e as *potencialidades* da vida. Dá-se um passo além no empoderamento, que inicialmente tem como alvo aqueles que não têm acesso ou poder sobre algo, o empoderamento que cuida do que é frágil e vulnerável e constrói uma força. Além da construção de uma força a partir da vulnerabilidade, as práticas atuais de empoderamento em saúde maximizam as forças já existentes e desenvolvem a capacidade de manutenção e aperfeiçoamento deste poder, “visando otimizar as forças vitais que ele submete” (PELBART, 2013, p.26). Independente dos contextos em que a vida esteja, adoecida ou fragilizada, busca-se a sua força. O empoderamento capacita a usufruir de suas capacidades e dos recursos disponíveis em seu entorno, no sentido de extrair ao máximo o que a vida pode.

2 EMPODERAMENTO E NEOLIBERALISMO

2.1 O conceito de empoderamento: divergências e convergências

Em revisão bibliográfica realizada sobre o conceito de *empoderamento*, encontramos dois polos de pensamento que se consolidam ao longo dos últimos quarenta anos. No primeiro, o empoderamento é construído inicialmente dentro dos movimentos sociais, como o feminismo, a luta por direitos civis dos negros e, posteriormente, no combate à pobreza. Neste polo, o empoderamento é tido como meio emancipador com vistas à transformação das relações de poder para que não haja opressão de uns para com os outros. Já no outro polo, há apropriação do conceito por instâncias governamentais e não-governamentais, com uso voltado ao desenvolvimento social e econômico. No último, o empoderamento se coloca como instrumento para minimizar os danos causados pelo desenvolvimento tradicional e para inserir aqueles indivíduos e grupos que antes estavam às margens deste desenvolvimento (HOROCHOVSKI, 2006; IORIO, 2002; VASCONCELOS, 2013). Indo mais a fundo nas leituras, vemos que esses dois movimentos se colocam com perspectivas aparentemente distintas e conflitantes.

Segundo a bibliografia estudada, os debates sobre empoderamento apontam para duas dimensões, educativa e política, uma vez que visões de mundo e de propósitos sociais diversos orientam as concepções e ações de empoderamento. O conceito ganhou visibilidade a partir dos movimentos de autoajuda, da Psicologia Comunitária e dos movimentos pelos direitos civis, principalmente na luta feminista e dos negros na década de 1970, nos Estados Unidos (CARVALHO, 2004; HOROCHOVSKI, 2006; IORIO, 2002). Para Batliwala (1994), pesquisadora indiana e feminista, o empoderamento dentro dos movimentos feministas tinha como objetivo questionar as bases das relações de poder a partir de assertividades individuais, protestos e mobilizações coletivas. Os indivíduos e grupos que tinham acesso restrito a recursos e ao poder por motivos de classe, casta, etnicidade e gênero deveriam atuar na transformação e na direção dessas relações de opressão, que marginalizavam mulheres e negros, principalmente, mas também outros setores excluídos em determinados contextos.

Aqui, a transformação se faz prioritariamente pelas ações coletivas, e as palavras *autonomia* e *controle* são colocadas como fundamentais para desmontar as relações de opressão – como, por exemplo, no caso da luta feminista contra o patriarcado. Nesta, a estratégia de empoderamento é que as mulheres rompam com a dominação não só física, mas cultural; da mesma forma, trata-se de positivar uma conquista por novas opções de vida – isso de modo que possam ocupar também espaços e estruturas tradicionalmente masculinas (IORIO, 2002).

Conforme Iorio (2002), o empoderamento como estratégia de combate à pobreza possui um conjunto de características não-hierárquicas e inter-relacionadas, que atuam ao mesmo tempo como processos e resultados. Para que ele seja efetivo, o empoderamento deve conter as seguintes características:

a) Especificidade contextual – as ações ocorrem circunscritas a contextos locais em termos sociais, culturais, econômicos, políticos e históricos. As demandas são específicas e contextualizadas e as estratégias de enfrentamento não podem ser genéricas ou prontas, elas devem contemplar essas especificidades.

b) Foco – o empoderamento se deterá sobre os grupos específicos que estão em situação de marginalizados e/ou vulnerabilidade. Ou seja, não se empodera o empresário, o governo ou os que são fortes, empodera-se os fragilizados, os doentes, os pobres, as mulheres, os negros.

c) Estratégia – refere-se a aspectos estratégicos de como proceder. O objetivo é atacar as causas estruturais e práticas da despossessão de poder para promover mudanças duradouras e bem consolidadas.

d) Democracia – deve haver o entendimento de que a democracia é a participação das pessoas nas decisões públicas, logo, é a população com poder de opinar e decidir sobre os aspectos que lhes dizem respeito. A democratização e a participação são tanto meio como fim do processo de empoderamento. Iorio (2002) também coloca que o empoderamento se orienta para a conquista de cidadania, conquista da capacidade plena de usar os recursos econômicos, sociais, políticos e culturais com responsabilidade, na defesa de seus direitos.

e) Construto ideológico – o empoderamento carrega em si um ideal, uma imagem-objetivo que se constrói *com* as pessoas, nas percepções que elas têm de si mesmas e de suas situações.

f) Sustentabilidade – o empoderamento deve se constituir em práticas que tenham capacidade de se manter, de se auto-realizar. Uma ação que venha a ocorrer junto a um grupo que lhe deixe em situação de dependência dessa ação não será considerado empoderamento para esses Iorio (2002) e Romano (2002). A sustentabilidade do empoderamento diz respeito a ações que desenvolvam a capacidade de o grupo se fortalecer e manter-se fortalecido ao longo do tempo. O poder do empoderamento precisa ser constantemente renovado para que haja garantia de que não se volte a reproduzir as antigas relações de opressão.

e) Holismo – para que o empoderamento seja estratégico e sustentável, ele não pode ser recortado ou limitado a uma ação pontual e/ou local. As especificidades locais serão levadas em conta na construção estratégica do empoderamento, mas as suas análises não podem se

resumir a isso. Deve haver foco, mas é necessário que o empoderamento seja capaz de atuar na completude dos problemas sociais e atingindo e transformando as relações de poder. Os atores devem ser capazes de atuar em correlações de força nos níveis macro, meso e micro, e de atuar em rede, entendendo que cada indivíduo ou grupo têm possibilidades e limites diferentes e a ampla aliança entre todos tem papel fundamental no processo de empoderamento.

Em relação ao poder do empoderamento, para entender a especificidade das relações de poder que devem ser modificadas, Horochovski (2006), Iorio (2002) e Romano (2002) vão conceituar o poder de duas formas. A primeira forma percebe o poder como capacidade de controle sobre alguém, quando algum grupo ou pessoa controla as ações e possibilidades de outrem. Este seria o *poder sobre*, apresentando-se como substância finita e transferível, ele pode ser delegado e também retirado. Para alguém ter poder, alguém deve não o ter ou perdê-lo, um grupo pode ser capaz de ter forças sobre as ações ou possibilidades de outros grupos. Este poder pode ser visível como no caso do uso da força física, mas ele também pode ser mascarado e sutil em opressões internalizadas, como no caso de pressões psicológicas ou na construção de imagens pejorativas para com certos grupos sociais (IORIO, 2002).

Na segunda concepção, os autores vão se referir brevemente àquilo que compreendem ser a conceituação de poder em Foucault, afirmando que *poder* é relacional e só existe quando se usa, sendo constituído em uma rede de relações sociais entre pessoas que tenham um grau mínimo de liberdade (IORIO, 2002; ROMANO, 2002). “Sem poder as relações não existiriam” (IORIO, 2002, p. 23). Assim, afirmam também que, segundo Foucault, onde há poder há resistência – o que os leva a compreender que a própria resistência é uma forma de poder. Com este arcabouço, eles pensam então, o *poder para* – um poder genérico, que cria possibilidades e ações; o *poder com* – que afirma que o grupo é maior e mais forte que as partes separadas, então as pessoas se juntando para lutar por uma mesma causa têm mais força e maiores chances de atingir seus objetivos; e, por fim, o *poder de dentro* – que diz de um poder interno e inerente à cada indivíduo, um poder até mesmo espiritual, de se expandir, que, por sua vez edifica a autoestima e a resiliência (IORIO, 2002; ROMANO, 2002).

Um grupo/indivíduo que exerce esses poderes, diz-se, não necessariamente reduz os poderes de outro grupo/indivíduo, mas tem condições de engendrar mudanças nas relações de poder pré-estabelecidas. Nas situações de pobreza, por exemplo, é possível detectar todos esses tipos de poder, variando de intensidade e especificidade de acordo com cada situação (IORIO, 2002; ROMANO, 2002). São, portanto, as mudanças nessas relações que o polo dos movimentos sociais, a partir dos referenciais já mencionados, chamarão de “empoderamento”.

Já os movimentos de autoajuda da década de 1970 trazem o empoderamento presente na ideia de que para obter a boa sorte, é necessário acreditar em si e adotar uma postura de iniciativa. Segundo Duarte e Medeiros (2016) é necessário investir em si e desenvolver o seu capital humano para atingir o sucesso e a excelência em diversos aspectos da vida. Esses movimentos de autoajuda se baseiam na crença, tanto na vida pessoal como na vida profissional, no compartilhamento simbólico das fantasias de poder, promovendo conforto psicológico e demonstrando que as mudanças têm um lado positivo. Ela investe na perseverança, no trabalho duro e na parcimônia e objetiva ensinar a prática da força de vontade aplicada aos bons hábitos.

Como já foi dito, o empoderamento costuma ser descrito como abordagem e processo (IORIO, 2002; ROMANO, 2002). Abordagem que coloca as pessoas e o poder no centro dos processos e processos nos quais pessoas e grupos desenvolvem consciência das relações de poder a partir das noções de *poder sobre, poder para, poder com e poder de dentro*.

Essa consciência será desenvolvida a partir de uma análise das relações de poder. Romano (2002) descreve uma forma de analisá-las a partir das seguintes perguntas-chave:

Qual o espaço social considerado no qual se manifestam as relações de poder? Que tipo de exercício de poder (sobre, para, com, de dentro) se manifesta nas diferentes relações? Que forma de poder é predominante nessas relações? Ex: econômico, político, social. Que está em jogo nessas relações de poder? Que campo específico essas relações de poder delimitam? Quais os atores principais envolvidos nessas relações? Quem ocupa a posição de dominado e quem pode ser seus aliados? Quais são as formas de resistência? (pp.16-17).

A partir dessas perguntas se torna possível entender as relações de poder e estabelecer estratégias para sua transformação. Busca-se por meio do empoderamento desenvolver as capacidades para superar as fontes de privação de liberdades, para que se possa construir e escolher novas opções, bem como criar outras relações com o Estado, mercado e sociedade civil. A “capacidade” é definida como uma junção entre as habilidades das pessoas e as oportunidades reais que existem na medida em que ambas convergem no sentido de que elas façam o que querem fazer (ROMANO, 2002). Atuar nas capacidades se faz de forma relacional entre pessoas e contextos, muitas vezes de forma conflituosa, já que envolve vínculos com outros atores e mudanças nas relações de poder já consolidadas. Assim, o empoderamento se coloca também como criador de conflitos, já que nem sempre essas mudanças podem ou conseguem ser negociadas.

O conceito disseminou-se entre diversos campos de lutas e movimentos sociais de reconhecimentos e promoção do conjunto de direitos humanos – civis, políticos, econômicos, culturais, principalmente relacionados à pobreza (ROMANO; ANTUNES, 2002).

Organizações não-governamentais, agências de cooperação e organizações financeiras multilaterais como o Banco Mundial também se apropriaram do conceito, despolitizando-o e pasteurizando-o, aproximando-o de termos como o de “desenvolvimento” (ROMANO; ANTUNES, 2002; VASCONCELOS, 2013). Desta forma, o empoderamento vai sendo alvo de disputa e debate em campos discursivos (que carregam valores e perspectivas) aparentemente antagônicos.

Este novo uso agregou o envolvimento ativo das pessoas na luta pelo controle de recursos e instituições a um discurso de desenvolvimento alternativo ao que estava vigente (HOROCHOVSKI, 2006). O desenvolvimento alternativo apareceu diante da constatação de que o modelo tradicional de desenvolvimento, focado no aumento da produtividade econômica, fez crescer os “redundantes, aqueles que não participam, se não de forma marginal, da economia globalizada, vivendo nas franjas da economia monetária” (HOROCHOVSKI, 2006, p. 3).

John Friedmann, no livro *Empowerment: uma política de desenvolvimento alternativo* (1996), explica os benefícios de as políticas públicas se apropriarem da lógica do empoderamento para garantir a continuidade do crescimento econômico. Ele assinala que a marginalização do emprego em áreas urbanas e o crescimento da população sem-terra são sinais inequívocos do processo de aumento da produtividade econômica tradicional (FRIEDMANN, 1996). Percebe também que, para dar conta da demanda por desenvolvimento diminuindo os reveses, é necessário que haja uma preocupação com a territorialidade; e, nisso, as comunidades locais se tornam chave nas estratégias governamentais.

O modelo *mainstream* de crescimento econômico expressa o anseio do capital global por uma economia “sem fronteiras” na qual não haja nem interesses organizados nem poderes intermediando os centros de decisão corporativa por um lado, e trabalhadores e consumidores individuais por outro. Na ideologia do capital, este tipo de economia se chama “livre”. Reduz os interesses territoriais a um mínimo de “lei e ordem”, como assegurar o respeito aos contratos e a manutenção da ordem nas ruas. Esta visão traz também a expectativa que os Estados territoriais lidarão da melhor forma que puderem com as consequências sociais do investimento privado e das decisões produtivas, tais como o esgotamento de recursos, desemprego, pauperização, poluição, desflorestamento e outros problemas das “áreas comuns”. A territorialidade chama a nossa atenção para o ambiente físico: a base de recursos da economia, o valor estético de paisagens tradicionais, e a qualidade de vida no ambiente construído onde têm lugar todas as nossas ações e que afetam a nossa vida, direta e indiretamente. (FRIEDMANN, 1996, p. 31).

Para haver um desenvolvimento alternativo, além da regulação empresarial e da regulação governamental, deve haver um processo na base da sociedade, que o autor chama de *participatory governance*, que em português foi, curiosamente, traduzido como “participação social”.

Um desenvolvimento alternativo é centrado nas pessoas e no seu ambiente, mais do que na produção e nos lucros. Da mesma forma que o paradigma dominante aborda a questão do crescimento econômico na perspectiva da empresa, que é o fundamento da economia neoclássica, um desenvolvimento alternativo, baseado, como deve ser, no espaço de vida da sociedade civil, aborda a questão da melhoria das condições de vida e das vivências na perspectiva do domicílio. (FRIEDMANN, 1996, p. 35).

Assim, por meio da regulação local da sociedade civil, abordando questões da melhoria de condições de vida, criou-se uma nova conexão entre Estado e aquelas populações que antes estavam às margens do processo de desenvolvimento econômico.

Apesar de apontar para uma política localmente enraizada, um desenvolvimento alternativo requer um Estado forte para implementar as suas políticas. Um Estado forte, no entanto, não precisa ser pesado no topo, com uma burocracia arrogante e enrijecedora. Será mais bem um Estado ágil e que responde e presta conta aos seus cidadãos. É um Estado que se apoia amplamente numa democracia inclusiva na qual os poderes para administrar os problemas serão idealmente manejados localmente, restituídos às unidades locais de governança e ao próprio povo, organizado nas suas comunidades. (FRIEDMANN, 1996, p. 35).

Não mais às margens, agora a participação social comunitária se torna um mecanismo regulador complementar e parceiro, se envolvendo diretamente em assuntos de gestão de recursos locais integrando-se a rede de regulação dominante do setor empresarial e das ações dos órgãos do Estado (DOWBOR, 2010).

Como a qualidade de vida da comunidade representa em última instância o resultado que se quer do desenvolvimento, a demanda organizada da comunidade passa a constituir o “norte” orientador, para a produtividade sistêmica, da mesma forma como a demanda do consumidor individual o era para os processos produtivos tradicionais. (DOWBOR, 2010, p. 108).

Trata-se, então, da criação de uma lógica de comunidades responsáveis, onde os indivíduos que a compõem compreendem “criticamente” seu ambiente, participam de espaços democráticos e coletivos e se apropriam do “controle sobre suas vidas”. Este processo Perkins e Zimmerman definem como *empoderamento*, a saber: “um construto que liga forças e competências individuais, sistemas naturais de ajuda e comportamentos proativos com políticas e mudanças sociais” (PERKINS; ZIMMERMAN *apud* HOROCHOVSKI, 2006, p. 4).

Tencionando garantir o acesso às informações necessárias a partir de uma linguagem mais acessível, bem como garantir sua participação nas decisões políticas, coloca-se a população co-responsabilizada pela transformação de suas mazelas: “os cidadãos devem ser parceiros” (HOROCHOVSKI, 2006, p. 6). Essa parceria tem sido entendida, por um lado,

como um voluntariado privado que reduz o papel do Estado; e, por outro, como um meio de fortalecimento das políticas públicas. De qualquer forma, aquela parcela da população que estava excluída do desenvolvimento econômico, ao se tornar ao mesmo tempo *cidadãos* e *parceiros*, colocam-se como peça estratégica nessa engrenagem.

Para autores como Iorio (2002) e Romano (2002), que analisam os dois polos “ideológicos” do empoderamento, ninguém empodera pessoa alguma. Estes pesquisadores defendem que o empoderamento não pode ser feito em nome das pessoas que estão em alguma situação de exclusão ou opressão. Contudo, elas não precisam enfrentar o desafio sozinhas. Segundo Iorio (2002) e Romano (2002), outros atores podem ser necessários para intervir como catalisadores no processo de empoderamento. Os atores podem ser agentes externos – ONGs, agências de desenvolvimento, governos – ou internos – lideranças, organizações de base, movimentos sociais – ou, ainda, externos e internos. No caso do auxílio externo, a atuação pode se dar criando um contexto favorável com políticas, recursos financeiros e humanos, informação, conhecimento, acesso a instituições que impulsionem a mudança cultural e relacional.

Em relação às políticas, estas podem auxiliar o empoderamento na “mudança ou aprovação de novas leis que apoiem as iniciativas dos excluídos e pobres” (IORIO, 2002, p. 29). Abordando temas como discriminação, acesso a recursos, introdução de normas que deem acesso a crédito, entre outros, as políticas podem remover barreiras e garantir alguns recursos para que os grupos desenvolvam suas capacidades.

Iorio (2002) ainda coloca que se restringir à atuação da lei é insuficiente, já que, por exemplo, nos países do “sul”, elas são pobremente implementadas. Portanto, necessita-se de “promoção e implementação de processos participativos na gestão pública. (...) A participação é um elemento constitutivo das estratégias de empoderamento” (p. 29). Para isso, a autora destaca a necessidade de se promover conjuntamente o acesso à informação sobre direitos e a transparência nos processos para que os grupos em exclusão saiam de um lugar passivo de “beneficiário” para agente ativo de participação social. Para Iorio (2002), a informação está relacionada às diferentes posições de poder, e o controle sobre a informação por parte desses grupos pode gerar novos conhecimentos e novas difusões de informação, bem como promover mudanças nessas posições.

Ainda sobre a informação e o conhecimento, não se trata apenas de fazer com que os grupos marginalizados se apropriem do conhecimento “de dentro”, “oficial”, que ele seja inserido na lógica vigente e se aproprie dela. Com o empoderamento, a perspectiva desses

autores é que os grupos comecem a construir suas informações e conhecimentos para serem legitimados nesta construção.

Reconhecido por suas atuações em países em desenvolvimento com alto índice de pobreza e desigualdade, em 2002, o Banco Mundial apresentou centenas de atividades e iniciativas sobre empoderamento e redução da pobreza (WORLD BANK, 2001). O documento identificou duas áreas prioritárias de ação: a) desenvolver atmosfera para investimentos, empregos e crescimento; b) empoderar pessoas pobres e investir nas suas capacidades (WORLD BANK, 2001). O Banco Mundial teve a proeza de tirar do empoderamento a peça chave dos movimentos sociais, que é a *transformação das relações de poder*, e inseriu o termo *reforma*, além de outro curioso elemento: as *relações de mercado*. A referência ao empoderamento vai aparecer, portanto, como expansão da liberdade de escolha e de ação política e de mercado (WORLD BANK, 2001). Sendo a pobreza multidimensional, é necessário desenvolver as capacidades das pessoas em nível individual, como saúde, educação e habitação; e também no nível coletivo, como a habilidade de organização e mobilização para solução de problemas (WORLD BANK, 2001).

O documento coloca, ainda, que empoderar é romper com as barreiras institucionais – tanto formais (Estado, mercado, sociedade civil e agências internacionais) como informais (exclusão social, relações de exploração e corrupção) – que impedem o desenvolvimento e bem-estar das pessoas. Embora o texto coloque que o empoderamento deve se adaptar às necessidades locais, ele cita quatro elementos que, nas experiências anteriores, foram fundamentais e devem permanecer para que ocorra a “reforma institucional” (WORLD BANK, 2001, p. VI):

1) Acesso à informação: “Informação é poder”. Cidadãos bem informados acessam mais oportunidades, serviços e exercem seus direitos. Tecnologias de comunicação se tornam pivô na difusão e acesso às informações.

2) Inclusão/participação: A participação dos grupos excluídos nas decisões tem por objetivo garantir que o uso do dinheiro público acesse as prioridades e os conhecimentos locais, além de promover uma constante vigilância quanto ao comprometimento na execução das ações por parte dos órgãos públicos.

3) Prestação de contas: As políticas, ações e o uso dos fundos devem estar disponíveis e de fácil acesso. Governo e iniciativas privadas devem ter prestação de contas horizontais, tanto internamente quanto com os cidadãos e clientes.

4) Capacidade de organização local: Habilidade das pessoas se organizarem e trabalharem juntas, mobilizar recursos para resolver problemas de interesse comum.

O Banco Central propõe ações para com as populações, mas também para com os governos. Enquanto eles investem em projetos e até mesmo em empréstimos financeiros para os grupos locais e marginalizados, o foco está em “aperfeiçoar a governança local e nacional” (WORLD BANK, 2001, p.VII). Essa perspectiva é extremamente criticada pelos movimentos sociais que compreendem e aplicam o empoderamento como mudança das relações de poder.

Ainda sobre a atuação do Banco Mundial, Romano (2002) afirma que a questão do poder, antes central no empoderamento, se dilui naqueles quatro elementos de reforma institucional. Nas áreas de atuação do BM – acesso aos serviços básicos, promoção da governança local, promoção da governança nacional, desenvolvimento de mercados em favor dos pobres, acesso à justiça e ajuda legal – a questão do poder não aparece. O pesquisador questiona, portanto,

(...) até onde, na grande maioria dos casos – como, por exemplo, em projetos de irrigação, difusão de telefonia ou de fundos de desenvolvimento social – não se continua fazendo em essência, ainda que de outro modo, o que se fazia? Isto é: roupagens novas para ações velhas... Ou até onde o potencial de mudança das ações novas tem sido limitado – ou anulado – pela prática e a cultura política e institucional dominantes na entidade e nos governos que promovem essas ações? Isto é: ações novas aprisionadas em roupagens velhas... (ROMANO, 2002, p. 10)

Romano (2002) argumenta que é muito comum acontecer de categorias originadas em discursos críticos ao desenvolvimento vigente serem apropriadas e ressignificadas por discursos e práticas dominantes. Quando atores sociais com práticas, enfoques e ideologias muito diversas confluem em um conjunto comum de conceitos, há falta de clareza sobre seu significado real ou primeiro. Isso faz com que o conceito perca força e exista uma desconfiança para com o mesmo, diante dos perigos de cooptação, diluição e distorção do mesmo (ROMANO, 2002).

Há uma ardilosa neutralidade no uso do empoderamento promovido por governos e agências multilaterais, que domestica os conflitos e controla os processos de mudança do *status quo*. O questionamento político se dissolve em técnicas de administração e gerenciamento de conflitos; e, com isso, as relações de dominação que produzem oprimidos e opressores não aparecem dando espaço a um objetivo agora de bem-estar (ROMANO, 2002).

Vasconcelos (2013), reconhecido como uma das lideranças dos movimentos de reforma psiquiátrica e antimanicomial no Brasil, afirma que, do lado definido por ele como “conservador”, onde se encontra o Banco Mundial, o empoderamento tem como objetivo “alcançar o sucesso”. O empoderamento vem atrelado a práticas de individualização, liberalismo radical, pragmatismo e utilitarismo, além de recalcar a dimensão coletiva dos

problemas sociais. Ao não se questionar o *status quo*, as ações de empoderamento acabam tendo um caráter de dádiva, de bem feitoria, algo que pode ser dado e também retirado. Para o autor, essas práticas corroboram com a relação de opressão, pauperização econômica e social, estimuladas pelas políticas capitalistas de reajuste neoliberal.

O caráter técnico e instrumental do conceito passa também a compreender mais metodologias específicas – como, por exemplo, a “capacitação”. É muito comum, nos programas e projetos que envolvem o empoderamento, haver este momento de capacitação, que normalmente é no início e ministrada por consultores e especialistas. Assim, “participação coletiva”, “engajamento”, “autonomia” e outros elementos passam a ser ensinados em salas de aula, em dinâmicas de grupo, já mastigados e pré-definidos. Há, portanto, uma hipervalorização dos efeitos de um certo tipo de ação pedagógica nessas práticas.

Enquanto a construção coletiva se torna apenas uma etapa do processo, o indivíduo se torna o sujeito da ação. Os interesses e necessidades são colocados como propriedades individuais e as mudanças grupais, sociais e culturais se colocam como efeito. Para Horochovski (1995), há uma cooptação do conceito pelos meios conservadores, no sentido de dissimular um individualismo antiestatal filiado a um imperialismo empresarial neoliberal. Horochovski vai dizer que a combinação do individualismo antiestatal e o imperialismo empresarial estão fundados na defesa de valores neoliberais tais como empreendedorismo, impostos mais baixos, menos despesas governamentais e regulação e capitalismo internacional livre de mercado.

Para verificar o grau de empoderamento atingido, Perkins e Zimmermam (1995) estabelecem critérios de avaliação de resultados, afinal, “o empoderamento é uma variável muito dependente das singularidades de cada contexto” (HOROCHOVSKI, 2006, p.13). A avaliação é realizada dentro de três eixos, sendo esses: a) nível individual – o controle percebido sobre situações específicas e habilidades na mobilização dos recursos, b) no nível organizacional – a construção e consolidação de redes e fortalecimento de políticas e c) no nível comunitário – a evidência de pluralismo e recursos comunitários acessíveis (HOROCHOVSKI, 2006). Em um estudo realizado no início dos anos 1990, Horochovski analisou mapas institucionais e identificou que:

(...) a percepção de populações locais quanto ao funcionamento democrático das instituições do Estado, a prestação de serviços públicos por este, o acesso a mercados por meio do crédito, do emprego e de bens de consumo, bem como as situações dos domicílios e das comunidades no que tange a relações de gênero, laços comunitários, associativismo etc. Além disso, são feitas questões sobre a agência individual, que incluem a presença dos atores em organizações, níveis de renda e consumo, status

profissional, a permissão/proibição para participar em ações coletivas e assim por diante. (HOROCHOVSKI, 1995, p. 13).

2.2 O poder do empoderamento

Após fazer esse breve mapeamento das formas como o empoderamento vem sendo descrito, é importante destacar que a divisão feita por diversos autores, entre um *empoderamento militante*, voltado para a transformação das relações de poder, e um *empoderamento conservador*, atrelado aos órgãos de governo e ao desenvolvimento econômico, resulta insatisfatório para os propósitos desta pesquisa. Isto porque faz aparecer uma oposição binária que polariza, molariza e moraliza a discussão. Também anula a possibilidade de percebermos as descontinuidades que se colocam na construção de cada uma dessas formas de empoderamento (não perfazem uma unidade tão nítida como muitas vezes é enunciada). Além do mais, tal divisão vela certas conexões nem muito visíveis, nem muito declaráveis e nem muito admissíveis por parte daqueles que advogam por certa modalidade de compreensão do empoderamento.

Foucault (2008) afirma que a constituição de um *corpus* coerente e homogêneo de documentos e a separação em categorias e unidades constituem um problema metodológico de construção da história, e que os documentos utilizados na pesquisa, antes de serem um “feliz instrumento de uma história” (p. 8) ou simples *memória*, são a própria *produção* dessa história. Escrever uma história do empoderamento, de forma didática, agrupando e separando enunciados por meio de tradições discursivas, unidades e linearidades, torna-se mais um objeto de análise do que uma constatação do que ocorreu, de uma memória de fato. Ao fazer uma separação entre “empoderamento militante” e “empoderamento conservador”, cada um deles com suas afinidades específicas, essa forma de escrita acaba por afirmar o que é o bom e o que é o mau empoderamento, o que é o verdadeiro e o que é o falso empoderamento.

Quando se coloca também o empoderamento em termos de resistência, acaba-se atribuindo o que Benevides (2013) chamou de sentido *propositivo-apologético* da resistência. Assim, tende-se a exaltar de forma ingênua “a” resistência, como se nela houvesse intenções sempre boas. Assim, a resistência é capturada por uma compreensão moral. Isto não se faz, entretanto, de forma abstrata, mas a partir da cristalização de imagens e estereótipos muito específicos e com contornos bem definidos acerca do que é resistir e de quem resiste. O problema reside, entretanto, no fato de que tal atitude, além de sempre beneficiar o sujeito da enunciação que aparece sempre como o sujeito da resistência, impede de ver “a complexidade

do jogo de forças entre poder e resistência, com suas múltiplas e cambiantes formas de relação (...) e o próprio estatuto daquele que fala” (BENEVIDES, 2013, p. 244).

Em maior ou menor grau, tendo os autores esta intenção ou não, constrói-se um certo *ideal de empoderamento*. De um lado, o empoderamento autêntico, que libertaria e produziria autonomia, liberdade de escolha e capacidades para transformar as relações; de outro lado, o mau empoderamento, que estaria a cargo de perpetuar o sistema econômico e político do capitalismo neoliberal. Estes também acabam por ser tomados como o grande mal a ser combatido.

A produção de um *ideal de empoderamento* acaba por produzir efeitos também nas práticas cotidianas. O primeiro efeito se dá no fato de que, por ser um ideal, *o empoderamento nunca será atingido por completo*, ele é sempre “processo de mudança” (ROMANO, 2002, p. 11). Os “graus de empoderamento” atingidos são instáveis e podem nunca ser suficientes, já que pretendem um ideal, uma imagem-objetivo inatingível. Ou seja, o processo de empoderamento deve estar sempre acontecendo, *os grupos “empoderados” e/ou as práticas empoderadoras devem estar em constante autoprodução*.

O segundo efeito nasce a partir dessa constante autoprodução em direção ao ideal de empoderamento. *As práticas e discursos dos grupos e indivíduos direcionando-os para o que seja o ideal de empoderamento faz com que os “empoderantes” ou “empoderadores” estejam em permanente vigilância, autoanálise e aperfeiçoamento*. Ou seja, já que se trata de um processo inclinado para um ideal, resulta que grupos, indivíduos e agentes externos estarão sempre questionando os diversos aspectos de suas vidas em relação ao quanto de empoderamento eles estão conseguindo atingir, o quanto de empoderamento ainda há por atingir e o quanto que o poder que já foi atingido deve ser protegido e fortalecido para não ser perdido. Suas escolhas, suas práticas cotidianas, o grau de sua participação nas decisões públicas, a capacidade de atuar em rede, de sustentar uma postura ativa diante dos conflitos estarão em constante análise, serão sempre objeto de vigilância e análise, tendo como referência desenvolver capacidades individuais e coletivas, autonomia, participação nos processos estatais *etc.*

E o terceiro efeito da produção de um ideal de empoderamento é que, enquanto há uma constante autoanálise e autoprodução a partir de um ideal, aquilo que não se encaixa nesse ideal é passível de ser desqualificado. Portanto, há uma *desqualificação de outros enunciados, de outras práticas e de outras formas de vida que não se encaixem no que se projeta como empoderamento*, uma vez que o empoderamento já é codificado como ideal de empoderamento. Portanto, três elementos entram em cena: a eterna insatisfação e insuficiência com o estado

atual de empoderamento, a constante vigilância e mobilização reformista dos aspectos cotidianos da vida e a obstinada cruzada contra modos de vida avessos ao empoderamento.

A partir desses três efeitos produzidos pelos enunciados do empoderamento, é pertinente questionar: *Quais práticas, enunciados e formas de vida estão sendo vigiadas e quais estão sendo desqualificadas a partir do empoderamento? E quais formas de vida estão sendo qualificadas/exaltadas/positivadas pelo empoderamento?*)

Para responder a essa pergunta é necessário enxergarmos o seguinte paradoxo: o sistema econômico tradicional no qual nos organizamos atualmente – capitalista, neoliberal, voltado para o aperfeiçoamento das práticas de produção de lucro – constrói suas próprias margens e define o que deve estar dentro e o que não cabe a ela (FRIEDMANN, 1996; HOROCHOVSKI, 2006). As pessoas e grupos “marginais” também são elementos produtores deste sistema, eles inclusive, precisam existir para que haja o capitalismo. Contudo, segundo os textos que descrevem o empoderamento, como os que utilizamos acima, estas pessoas não se beneficiam do mesmo. Portanto, é neste sentido que elas estão à margem talvez não do sistema econômico tradicional, mas sim de seu desenvolvimento.

Pois bem, as formas de organização econômica acabam por definir quem é marginal e quem não é, quem desfrutará dos benefícios do desenvolvimento econômico e quem não desfrutará. Dentro deste mesmo sistema que produz o que é marginal, vemos ser legitimado um dispositivo – *empoderamento* – que atua na construção de um poder que diz de uma relação dos que estão à margem e o próprio sistema. Vimos que Banco Mundial, Organização das Nações Unidas e governos de países neoliberais vêm desde a década de 1970 lançando mão de um instrumento de possível “rompimento” dessas margens a partir da elaboração e restituição de um poder para aqueles que supostamente não o têm. Mesmo o tal empoderamento “militante”, que Iorio (2002), Horoschovski (2006), Romano (2002) e Vasconcelos (2013) afirmam que nasce dos próprios grupos excluídos e que pretendem transformar as relações de poder, ainda assim, vem construindo uma inserção para com esse sistema tradicional.

Acabamos aqui falando basicamente de uma relação econômica tradicional entre pobres, desempregados, mas sabemos que o sistema econômico capitalista e neoliberal não produz só relações de pobreza e riqueza, ele constrói todo um sistema de subjetivação de formas de se viver dentro dele. Ele não funciona apenas no registro de valores da ordem do capital, ele atua através de um modo de controle da subjetivação. A característica própria do lucro capitalista não se reduz aos modos de financiamento, ela também diz de uma tomada de poder da subjetividade (GUATTARI; ROLNIK, 1986).

O empoderamento, desta forma, não se volta apenas à pobreza, mas busca combater outras desigualdades que brotam das relações econômicas desiguais. Vasconcelos (2013) afirma que, no caso da atenção psicossocial no Brasil, as classes médias não costumam frequentar os serviços públicos nos quais os projetos de empoderamento vem sendo desenvolvidos. Vimos também que o empoderamento é construído nas lutas feministas e de opressões raciais e tem como objetivo atingir não só o pobre, mas todos aqueles que dentro de um sistema econômico passam por algum tipo de “desposseção” (IORIO, 2002). Ele atua junto àqueles que estão à margem, seja à margem política, econômica, social ou cultural; ou talvez fosse o caso de afirmar que o empoderamento atua junto àqueles que estão em maior ou menor grau à margem dos processos de subjetivação que se constituem dentro do sistema econômico vigente. Não seriam esses grupos e indivíduos um alvo do empoderamento por serem um risco aos sentidos já dados para a organização social e econômica que vigora? Por estarem às margens, eles não escapam em um certo grau dessa subjetivação, escapando assim da vigilância e do controle?

Pelbart (2013) fala que há um inacabamento próprio à vida, ele afirma que existem seres por nascer que estão em um estado embrionário no qual a forma (ou fôrma) ainda não os “pegou” totalmente. Este inacabamento da vida possibilita abrir passagem para constituição de forças outras, de novos fluxos de vida que ainda não estão codificados ou governados segundo uma lógica vigente. As pessoas que estão à margem de um poder que lhes deve ser restituído podem, justamente por não terem esse dito poder, ter esse inacabamento que lhes permite criar outros poderes, outras forças, outros fluxos.

Portanto, neste sentido, o *poder* do empoderamento pode ser o elemento que as blinda de estarem na condição de seres ainda por nascer. Ao serem inseridas em um campo de subjetivação a partir do empoderamento, que por si também está inserido em um campo de forças no qual majoram as forças capitalistas e neoliberais, os seres por nascer saem no campo das possibilidades, deixam de ter potência de diferir, de investir em novas conexões e criar outra coisa para além do que está prevalecendo. Ao se empoderarem, as pessoas correm o risco de perderem a potência de produzir processos singulares e de resistência.

Como vimos, o *poder* do empoderamento diz da inserção dos que, em algum grau, ou em algum aspecto de suas vidas, *estão fora* de elementos constituintes da lógica econômica neoliberal. A condução do empoderar traz em si elementos que não são estranhos à lógica neoliberal, pelo contrário, são investidos por ela, tais como: a construção da autonomia e da consciência, o sentimento de pertencimento, a consolidação de parceria e atuação em rede, liberdade de escolha, controle sobre sua própria vida e capacidade de construir o bem-estar

individual e coletivo. A capacidade do empoderamento de se capilarizar e acessar os diferentes aspectos da vida – cidadania e democracia, trabalho, lazer, educação, relações afetivas e saúde – vigiando, incitando e reforçando modos de gerir e cuidar dessa vida, faz com que ele seja um potente dispositivo biopolítico. O que antes não era acessado e controlado e, portanto, com possibilidades múltiplas de criar outras formas de organização da vida, passa a ser visível, codificável e conduzível. Portanto, o empoderamento, além de efetivar práticas de *dar poder a* e assim substituir um *não poder* de certas pessoas (que pode ser de escolhas, de decisão, de pertencimento), ele também efetiva um *dar poder a* que não se faz tão visível, mas se faz extremamente presente, que é um *dar poder* relativo ao controle *sobre* essas pessoas.

2.3 Autonomia e Neoliberalismo

No livro “O novo espírito do capitalismo” (2009), Boltanski e Chiapello constroem uma tese a respeito do capitalismo contemporâneo e colocam que, atualmente, as suas características se definem pela autonomia no trabalho, com maiores flexibilidades e independência.

A partir da leitura de textos de gestão empresarial das décadas de 1960 e 1990, os autores traçam as mudanças ocorridas no mundo do trabalho. Eles afirmam que essa literatura, que não necessariamente é acadêmica, mas foi criada para ser lida pelos gestores, empreendedores e empresários, não trata de questões técnicas, mas sim de um tipo de moral, de filosofia de espírito empresarial – o que se traduz em uma série de orientações para a conduta laboral e de novos métodos de obtenção de lucro. É uma literatura de auto-aperfeiçoamento que se aproxima consideravelmente das literaturas de autoajuda, no sentido de ser prescritiva e normativa, diz o que deve e o que não deve ser feito quanto ao trabalho e ao lucro, mas também diz de condutas para a própria vida.

Para Boltanski e Chiapello (2009), esses livros que defendem a autonomia, a flexibilidade e a liberdade ajudaram a formar a autogestão nos anos 1990. A tese dos autores é de que o capitalismo, com sua capacidade de aproveitar as críticas feitas a ele, foi e vem sendo aprimorado. As críticas, ao dar visibilidade para aspectos onde ele está falhando, permite que a partir disso ele se transforme, não no sentido da instauração de dispositivos mais justos, mas na aceleração dos modos de realização do lucro. Quanto a isso, Benevides e Severiano (2012) afirmam que há uma crítica estética ao capitalismo, que na medida que denuncia a padronização, a homogeneização e a repressão das potencialidades humanas características do capitalismo, apresenta uma tendência a articular-se, em alguma medida, ao neoliberalismo.

As demandas por autonomia, flexibilidade e liberdade que foram reivindicadas nos movimentos sociais de maio de 1968, mantinham um forte caráter de crítica a um sistema econômico e social. Para as gerações nascidas no pós-guerra, o protagonismo do Estado era excessivo e, frente ao paternalismo que levantava a bandeira do bem-estar, questionou-se a necessidade de devolver ao sujeito a prerrogativa de decidir seu destino e cultivar sua diferença (PERAN, 2016). Desta forma, as demandas pela liberdade individual e pela construção das identidades foram aparecendo e se legitimando a partir da segunda metade do século XX.

Trinta anos depois essas mesmas demandas encontram-se descentradas da crítica inicial e hoje estão inseridas na nova gestão empresarial, como fins em si mesmas. Ao percebermos essa mudança, não queremos afirmar que houve uma luta e que esta fracassou, ou que a autonomia foi coagida de seus valores iniciais ou mesmo que o “capitalismo venceu”. Queremos dizer que, ao longo de trinta anos, houve um movimento de apropriação por parte de aparatos políticos e estratégicos, tais como a literatura empresarial, de elementos que em uma época específica eram reivindicações de lutas por mudanças nas relações de trabalho. Contudo, o uso feito por este aparato empresarial é, a nosso ver, um uso em si mesmo, que tem como finalidade a própria perpetuação de um certo *status quo* e que não busca uma sociedade mais igualitária e justa. A crítica, e principalmente a crítica social, em decorrência, encontra-se no atual estado de desorientação. Entretanto, isso não constitui fatalidade incontornável, constitui acontecimento efetivo, porém contingente. A história não chegou ao fim.

As transformações e os “avanços” tecnológicos, econômicos e sociais ocorridos desde então teriam concretizado uma sociedade mais liberal e “tolerante”. Eles foram sedutores no sentido que multiplicaram a sensação de possibilidades de realização pessoal e ampliação dos limites da condição humana, ao mesmo tempo que minimizaram ou mascararam os seus efeitos destrutivos (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2009). Como, por exemplo, a possibilidade de trabalho autônomo, com maiores liberdades, pode render lucros maiores e conseqüentemente melhor acesso à saúde, educação, moradia e lazer, enquanto aumenta também o risco de fracasso sem a segurança e a retaguarda financeira que um trabalho assalariado e hierarquizado proporciona.

Os autores discorrem que, na década de 1960, a autonomia foi uma reivindicação por parte dos executivos das empresas, junto à maior flexibilização e incentivo à criatividade. Nesta época, a literatura de gestão empresarial era voltada prioritariamente para esses executivos. Sobre as mudanças que ocorreram ao longo destes trinta anos, eles destacam que o trabalho foi mudando de formal para informal. Houve incentivo para a contratação temporária

e para mão de obra substituta, horários mais flexíveis e adequáveis às demandas dos trabalhadores.

Nos anos que sucederam à Segunda Guerra Mundial, houve mudanças dentro do capitalismo para responder à preocupação e às reivindicações da burguesia. O sistema social ao qual o capitalismo estava acostumado em satisfazer, principalmente em relação à classe burguesa, com a esperança de mobilidade ascendente (sustentada pela poupança ou pela redução da natalidade) ou de conservação das vantagens conquistadas, estava sendo ameaçado (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2009). O capital prosperou ao mesmo tempo que as pessoas comuns foram cada vez mais se separando dos lucros. Havia desenvolvimento econômico e desenvolvimento social, contudo, a proporção entre ambos não era coerente, já que o lucro gerado pelo desenvolvimento se concentrava em poucas mãos. Houve uma liberação ilimitada na esfera financeira, mas que não atingia aqueles “cujo empenho é necessário ao funcionamento do sistema como um todo” (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2009, p. 28), mesmo que eles acreditassem ter total controle e poder, gerando assim, sensação de impotência.

Portanto, para minimizar e evitar possíveis danos, foi necessário que fossem construídas “razões de esperança” (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2009, p.28).

Ele (o executivo) ganhará certa autonomia na organização, terá meios à sua disposição e será controlado, não em cada uma de suas decisões, mas pelo resultado global. Graças a esse engenhoso dispositivo, os patrões mantêm o controle, ao mesmo tempo que realizam as reformas julgadas necessárias pelos organizadores. Os executivos ganham autonomia, e as empresas podem tirar proveito de uma força de trabalho mais motivada. (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2009, p. 93).

A autonomia conferida aos gestores faz com que a avaliação se dê com base nos resultados, e não mais no processo de trabalho. A eficiência do gestor se torna fundamental, já que o importante é que ele atinja os resultados esperados, independente de como ele e sua equipe efetuarão o trabalho.

Em 1990, o caráter autônomo, flexível e criativo já está incorporado à literatura de gestão empresarial, mas com um novo aspecto: *ele se amplia para todos os trabalhadores*, mesmo para aqueles que não estão na gestão de uma empresa. A crítica à burocracia, característica das reivindicações dos anos 1960, permanece, mas o incentivo à autonomia espalha-se a todos os assalariados.

A hierarquia, portanto, se tornou em um modo de organização supostamente a ser superado nos anos 1990. O nível educacional geral aumentou e as pessoas não almejavam mais comandar ou ser comandadas. O incentivo às liberdades individuais se colocou no lugar da hierarquia. A concorrência se fortaleceu diante da diminuição das empresas, do aumento das

terceirizações – e isso fez e continua fazendo com que as pessoas tenham que inovar-se, ser flexíveis e adaptar-se. “O mundo do trabalho se transforma e atua-se por projetos nos quais o cliente é o patrão, os trabalhadores se organizam em equipes multiprofissionais e não necessariamente de uma mesma empresa. As equipes são o lugar da autogestão e do controle.” (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2009, p. 103).

Entram em cena os *líderes* com suas ideias sempre inovadoras e visionárias, tentando garantir o engajamento da equipe sem a necessidade de um comando autoritário e dar mais sentido ao trabalho de cada um. Na equipe, cada um sabe o seu papel a desempenhar sem que ninguém precise mandar. Há um comando do líder, mas este direciona mais do que exige, estimulando assim a autogestão de cada membro. “Nada é imposto, pois ele adere ao projeto” (CHIAPELLO; BOLTANSKI, 2009, p. 105). O poder próprio do neoliberalismo adquire uma trama sutil, flexível e inteligente, que escapa de toda visibilidade (HAN, 2014), e cuida de que o sujeito, que não se vê nessa trama e se presume livre e autônomo, se submeta voluntariamente a ela. Este poder não atua pela proibição ou punições, sua eficiência está justamente em ativar, motivar, otimizar a vontade dos sujeitos a seu favor. A sociedade neoliberal é afirmativa e sedutora e se esforça em gerar e explorar emoções positivas. Ele elimina a decisão livre em favor da livre escolha entre distintas ofertas (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2009).

Nesta fase da gestão empresarial, as pessoas devem ser competentes para diversas tarefas, aperfeiçoando-se, adaptando-se e sendo capazes de autogerir-se e trabalhar com pessoas diferentes e que não necessariamente serão colegas constantes em suas vidas. Mais do que o trabalho em si, a *competência* do trabalhador se torna a máquina que gera os lucros (FOUCAULT, 2007). Considera-se que os trabalhadores saem ganhando com essa autonomia, porque se sentem inseridos de forma ativa em um projeto maior. Não há mais o chefe autoritário e cobranças impositivas. Eles se tornam *integralmente* responsáveis por *parte* das produções, tendo assim mais facilidade para se adaptarem e cumprirem suas tarefas.

As garantias que as instituições têm da realização do trabalho neste novo contexto se dá a partir da concorrência e do autocontrole. “Não existe uma infinidade de soluções para controlar o incontrolável” (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2009, p. 110). As coerções externas dos dispositivos organizacionais se dissolvem e voltam-se para a interioridade das pessoas. Não há necessidade de vigilância direta, supervisão, cobranças. As formas de controle se horizontalizaram, e a empresa se esforça em impor uma modulação para cada salário, o chamado “salário por mérito”, em um estado de perpétua impermanência, além de promover desafios, concursos e eventos que buscam premiar e incentivar a competitividade (DELEUZE, 1992). Investe-se em uma rivalidade de certa forma velada e disfarçada dentro do trabalho

“colaborativo” e de equipe, mas que serve de motivação e contrapõe os indivíduos entre si. As noções de *aliança estratégica* e *confiança* se edificam no meio desse clima de colaboração e rivalidade e se tornam o estímulo moral da autonomia dentro das empresas.

A confiança, na verdade, é o outro nome do autocontrole, pois designa uma relação segura, um momento em que não existe nenhum outro dispositivo, senão a palavra dada e o contrato moral. Além disso, ela é moralmente qualificada, ao passo que o controle por um terceiro não passa de expressão de uma relação de dominação. (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2009, p. 114).

O autocontrole dos trabalhadores deve ser coerente com um projeto geral da empresa, ou melhor, com a cultura organizacional. As noções de *envolvimento pessoal* e *vestir a camisa* atuam como motivações ligadas ao desejo e ao prazer de fazer parte daquela organização e realizar o trabalho. Ou seja, não há mais coerção externa, embora a concorrência e o medo de ser substituído a qualquer instante por alguém mais qualificado seja sempre uma sombra para o trabalhador. Mas este é um trabalhador que gosta de se arriscar, de inovar e percebe as dificuldades como desafios e aprendizagens. Há inspiração, motivação e incitação dos desejos pessoais. Assim, cabe à pessoa desenvolver o autocontrole, se moldar de forma “voluntária”, modulando-se aos interesses da empresa, para atingir aquilo que ela mesma almeja, tornando-se “colaborador”.

A cultura e os valores da empresa, o projeto da empresa, a visão do líder, a capacidade do dirigente empresarial de “compartilhar seu sonho” são meios auxiliares que devem favorecer a convergência dos autocontroles individuais, controles exercidos por cada um sobre si mesmo, de modo voluntário, tendo todos mais probabilidade de permanecer coerentes entre si, visto que são inspirados por uma mesma fonte original (...) Os novos dispositivos visam a aumentar a autonomia das pessoas e das equipes, de tal modo que elas sejam levadas a assumir uma parte das tarefas de controle antes assumidas pelos escalões superiores ou pelos departamentos técnico-consultivos. (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2009, pp.110-111).

A governamentalidade, ao lidar com as formas de “adesão” e “convencimento”, age nos “sujeitos”, nos seres que são capazes de assentirem ou não por si mesmos, ou seja, seres capazes de um assentimento não coagido, mas autônomo (BENEVIDES; SEVERIANO, 2012). Boltanski e Chiapelo (2009) mostram que na literatura empresarial do novo espírito do capitalismo, junto à palavra *gerente* e *líder*, aparecem os adjetivos *inspiradores*, *catalisadores* e até mesmo *atletas da empresa*. É de suas qualidades pessoais que se baseia a confiança, ou seja, a confiança se dá a partir das habilidades de liderar, desenvolver projetos, ser pró-ativo, criativo, solucionar conflitos, ser visionário, mais do que de uma lealdade ou tempo de serviço para com a instituição, como era baseada a confiança na década de 1960. As empresas deixam de ser o lugar da segurança, do emprego e crescimento garantido, para se voltar ao estímulo de

seus profissionais, desenvolvendo as competências e habilidades acima citadas para que eles sejam excepcionais, por meio de “capacitações” e competições internas (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2009).

Aparece aqui o profissional *coach*, o treinador, cujo papel é desenvolver, por meio de um acompanhamento personalizado, todo o potencial de um indivíduo ou equipe. O *coach* é o profissional que atua como um psicólogo e um educador de autonomia e desenvolvimento profissional (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2009). Mas ele não é chefe, psicólogo ou educador em seus formatos mais tradicionais. Ele auxilia as pessoas na *capacidade de iniciativa*, com a “arte de dar vida às mentes.” (AUBREY *apud* BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2009, p. 148).

Brinkmann (2017) aborda o *coaching* nos dias de hoje como uma diversidade de tecnologias de autodesenvolvimento que prende as pessoas à sua lógica, tornando-as dependentes desta autoprodução. A lógica do *coaching* suaviza as margens entre vida pessoal e vida profissional. Para que todo o potencial da pessoa seja explorado é necessário que não haja mais essa separação. Até porque a satisfação e o sucesso precisam ser plenos. O *coaching* prega o desenvolvimento, a positividade e o sucesso, sendo um elemento representativo da atual cultura da aceleração (BRINKMANN, 2017). As práticas de *coaching* se conectam ao aconselhamento, à psicoterapia e ao cuidado pastoral. Assim, o *coaching* se tornou uma maneira padronizada de gerenciamento de relacionamentos interpessoais, especialmente quando há a necessidade de autodesenvolvimento e sucesso.

Han (2014) afirma que a lógica neoliberal de otimização pessoal desenvolve técnicas de subjetivação que atuam infinitamente no *eu*, por meio da introspecção e do exame protestante. Ao invés de buscar pecados, buscam-se pensamentos negativos, o *eu* luta consigo mesmo como se fosse um inimigo. Nesse novo espírito do capital os próprios pastores evangélicos atuam como gerentes e *coachs*, e pregam um novo evangelho do rendimento e da otimização sem limites.

O profissional *coach* não é uma autoridade que dita o que é certo ou errado, mas que segue a lógica de que o consumidor está sempre certo e é quem sabe o que é melhor para si mesmo. O seu trabalho, portanto, será de conduzir e auxiliar a pessoa a respeito de si mesma e de suas preferências, e a partir delas refletir sobre seus desejos e realizar seus objetivos. “O *coach* faz perguntas, mas as respostas vem do meu interior”⁸ (BRINKMANN, 2017, p. 9, tradução nossa). Inicialmente sob uma lógica esportiva de disciplina, preparação e sob a

⁸ “The coach asks questions, but the answers come from within me”.

orientação de um treinador, o *coaching* ganha força no contexto empresarial e expande-se para a vida como um todo.

Segundo Chiapello e Boltanski (2009), além do *coach*, aparece o papel do especialista e do gerente de projetos na literatura de gestão empresarial, que se baseiam em suas próprias experiências, com seus saberes técnicos e pessoais incorporados para superar desafios e estabelecer elos entre zonas de especialidades muito diferentes. O autoaperfeiçoamento, a iniciativa e a criatividade não são suficientes para atingir a excelência e a satisfação. Todos esses profissionais têm em comum a capacidade de possibilitar ampliação de conexões e redes temporais, espaciais e institucionais ou sociais, pondo para trabalhar juntas pessoas de departamentos, instituições ou empresas diferentes.

Peran (2016) analisa que *o comum* pressupõe um certo grau de suspensão da individualidade. O comum requer que a abertura para a colaboração supere a mera participação. Em um processo participativo, os sujeitos distintos se juntam para cumprir uma mesma tarefa, enquanto a colaboração teria potencial de ir além da individualidade. O fundamento do processo colaborativo consiste na disposição atenta para com as particularidades dos sujeitos envolvidos, de forma que a confluência de várias pessoas atentas umas às outras pode criar um campo novo de possibilidades. A colaboração, portanto, seria criativa e produtora de *comum*. Contudo, o autor ainda afirma que a dinâmica colaborativa tem sido utilizada de forma muito restrita, detendo-se ainda às individualidades presentes. A colaboração investe em um extenso leque de possibilidades de como conviver com outras pessoas, mas o problema está no fato de que, principalmente sob a lógica empresarial, a colaboração se utiliza da subjetividade individual para ocupar o centro de sua dinâmica.

A colaboração que se dá entre subjetividades individuais se multiplica nos diversos projetos em que as pessoas vão se inserindo, porém, sempre como aliança de natureza estratégica que as une para superar os limites de suas autarquias (PERAN, 2016). Em um mundo em rede, no qual as conexões têm maior probabilidade de ser lucrativas quanto mais imprevisíveis e longínquas forem, o sucesso se dará a partir da efetivação dessas alianças entre seres afastados entre si, de universos diferentes e fora do seu meio de origem e círculo de relações imediatas (PERAN, 2016). Quanto maior a autonomia das pessoas, maior e mais rápida a capacidade de se conectarem e se adaptarem às diversas e flutuantes redes. Logo, pensando a autonomia como uma competência cara à economia neoliberal⁹, quanto maior a autonomia dos trabalhadores, maior o seu capital.

⁹ O neoliberalismo, mais que um sistema econômico e social, é um modo de pensamento, de análise e de imaginação (FOUCAULT, 2007).

A autonomia faz parte das competências do indivíduo do neoliberalismo, que não é mais um trabalhador, agora ele é uma empresa ou empresário (HAN, 2014). Ele aprende, com o *coach*, o especialista e o gestor de projetos a ser alguém economicamente capaz e adaptável, a ser para si mesmo a fonte de sua renda.

A vontade de autonomia aparentemente é emancipadora, busca resgatar no ser humano a sua capacidade quiçá inerente de decidir e cuidar da própria vida, contudo, essa vontade de autonomia é comum à sociedade neoliberal. A racionalidade política neoliberal positiva e exalta a autonomia, já que ela necessita da mesma para se solidificar.

A autonomia que está em jogo no neoliberalismo passa pelo reconhecimento de que existem determinantes internos e externos da racionalidade humana, e através da razão reflexiva se faz a busca contínua por independência e por autonomia (BENEVIDES; SEVERIANO, 2012). Ela vem sendo estimulada em todos os aspectos da vida, desde o trabalho até as relações interpessoais. Ela está relacionada à autogestão e ao autocontrole, tão necessários a um governo da vida que incentiva a flexibilidade e a adesão ao que é oferecido. Flexibilidade e adesão que não são inertes ou apáticas. São ativas. São adaptáveis, no sentido de que as pessoas devem ter capacidade de acompanhar as diversas mudanças sociais, econômicas e tecnológicas que vivem atualmente. Elas são movimentos e não estados de inércia de uma consciência reflexiva e soberana. A autonomia, no neoliberalismo, é ainda estimulada para que as pessoas sejam capazes de acompanhar e ter lugar no “progresso”, capazes de fazer parte das “conquistas”, se apeguem, para que elas tenham a capacidade de decidir, escolher aquilo que de fato já foi escolhido antes delas e não por elas.

O capitalismo é um sistema econômico capaz de fornecer, em termos sociais, uma maior autonomia para os cidadãos, contudo, a governamentalidade característica do neoliberalismo dissocia a autonomia de uma prática política. A autonomia, neste contexto, se coloca como uma manifestação na qual o sujeito está fadado a obedecer. É um universal, que assim como “sujeito” e “Estado”, não se constitui em instância sobre a qual as práticas de governo incidem, mas sim uma instância produzida a partir de uma governamentalidade (SEVERIANO; BENEVIDES, 2012).

A autonomia traça um campo restrito de possíveis para a ação dos homens, tendo em vista a suposição prévia de que existe uma autonomia a ser alcançada. Ela diz de uma estratégia de sobrevivência, uma preservação do “eu” que tenciona enaltecer o indivíduo. O culto à expansão da consciência, à saúde, ao “crescimento pessoal” por meio de certos programas psicoterapêuticos e da literatura de autoajuda, o enaltecimento do poder pessoal e da vontade individual como toda-poderosa são traços dessas estratégias de sobrevivência que dão

aparência de autonomia às pessoas que se esforçam em atender às demandas por empreendedorismo, criatividade e investimento pessoal (SEVERIANO; BENEVIDES, 2012).

“A autonomia não aparece como algo à disposição do sujeito, algo que ele pode lançar mão, algo que se lhe apresenta como uma possibilidade; mas, ao contrário, fundamentalmente como um imperativo, uma ordem, uma exigência” (BENEVIDES, 2014, p. 161). Ela é a substituição do controle pelo autocontrole, da coação externa pelo governo de si (BENEVIDES, 2014). A lógica neoliberal sobrecarrega o indivíduo em uma multiplicidade de obrigações cotidianas inatingíveis e contraditórias, exigindo sempre mais iniciativa e autonomia, fazendo-o sentir-se constantemente inapto e insuficiente (SEVERIANO; BENEVIDES, 2012; PERAN, 2016).

Ora, os últimos vinte anos foram marcados sobretudo pelo enfraquecimento das ordens convencionais e das relações hierárquicas (denunciadas como autoritárias), quer estas pertençam ao mundo industrial, quer ao mundo doméstico, e pela multiplicação das reivindicações referentes à autonomia. Em tal contexto, o comando hierárquico acaba sendo substituído, no maior número dos casos, por práticas destinadas a levar as pessoas a fazerem por si mesmas e como que sob o efeito de uma decisão voluntária e autônoma aquilo que se quer que elas façam. (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2009, p. 464).

A autonomia empresariada tem uma funcionalidade. O trabalhador se torna uma espécie de empresa para si mesmo. A partir de variáveis diversas como fatores psicológicos e físicos que o torna competente a gerar lucros, ele possui um *capital-competência* (FOUCAULT, 2007). Ela dá lucro e deve ser estimulada e conduzida.

A autonomia diz de uma obrigação de querer fazer aquilo que se deve. Ela tem mais a ver com a internalização das regras e das morais, do que com se fazer aquilo que se quer. A autonomia diz de um fazer aquilo *que se deve*. O sujeito da autonomia é aquele que consegue *querer o que se deve*, ele se inclina ao que ele deve fazer (BENEVIDES, 2014). É aquele que quer fazer o trabalho de forma independente e atingir os objetivos que satisfazem tanto ao cliente quanto a ele mesmo.

Essa inclinação não é natural ou espontânea, mas é do âmbito da vontade de obedecer, é do âmbito da moral (BENEVIDES, 2014). Ela diz mais de um fora para dentro do que de um dentro para fora. É um domínio de si, uma força exercida sobre si mesmo que faz com que o sujeito aja moralmente apesar dos desejos, ou melhor, que o seu desejo esteja em conformidade com a moral, com regras de conduta *a priori*. Ela é um imperativo racional e intencional de ordem privada. O sujeito não é autônomo porque pensa nas consequências de

sua autonomia ou porque existem pressões externas, ele é autônomo porque consegue querer o que se deve (BENEVIDES, 2014).

Para que haja autonomia, é imprescindível que haja também a liberdade. Só o sujeito livre pode ser autônomo. Só o sujeito que está em condições de “independência da vontade” (KANT *apud* BENEVIDES, p. 95) pode ter *vontade do que deve*. A definição iluminista kantiana de autonomia a coloca como soberania da vontade perante o desejo e capacidade de que esta soberania se converta em ação. A apropriação dos dispositivos empresariais conserva algo e modifica algo. Conserva a noção de relação consigo, mas modifica uma coisa fundamental – os fins da autonomia. Os dispositivos empresariais dão “conteúdo” à autonomia, enquanto que para Kant a autonomia era “vazia de conteúdo”, puramente formal. Não há obrigações políticas ou jurídicas obrigando o sujeito: “Seja autônomo”. Ele é livre e, como tal, ele se responsabiliza por essa liberdade.

Contudo, a ideia de liberdade também é subvertida à lógica de mercado em uma equação na qual a liberdade se associa apenas com as emoções e se converte em meio de produção e de consumo por meio da motivação (HAN, 2014; PERAN, 2016). Explora-se a subjetividade livre e “ser livre significa inclusive deixar livre as emoções”¹⁰ (HAN, 2014, p.39, tradução nossa). Nas empresas, as emoções positivas se tornam um fermento para o incremento da motivação e se tornam recursos importantes para incrementar a produtividade. O rendimento se alia à liberdade como um desdobramento da personalidade individual, enquanto a economia neoliberal impulsiona a “emocionalização” do processo produtivo. No caso do consumo, por outro lado, as emoções são introduzidas para gerar necessidades e estimular a compra. As emoções são performativas no sentido de que evocam certas ações. Atua-se na influência sobre as emoções para incitar atitudes, sob a premissa de que as emoções, enquanto inclinações pré-reflexivas, semi-inconscientes, provoquem ações mais “instintivas” (HAN, 2014).

A sensação de liberdade se localiza na possibilidade de mudar um estilo de vida para outro, até o momento em que este trânsito se apresenta como uma forma de coerção. Assim, à libertação, segue-se uma nova submissão. A apologia à liberdade diz que o sujeito livre é aquele que, fazendo uso de sua própria liberdade, multiplica suas experiências e satisfaz suas emoções até se tornar único, “singular”, como se as emoções fossem suscetíveis e obrigatoriamente necessitassem de um consumo infinito de experiências. Desta forma, as pessoas são lançadas em um oceano de emoções que as constituem, e a decisão do melhor modo

¹⁰ “Ser libre significa incluso dejar passo libre a las emociones”.

de fazê-las rentáveis é pela autonomia, recaindo exclusivamente sobre as próprias decisões. O capital se conecta com a imanência da vida (HAN, 2014).

Não só no campo do trabalho e das empresas, as pessoas entendidas agora como unidades-empresas se tornam a racionalização tanto da esfera econômica como da organização da sociedade (FOUCAULT, 2007). Portanto, existe no neoliberalismo uma sociedade constituída de indivíduos que são *unidades-empresas* e a forma mais adequada de se pensar a sua condução e governo passa a ser a partir da forma *gestão da vida*.

Martí Peran (2016) afirma que vivemos em uma cultura do projeto, na qual não só nas empresas, mas na vida como um todo, abraçamos a ideia de projeto como fórmula retórica da hiperatividade autoprodutiva. Mais do que sujeitos submissos e coagidos, as pessoas se entendem hoje como sendo livres projetos, em constante reinvenção (HAN, 2014). A lógica do projeto faz com que tudo tenha prazo de validade para que se mantenha a lógica da produtividade. A regra é que deve-se sempre manter as coisas em movimento, em aberto e passível de correções, para alimentar a convicção de que o melhor sempre é possível. A cultura do projeto obriga a uma permanente atualização e disposição para novas oportunidades. A energia deve ser toda concentrada em uma produção que tem como objetivo ser substituída por uma nova produção. A vida vem cada vez mais sendo percebida e gerida como projeto, ela está submetida à lógica empresarial da flexibilidade e da atomização. Peran (2016) afirma ainda que quando a vida se concebe enquanto projeto, quando a lógica empresarial do projeto atinge a vida como um todo, a consequência é a sua redução à mera força produtiva decomposta em *flashes* fugazes. A vida enquanto projeto investe na construção de condições adequadas para que as pessoas se experimentem em uma constante autoprodução ao mesmo tempo que traz a sensação de liberdade.

A fantasia da auto realização colada à condição de trabalhador criativo se torna a *nova força produtiva*, enquanto pretende acelerar a condição de empregados de si mesmo convencidos da importância desta ação. O sujeito da autoprodução cultiva habilidades criativas e capacidade de inovação exigida a qualquer empreendedor, assim a criatividade e a autopromoção se tornam ferramentas importantes para se manter vivo dentro do sistema. Ao aderir a esta lógica, o tradicional desafeto ao trabalho se torna superado, na medida em que o trabalho individual e sobre si mesmo se faz criativo e inovador e se converte na sua mais completa adesão. O eu-empresa, que acredita ter se libertado das coações externas e de outrem, se submete a coações internas a favor do rendimento e da otimização. Existe um paradoxo aqui que se dá no fato de que a liberdade de *poder fazer* acaba gerando mais coações do que o *dever fazer*, porque este tem um limite enquanto o *poder fazer* não tem, ele é ilimitado (HAN, 2014).

O eu-empresa, ou “escravo neoliberal” (HAN, 2014) explora a si mesmo de forma voluntária para atingir o rendimento, unindo em uma coisa só a vida com o trabalho. A dedicação *full time* está garantida (HAN, 2014; PERAN, 2016).

Como já foi dito, a literatura da gestão empresarial sofreu uma ampliação da década de 1960 até a década de 1990 para todos os níveis de trabalhadores (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2009). O neoliberalismo é um sistema eficiente e inteligente no sentido de saber explorar a liberdade. Explora-se tudo aquilo que pertence a um campo de práticas e formas de liberdade, como a emoção, o jogo e a comunicação (HAN, 2014).

Atualmente podemos perceber que as literaturas de gestão da vida, como as autoajudas e o *coaching*, vêm tomando maior proporção e atingindo a população como um todo. Elas vêm conquistando espaços com suas orientações de como conquistar o sucesso e a satisfação, não só profissional mas também pessoal, aprendendo a gerir a própria vida em diversas áreas, como por exemplo na educação dos filhos, planejamento de vida e relacionamentos amorosos. A exploração da liberdade gera maior rendimento que a coação externa (HAN, 2014).

O atual empreendedor ou unidade-empresa ou mesmo o *Do it*¹¹ obedece uma lógica de organização da vida a partir da esfera econômica, de funcionalidade, eficiência e rentabilidade. A globalização, as novas tecnologias, o maior acesso às informações e o trabalho em rede demandam pessoas autônomas, livres, individualistas, empreendedoras, que saibam atuar por projetos e se adaptar às constantes mudanças e parcerias (*networking*). E isto tudo fica a cargo do próprio sujeito. Ele é responsável por essa autogestão, autoaperfeiçoamento, afinal ele é *autônomo* e *capaz* de desfrutar das liberdades econômicas do capitalismo.

Esse novo sujeito, gestor de si mesmo, precisa, portanto, de motivos pessoais para o engajamento. Para valer todo o esforço, até porque não há mais garantias, as atividades têm que ser atraentes e estimulantes, em comparação com oportunidades alternativas que possam aparecer. O novo espírito do capitalismo faz apologia ao risco, à mudança e à mobilidade, portanto, as atividades têm que ser capazes de oferecer espaços de liberdade de ação e possibilidades de autorrealização. Essa autorrealização se dá em torno dos três pilares justificativos fundamentais do novo espírito do capitalismo: progresso material, eficácia e eficiência na satisfação das necessidades, modo de organização social favorável ao exercício das liberdades econômicas (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2009).

¹¹ Unidade-empresa (FOUCAULT, 2007), *Do it* (PERAN, 2016).

A promessa de uma organização social favorável ao exercício das liberdades econômicas é feita a todos e está ao alcance de todos a partir de um processo de autodesenvolvimento, autoaperfeiçoamento. As pessoas se apropriam de si mesmas sob o mito de que ao voltarem-se para si estarão sendo singulares, únicas, diferentes e com isso conquistarão o progresso e conseguirão satisfazer suas necessidades. Mesmo quando as pessoas fracassam em suas tentativas de atingir o sucesso, há um elemento que as impede de desistir. Esse elemento é a premissa da positividade: quem é positivo e acredita na promessa da autorrealização enfrenta adequadamente todos os inconvenientes, repara os possíveis fracassos e recomeça (PERAN, 2016). A positividade acarreta a obrigação de sempre tentar novamente. Na medida em que a positividade é colocada como um atributo do sujeito, ao invés de ser opcional, ela se coloca ao alcance de todos e obrigatório a todos. Quem não é positivo, não pode responsabilizar ninguém pelos seus fracassos (PERAN, 2016).

A positividade se coloca como mais um elemento que ajuda a construir o sujeito flexível, autônomo e inventor de si mesmo que vem substituindo as velhas classes trabalhadoras. Nesta nova modalidade de produção, a mais valia se concentra na autoprodução do sujeito empreendedor, dessa unidade-empresa que está constantemente em uma hiperatividade nervosa generalizada (PERAN, 2016). A sensação de inquietude se generalizou e a cada instante há a necessidade de se tomar pequenas decisões em diversos âmbitos da vida, decisões que conservam uma utilidade ocasional, conjuntural e que expira. Este sujeito, permanentemente em produção, é inquieto e se ocupa demasiado consigo. O seu desejo está sempre sendo renovado, e com a produção incansável de expectativas tem a absoluta certeza de que elas podem e devem ser realizadas.

Esta é a nova força de trabalho, segundo Martí Peran (2016), e, segundo ele, a confusão do sujeito com sua própria produção representa uma inflexão histórica crucial que deve ser analisada. O poder biopolítico, ao invés de atuar mediante a força e a ameaça, atua mediante a conquista biológica dos corpos, determinando como eles devem atuar, desejar e quais são os ideais de normalidade. A biopolítica desenvolve, portanto, uma maquinaria baseada na produção de subjetividade que rapidamente se alia com o capital para fazer rentável esse dispositivo (PERAN, 2016). Contudo, hoje, o poder encontra um novo formato para além dos ideais e da produção de subjetividades. Hoje o poder proclama a necessidade que o indivíduo seja ele mesmo o único responsável e gestor de si mesmo.

Graças à aparente apologia à liberdade, o sujeito ingressou em uma autorrealização que não se acaba, na medida em que a própria identidade se conjuga com um constante *fazer a si mesmo*. Mais do que ditar como deve ser a vida, as pessoas são forçadas a se apropriar de

suas vidas e resolvê-las. A vida se converteu em um trabalho de gestão (PERAN, 2016). Frente ao biopoder, liberar a potência do desejo se fazia necessário para abrir territórios de possibilidades; contudo, hoje, o ideal está justamente em manter o desejo em constante movimento.

Peran (2016) dá o exemplo de jovens que, hoje, vestidos de um discurso pseudo-libertário, defendem veementemente o livre mercado baseado na iniciativa privada para movimentar o capital. Para o autor, esta confluência não é banal; de fato demonstra o sucesso da lógica econômica, já que esses jovens acreditam portar um discurso político e militante quando o sentido de *político* hoje está reduzido ao âmbito das decisões pessoais no intuito de mover-se adequadamente dentro de um modelo econômico triunfante que não está sendo atacado de fato. Enquanto responsabiliza a si mesmo pelos sucessos e fracassos, o sujeito do neoliberalismo não coloca em dúvida a sociedade e a sua organização (HAN, 2014). A indignação e a conseqüente agressividade voltam-se a si mesmos como força propulsora de novas tentativas.

Neste sentido, as pessoas se acreditam *empoderadas* politicamente, com suas posturas individuais e cotidianas e sua *resiliência*, ou seja, com capacidade de passar por sofrimentos e não se deixar abater por eles a ponto de desistir. Logo, tudo aquilo diante do que elas devem se decidir em seu dia-dia se torna uma responsabilidade que é tida como política e emancipadora.

Esta nova lógica política não estimula uma nova ideia de comum, de viver em comunidade e de solidariedade. À medida que essa individualidade política aumenta, vai ilhando as pessoas umas das outras. A apologia à liberdade individual, à autonomia e ao empoderamento se tornam um chavão para abandonar as pessoas à própria sorte. Cada indivíduo se converte em uma “singularidade” isolada, abandonada, vazia e obrigada ao eterno processo de autoprodução e autonomia.

Uma vez que o capital se apropria da vida, não se faz mais tão prioritário atingi-la com medidas repressivas de controle. O que opera agora é um revestimento de otimismo de possibilidades, um elogio radical à liberdade individual, à positividade inesgotável e à cultura de projetos (PERAN, 2016). Assim, todas as atividades que são desempenhadas para se constituir e se desenvolver enquanto sujeitos livres e empreendedores de si se incorporam de forma automática a um ciclo integrado ao trabalho.

Esse sujeito garante rentabilidade em dois aspectos: o primeiro é que ele gera mais valia em cada gesto que empreende em se autoproduzir; o segundo é que se promove condições de precariedade que impedem que haja um completo restabelecimento deste indivíduo de forma

definitiva, sendo ele obrigado, então, a reiniciar diversas vezes o processo de autoprodução ou *autotrabalho*.

Contudo, há condução para uma autonomia que confere poder de desfrutar das liberdades econômicas e ir atrás de realizações individuais de uma forma *responsável*. Ou seja, de acordo com certos limites e expectativas, na *confiança* de que a pessoa fará o melhor para ela e para a sociedade como um todo.

Benevides e Severiano (2012) falam da autonomia como um conceito repleto de valores morais agenciados por dispositivos pedagógico-terapêuticos que se realizam a partir da suposição prévia de que os sujeitos são ou podem ser autônomos. Esses dispositivos não são acionados só em nome da autonomia, mas dão nome à autonomia, e conseguem de forma ainda mais ampla e concreta produzir reformas políticas que levantam a bandeira da autonomia dos sujeitos.

Ora, não seria o empoderamento em saúde um desses dispositivos? Um dispositivo que “em nome da autonomia” conduz a toda uma reorganização das políticas de assistência à saúde. Dispositivo que enaltece o poder pessoal e promove um culto a uma saúde nunca atingível, já que este mesmo sujeito está envolto de uma multiplicidade de mandatos e obrigações cotidianas inatingíveis e contraditórias. Um dispositivo que obriga à saúde, que ensina com práticas pedagógico-terapêuticas – da razão, da reflexão e dos conhecimentos técnico-científicos – um *cuidado autônomo e empoderado da saúde*.

3 EMPODERAMENTO *EM* SAÚDE

3.1 As aproximações entre empoderamento e saúde

A palavra *empoderamento* aparece de forma transversal no campo da saúde como diretriz dos cuidados em saúde – aparece na Psicologia Comunitária¹², na Reforma Sanitária, na Reforma Psiquiátrica, na Promoção da Saúde, na Educação Popular em Saúde, nas produções em torno AIDS, na Atenção Primária e em diversas outras áreas. A sua presença se faz de forma diversa: com caráter instrumental, conceitual, apologético e também de crítica.

Nesta pesquisa, pretendemos mostrar que o empoderamento, enquanto *figura menor* se movimenta de forma capilar, muitas vezes de forma imperceptível, não ficando restrito a um campo específico de práticas e saberes. Portanto, para que pudéssemos apreender esse objeto e até mesmo entender como ele se constrói como um dispositivo *em saúde*, colocou-se como necessário investigar *os seus movimentos*, ampliando, quando necessário, o *corpus* da pesquisa.

No primeiro momento da pesquisa, buscamos mapear um certo histórico do empoderamento e, posteriormente, trabalhamos em cima dos enunciados de literaturas governamentais, mais especificamente da *Promoção da Saúde*, e artigos científicos em torno da Saúde que abordam o empoderamento. A escolha de nos direcionar para a Promoção da Saúde foi porque os enunciados em torno do empoderamento em saúde afirmam que a perspectiva conceitual do empoderamento está associada à elaboração do campo da Promoção da Saúde, na qual ele se coloca como uma estratégia educativa e com dimensão socializadora (LABONTE, 1998; RESENDE, 2004). Contudo, tornou-se insuficiente nos ater apenas à Promoção da Saúde e fez-se necessário, em alguns momentos, que seguíssemos o empoderamento para fora da Promoção da Saúde e para fora da Saúde, rompendo as barreiras artificialmente construídas que definem o que é o campo da Saúde.

Para tal investigação, realizamos uma revisão bibliográfica a partir do Portal Capes. Utilizamos os descritores *empoderamento* e *saúde*, delimitamos os anos de 2011 a 2016 e obtivemos um resultado de 131 produções. Todos os resumos foram lidos e foram exploradas de forma mais minuciosa algumas dessas produções, aquelas nas quais percebemos que o

¹² A Psicologia Comunitária não é circunscrita como campo da saúde, contudo, ela traz importantes contribuições ao empoderamento para a saúde. Julian Rappaport (1981; 1995) é um importante teórico da Psicologia Comunitária que trabalhou o conceito de empoderamento e é utilizado como referência pelos teóricos da saúde. Além de contribuir com o empoderamento, a Psicologia Comunitária atravessa a construção de Educação Popular em Saúde, que mais adiante nesta pesquisa se fará essencial para entender os usos do empoderamento na saúde.

conceito de empoderamento se mostrava mais capilar ou que nos auxiliavam a compreender sua materialização enquanto dispositivo em saúde.

A partir desses textos, pesquisamos a conexão que eles fazem com outros discursos: produções oficiais como leis, cartilhas, orientações de órgãos de governo e também com publicações mais antigas. Com essa investigação arqueogenealógica, conseguimos visualizar os movimentos e aproximações entre discursos que fazem com que o empoderamento se legitime enquanto uma tecnologia em saúde com as características que vêm se colocando hoje em dia. Ao traçar o caminho que as publicações traçaram, encontramos as “falhas” do suposto processo contínuo de uma história linear e coerente, de esperadas conquistas e progressos. Desta forma, ficaram evidentes as singularidades dos acontecimentos e as relações de poder que permitiram, e vêm ainda permitindo, que tais aproximações sejam feitas, e que se efetivem um certo discurso e uma certa prática de empoderamento.

O empoderamento em saúde é colocado desde uma “utopia” a uma imagem-objetivo a ser alcançada como quanto prática efetiva de cuidado em saúde. Ele aparece seja enquanto processo/estratégia, seja como finalidade do processo. Exemplos: empoderamento enquanto aumento de poder e autonomia nas relações interpessoais e institucionais de grupos e indivíduos que estão submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social, que acabam ocasionando dificuldade e impedimentos no cuidado de sua saúde (ARRAES *et al.*, 2012; AZEVEDO *et al.*, 2014; VASCONCELOS, 2013); empoderamento relacionado a processos reflexivos e críticos aos processos de adoecimento, às relações para com a própria saúde e os estilos de vida (COTTA *et al.*, 2013); empoderamento enquanto processo de responsabilização de indivíduos pela própria saúde (LOPES, 2015); e enquanto domínio sobre a vida sob um processo de aprendizagem de informações necessárias para tomar decisões acerca da própria saúde (TADDEO *et al.*, 2012). O empoderamento também está relacionado nos textos a práticas educativas, que os autores afirmam fazerem parte do projeto assistencial da saúde em todos os níveis de atenção – primária, secundária e terciária. Exemplos de tais práticas: educação em saúde para pessoas com doenças crônicas, como hipertensão e diabetes (TADDEO *et al.*, 2012; LOPES, 2015; REBOUÇAS *et al.*, 2016), educação em saúde voltada ao envelhecimento, à gravidez e ao puerpério (BOTASSO *et al.*, 2013; MEDEIROS *et al.*, 2015), participação da comunidade em reuniões e conferências de saúde, o chamado controle social (PAESE; PAESE, 2011; ARRAES *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2012), cursos e capacitação em humanização e em outras tecnologias leves para profissionais de saúde (COTTA *et al.*, 2013) e cursos de alfabetização para usuários de serviços de saúde mental (AZEVEDO *et al.*, 2014).

Quanto às definições e histórico do conceito, as publicações acima o descrevem basicamente como pertencente à promoção da saúde, modelo e movimento de reorganização assistencial na qual privilegia ações preventivas e promotoras de saúde em detrimento da assistência simplesmente curativa (BRASIL, 2006; LOPES, 2012). Pesquisamos tal modelo a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde, em suas três versões (BRASIL, 2006; 2008; 2015) e outras produções oficiais como cartilhas e recomendações de órgãos internacionais que se vinculam a ela.

3.2 Empoderamento e Promoção da Saúde

Em 1986 ocorreu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, convergindo com movimentos que estavam acontecendo na época de reorganização dos serviços assistenciais em saúde. Ferreira e Buss (BRASIL, 2002), em documento do Ministério da Saúde sobre as cartas de promoção da saúde, afirmam que a primeira conferência sobre Promoção da Saúde se deu influenciada pelo novo paradigma de saúde formalizado na Conferência de Alma-Ata, em 1978, e pelo Relatório Lalonde, de 1974. Na ocasião da Primeira Conferência sobre Promoção da Saúde foi construída a Carta de Ottawa, documento norteador que declara que “a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986, p. 1).

Esta carta não cita o conceito de empoderamento, mas com frequência ela é citada como documento-base de sua construção¹³. De fato, tal carta define o campo da Promoção da Saúde de forma muito análoga às definições de empoderamento. Não nos cabe colocar a carta na íntegra, mas resumidamente ela afirma que a Promoção da Saúde é:

Processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986, p.1, grifos nossos)

¹³ Taddeo *et al.* (2012) e Lopes *et al.* (2015) são apenas alguns exemplos que aproximam o conceito de empoderamento à Carta de Ottawa a ponto de afirmar que a carta introduz o conceito de empoderamento e faz com que ele apareça como peça-chave na Promoção da Saúde.

Com a carta de Ottawa se constrói um novo campo de atuação em saúde, chamado de Promoção da Saúde, o qual não faz paralelo à assistência já existente, mas que busca reformulá-la de forma muito similar ao empoderamento. Além disso, esta carta alinha de forma muito “coerente” e até mesmo “automática” a saúde com o desenvolvimento econômico e social, junto com outras publicações, como a Carta de Alma-Ata e o Relatório Lalonde. Todos esses documentos defendem que as ações em saúde sejam ampliadas para fora de uma assistência curativa e prescritiva, e que sejam realizadas apenas por profissionais médicos e conduzidas e controladas por órgãos públicos de saúde. Ao propor essa nova assistência, voltada mais ao desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas de cuidado em saúde, defendem que é necessário *dar poder às comunidades* e que a *saúde é necessária para o desenvolvimento social e econômico* e, portanto, que outros setores, para além daqueles usualmente reconhecidos como “saúde”, devem se responsabilizar por ela (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986).

A promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde. Ela coloca a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as consequências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e a aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde. (...) A política de promoção da saúde requer a identificação e remoção de obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis nos setores que não estão diretamente ligados à saúde. O objetivo maior deve ser indicar aos dirigentes e políticos que as escolhas saudáveis são as mais fáceis de realizar. (...) A promoção da saúde apoia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986, pp.2-3).

Não há uma definição clara e objetiva de *saúde* em nenhum dos textos citados até o momento. Cartas, relatórios e políticas rodeiam a palavra *saúde* com certa amplitude e a generalidade permite que ela seja aproximada de outras palavras também muito vagas. Nos documentos aqui analisados, percebemos um movimento crescente (e talvez não despretensioso) de borrar a palavra *saúde* e conectá-la com palavras como *direitos, vida, qualidade de vida, bem-estar, lazer, felicidade e desenvolvimento*. Na Declaração de Alma-Ata, por exemplo, encontramos a seguinte definição de saúde: “completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978, p. 1).

No pronunciamento realizado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como título “Democracia é Saúde”, Sérgio Arouca afirmou que saúde ganhou uma dimensão muito

maior de saúde-doença e chegou a se igualar com nível e qualidade de vida. Ele lembrou do Milagre Econômico, de 1968 a 1973, período no qual o Brasil, enquanto nação, aumentou as suas riquezas mas aumentou também a mortalidade infantil, a fome, a miséria, a marginalização de sua população. Arouca tece uma crítica a este período defendendo a inadmissibilidade deste fato e, no que tange à saúde, enfatizou o binômio “saúde e democracia”, argumentando que não seria possível melhorar a saúde da população brasileira enquanto houvesse um modelo econômico concentrador de renda e um modelo político autoritário¹⁴ (FIOCRUZ, 2013).

O Relatório Lalonde (1974) é um documento que foi construído pelo governo canadense que coloca a perspectiva de melhorar o desenvolvimento econômico e social do país. Ele não traz no corpo do texto o conceito de empoderamento, mas estabelece o seu problema de forma muito semelhante ao mesmo. Neste relatório, argumenta-se que é necessário conhecer as diferentes causas das doenças e das mortalidades, incluindo as causas mais subjacentes, para que daí se possa julgar quais riscos ou sacrifícios devem ser feitos. Coloca-se que, com esse conhecimento, o julgamento deve ser realizado pelos próprios indivíduos em relação aos seus hábitos, pela sociedade em relação aos seus valores e pelo governo com financiamentos para a preservação da saúde e restrições impostas à população pela qual ele é responsável. Isso tudo com um caráter de parceria e conectado um ao outro.

O Relatório Lalonde (1974) também coloca o desenvolvimento como algo que deve ser aproveitado por toda a população. Em relação a saúde, o documento afirma que o objetivo não é apenas *adicionar anos à vida*, mas sim *adicionar vida aos anos*, para que “todos possam aproveitar as oportunidades oferecidas pelo desenvolvimento econômico e a justiça social” (LALONDE, 1974, p. 6). Para isso, é necessário olhar além do sistema tradicional de saúde e junto com dados estatísticos e epidemiológicos. Isto vai mostrando o quanto a boa saúde da população está vinculada ao desenvolvimento econômico do país e o quanto há fatores que impedem que ambos se aperfeiçoem. Quanto mais saudável a população, melhor o desenvolvimento e vice-versa.

¹⁴ Trecho da fala de Sérgio Arouca, na 8ª Conferência Nacional de Saúde: “É como se estivéssemos em uma Maria Fumaça ofegante, soltando fumaça lenta, quase que caindo pelas beiras das estradas e ao mesmo tempo sem parar transformar isso numa grande locomotiva que leve para o futuro, mas sem parar. Então é fundamental que se modernize, que se lute contra a fraude, que se melhore o desempenho institucional, mas sem perder o projeto (Reforma Sanitária), e o projeto só aponta pra um sentido, e se nesse sentido ele não der resultado, o projeto falhou. Que é a melhoria das condições de vida da população. Que morram menos crianças, que o nosso povo viva mais, que o nosso povo cresça mais, que o nosso povo tenha menos medo, que o nosso povo trabalhe melhor, que o nosso povo participe cada vez de uma forma maior na criação do nosso futuro, que essa nação cada vez mais se autodetermine e crie um grande projeto brasileiro. É pra isso que nós apontamos, é pra isso o nosso compromisso que essa conferência foi convocada” (FIOCRUZ, 2013).

Enquanto há melhorias sendo feitas no cuidado em saúde, em um padrão geral de vida, na proteção da saúde pública e na medicina, forças contrárias ameaçadoras agem sabotando o crescimento dos índices de saúde dos canadenses. Essas forças se constituem no lado sombrio do progresso econômico. Elas incluem a poluição ambiental, a vida nas cidades, hábitos de indolência, abuso de álcool, tabaco e drogas e padrões de alimentação que colocam o prazer dos sentidos acima das necessidades do corpo humano. (LALONDE, 1974, p. 5, tradução nossa)

Quanto ao Relatório Lalonde, o Estado canadense justifica que o desenvolvimento econômico do país também é de responsabilidade do setor da saúde. Oferecer apenas serviços individualizados voltados à doença não seria suficiente para resolver seus problemas enquanto Estado, enquanto constituição de uma força política e econômica de Estado. Se fez necessário, portanto, atacar os problemas de saúde da população, oferecendo proteção, informação e serviços onde ela própria se tornaria parceira na preservação e melhoria de sua vitalidade (LALONDE, 1974).

Em documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) sobre as Cartas de Promoção da Saúde, é afirmado que o Relatório Lalonde, junto com um relatório de missões enviadas à China¹⁵, que descreve um cuidado em saúde no qual a população se fazia atuante e organizada, estabeleceram as bases para um novo paradigma, formalizado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, no ano de 1978. A principal proposta da Conferência Internacional se deu em torno de pensar estratégias de promoção da saúde para todos os povos do mundo. Ela destaca a preocupação com a desigualdade do estado de saúde das populações e impõe atuação na desigualdade social e econômica para promover saúde para todos. Nesta reunião se fala de forma mais estruturada da necessidade de responsabilização por parte da sociedade pela sua saúde e bem-estar por meio de capacitar a população em relação às principais doenças e riscos à saúde.

Com o intuito de que a população mundial atingisse até o ano 2000 “um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978, p. 1), A Carta de Alma-Ata declara que “é direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978, p.1).

¹⁵ Na abertura da China Nacionalista ao mundo exterior, missões de observação foram realizadas pela Organização Mundial de Saúde em 1973 e 1974, e lá eles encontraram uma abordagem da atenção à saúde diferente da tradicional atenção médica ocidental. Nos relatórios das missões constavam um conjunto de atividades para a melhoria da saúde, desenvolvido principalmente em ambientes rurais, no qual havia organização da comunidade local, organização do povo para cuidar da saúde ambiental, realização de cuidados preventivos e tratamentos com ervas medicinais, promoção de campanhas de saúde em todos os níveis mobilizando a comunidade para hábitos de higiene, limpeza das casas e ruas *etc.* (BRASIL, 2002).

Neste documento, ainda não aparece a palavra *empoderamento*, mas insere-se a aproximação entre desenvolvimento econômico, saúde e responsabilização da sociedade. Ele afirma que a saúde só é conquistada por meio da responsabilização individual e coletiva dos cuidados. “A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978, p. 1).

Assim, busca-se que a população seja capacitada quanto aos seus processos de saúde-doença e ela é “convidada” a analisar e transformar os hábitos diários, em âmbito coletivo e individual. No nível coletivo, a população também recebe responsabilidades, como pela obrigatoriedade de alguns financiamentos públicos só poderem ser destinados a partir de conselhos e conferências populares. Porém, para que haja responsabilização da população e esta seja efetiva, é necessário que as pessoas sejam capacitadas e tenham conhecimento dos principais problemas prevalentes de saúde, dos riscos e dos métodos de prevenção e controle das doenças (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978). Conforme o Relatório Lalonde (1974, p. 5): “Boa saúde é a base sobre a qual o progresso social se constrói. Uma nação de pessoas saudáveis pode realizar coisas que fazem a vida valer a pena, e se o nível de saúde aumenta, aumenta também o potencial para a felicidade”¹⁶.

Esta aproximação entre saúde e Estado não é tão recente como aparenta ser. Segundo Foucault (1989), a medicina moderna é por definição uma medicina social. A medicina moderna não deixa de ter um aspecto individualista quando valoriza as relações médico-paciente, mas ela é antes de tudo uma tecnologia do corpo social. O capitalismo, desenvolvendo-se por volta do final do século XVIII e início do século XIX, socializou o corpo enquanto força de produção, de trabalho, sendo necessário portanto um controle, que para além da consciência ou da ideologia, focou-se nesse corpo. A sociedade capitalista investiu no cuidado para com o biológico, cuidado com corpos que produzem (FOUCAULT, 1989).

Antes de objetivar o corpo que produz, a medicina passou por três etapas: medicina de Estado, medicina urbana e medicina da força de trabalho. Desde o final do século XVI, as nações europeias começaram a se preocupar com o estado de saúde de sua população com um caráter político, econômico e científico, no sentido de majorar a produção da população, a quantidade de população ativa e a produção de cada indivíduo ativo. Na Alemanha, além de estabelecer estatísticas de nascimento e mortalidade e índices, desenvolve-se uma política

¹⁶ “Good health is the bedrock on which social progress is built. A nation of healthy people can do those things that make life worthwhile, and as the level of health increases so does the potential for happiness.” (LALONDE, 1974, p.5).

médica de Estado, centrada na melhoria do nível da população. Esta *medicina de Estado* tinha como finalidade a administração da saúde de forma subordinada ao poder administrativo do Estado. Aqui ainda não se tem o corpo como objeto de uma força de trabalho, mas como força do próprio Estado em seus conflitos econômicos e políticos com outros Estados.

A medicina urbana aparece na França e, diferentemente da medicina Alemã, ela não é subordinada ao Estado, mas preocupada com a constituição das cidades. A urbanização francesa foi atravessada por problemas, e para dar conta deles a medicina urbana francesa lançou mão de um esquema político-médico de higiene pública.

O primeiro objetivo foi a análise das regiões de amontoamento, de confusão e de perigo no espaço urbano. A imigração de camponeses pobres para as cidades fez desenvolver uma população de operários que viviam em situações muito precárias. Estes, além de se aglomerar em oficinas, fábricas e moradias, aumentando o risco de aparecimento de doenças e a sua fácil disseminação, incitavam uma tensão política diante da dificuldade de prover sua subsistência. As revoltas de subsistência, que consistiam no aumento de saques à mercados, docas e celeiros diante de baixas de salários e aumento de preços influenciaram inclusive na condução de grandes revoltas como a Revolução Francesa.

O segundo objetivo se dava em torno do controle e do estabelecimento de uma boa circulação da água e do ar. Nesta época, acreditava-se que o ar era um fator de possíveis adoecimentos, portanto, era necessário que ele circulasse. Os médicos foram chamados para pensar os melhores métodos de arejamento do espaço urbano. Assim, as ruas e avenidas foram alargadas e foram feitos corredores de ar e de água.

Já o terceiro objetivo consistiu na organização das distribuições e sequências. Os diferentes elementos necessários à vida na cidade precisavam ser ordenados. Os cemitérios, matadouros e ossuários foram transferidos para as margens das cidades. Contudo, a partir de demandas da higiene pública, criaram-se conflitos importantes entre medicina e outros tipos de poder, como a propriedade privada. Ao mesmo tempo em que a burguesia pretendia controlar a cidade para sua segurança política e sanitária, a medicina urbana batia de frente com o caráter sagrado da propriedade privada. A água do esgoto, por exemplo, não podia se encontrar com a água de abastecimento que seria de consumo da população. Para que fossem realizadas as alterações necessárias, como o estabelecimento de dutos no subsolo para escoar o esgoto ou a construção de minas em profundidade, as propriedades privadas tiveram que sofrer alterações em suas legislações, gerando assim conflito entre o poder público e a burguesia.

Portanto, já vemos no século XVIII se constituir uma forte relação entre medicina e Estado, medicina e administração pública. A socialização da medicina, através da medicina

coletiva e urbana fez com que a prática médica se expandisse e se inserisse no funcionamento de campos não-médicos. A medicina urbana fez a relação entre organismo e meio, fazendo a análise do meio e dos efeitos desse meio sobre o organismo, criando a noção de *salubridade*.

A salubridade é o estado das coisas e do meio enquanto afeta a saúde. É nos seus elementos constituintes que se deve intervir para se possibilitar uma melhor saúde. A partir da salubridade que aparece a noção de *higiene pública*, a técnica de controle e modificação dos elementos materiais do meio que são suscetíveis de favorecer ou prejudicar a saúde dos indivíduos. A higiene pública, portanto, conceito criado pela medicina social francesa a partir da noção de salubridade, torna-se um *dispositivo de controle político-científico* do meio.

Absorvendo elementos da medicina alemã e da medicina francesa, a medicina na Inglaterra torna-se social essencialmente a partir da Lei dos Pobres. Esta legislação dizia sobre um controle médico do pobre no qual a partir do momento em que o pobre utilizava o sistema de assistência, ele deveria se submeter a várias obrigações médicas.

Aparece aqui a assistência controlada, enquanto os pobres encontram possibilidade de se tratarem de forma gratuita ou com poucos recursos, o Estado e as classes mais ricas vão garantindo sua própria proteção, assegurando-se de possíveis revoltas, além de não serem vítimas de fenômenos epidêmicos que originariamente vinham da classe pobre, como foi o caso da cólera.

A Lei dos Pobres é complementada mais a frente com os sistemas de *health services* ou *health officers*. Estes serviços tinham por objetivo atingir igualmente toda a população e pensar os cuidados médicos que não fossem apenas de atenção individual, mas que tivessem como objeto a população em geral. Com medidas preventivas voltadas ao meio e aos indivíduos, esses serviços ofereciam controle de vacinação, obrigavam diferentes grupos a se vacinarem, registravam epidemias e doenças capazes de se tornarem epidêmicas e localizavam locais insalubres, buscando a eventual destruição desses focos. Foucault (1989) afirma que com o argumento de melhorar a saúde de toda a população, os *health services* funcionavam de fato em verificar vacinas, locais insalubres e registros de doenças das classes mais pobres.

Voltando aos dias de hoje, o campo da saúde, não podendo mais ficar restrito à atenção médica tradicional, diante das demandas já mencionadas, precisa se expandir e se transformar; e, mesmo que exista um setor específico que gerencie as estratégias, o setor da saúde, todos os outros setores de governo devem se corresponsabilizar pela saúde da população. Deslocamento, pois, da gestão para a responsabilização – deslocamento que é, ao mesmo tempo, também, da atenção à corresponsabilização.

Envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978 p. 2).

O dispositivo de controle político-científico do meio chamado *salubridade* faz com que a noção de saúde se amplie e atravesse o desenvolvimento econômico. Com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), legitima-se que a saúde acesse o *campo do trabalho*, de forma aparentemente despretensiosa, afirmando que este deve ser fonte de saúde e deve fazer bem a quem trabalha. Ou seja, ainda investe-se em saúde como bem-estar global do indivíduo.

Mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um significativo impacto sobre a saúde. Trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas. A organização social do trabalho deveria contribuir para a constituição de uma sociedade mais saudável. A promoção da saúde gera condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis. (...). É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem se realizar através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais. (BRASIL, 2015, p. 3-4).

A PNPS investe na organização das pessoas em seus diversos aspectos, no recorte acima especificamente o campo do trabalho e lazer. A sua problematização quanto ao mesmo diz respeito à sua potencial *salubridade* ou *insalubridade*: “Mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um significativo impacto sobre a saúde. Trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas” (BRASIL, 2015). Ou seja, ela afirma que a relação das pessoas com o trabalho *pode* gerar saúde ou adoecimento, *mas deveria* gerar saúde. Não é objetivo da PNPS problematizar *a construção da relação* entre vida humana e trabalho, ela já afirma que existe essa relação entre vida humana e trabalho. A partir dessa afirmação ela induz a uma outra afirmação que é: a relação que as pessoas estabelecem com o trabalho e o lazer *deve ser* saudável.

Então, o que a PNPS afirma nesse período acima: como o trabalho é intrínseco ao humano, ou pelo menos à vida humana brasileira do século XXI, já que é para este público que a política se volta, o que nos resta é nos organizarmos em relação a ele de forma que ele nos traga segurança, estímulo, satisfação e agradabilidade. Ou seja, o texto da PNPS quando traz o trabalho associado à noção de salubridade, ou melhor, quando a medicina adentra o campo do trabalho com sua noção de *saudável*, criam-se duas *obrigações*: a primeira é que *haja trabalho*

na organização da vida dos brasileiros e a segunda é que este trabalho *deve ser* saudável, ele *tem que* trazer saúde para essa vida. Para que tais obrigações sejam cumpridas, aparece a Promoção da saúde com o intuito de ensinar as pessoas a lidar com os conflitos que podem vir a aparecer nesta relação ao longo de suas vidas.

A promoção da saúde gera condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis. (...) É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem se realizar através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais. (BRASIL, 2002, p.23).

Foucault (1989) afirma que a força de trabalho não foi o primeiro alvo da medicina social, mas o último. Na Inglaterra, em meados do século XIX, aparece a medicina social, e pelo fato de este país ter sido o principal palco do desenvolvimento industrial e conseqüentemente do desenvolvimento do proletariado, os pobres e trabalhadores se tornaram objetos da medicalização. A medicina social inglesa é “essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torna-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas” (FOUCAULT, 1989, p. 97). Esta medicina é a base da medicina moderna que tem por *background* uma certa tecnologia do corpo social, que permite a existência de três sistemas médicos superpostos: uma atenção médica destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa que se encarrega de problemas gerais como vacinação e epidemias e uma medicina privada ao acesso de quem tem meios para pagá-la (FOUCAULT, 1989). Com faces e formas de poder diferentes, essa tecnologia permite um esquadramento e um controle médico-político abrangente, e quiçá completo.

Após a Conferência de Ottawa, houve outras reuniões que lançaram suas *Cartas de Promoção da Saúde*, relacionando saúde com desenvolvimento social e econômico. Cada uma delas vai trazendo um elemento a mais, aprimorando as formas de produção de subjetividade que lhes são correlatas e borrando cada vez mais *saúde* com outros valores abstratos e neoliberais – o que, mais adiante, será melhor esclarecido.

A Política Nacional de Promoção da Saúde, versão 2015,

reconhece a subjetividade das pessoas e dos coletivos no processo de atenção e cuidado em defesa da saúde e da vida; considera a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça e a inclusão social como valores fundantes no processo de sua concretização. (BRASIL, 2015, p. 10).

O amálgama entre saúde, qualidade de vida e desenvolvimento econômico e social potencializa o desenvolvimento econômico em uma perspectiva neoliberal. As pessoas que até então estavam à margem e interrompendo o processo de desenvolvimento, inserem-se por meio de todo um arcabouço que atua como produção de subjetividade.

No próximo capítulo, mostraremos que as reivindicações por autonomia no período posterior à Segunda Guerra Mundial, reivindicações nas quais podemos inserir o empoderamento, foram consideradas por autores como Boltanski e Chiapello (2009) como um processo de reorganização do capitalismo, consolidando um novo espírito no qual as pessoas se tornam autônomas e empreendedoras em suas relações não só com o trabalho, mas com a vida como um todo. Em relação aos processos da área da saúde, como vemos, faz-se constante referência ao bem comum e infiltra-se na vida cotidiana, fazendo efeito e norteando as ações mais sutis, justificando-se por meio do progresso material, da satisfação das necessidades e do exercício das liberdades econômicas (BENEVIDES, 2014). As pessoas que se empoderam trabalham suas capacidades, apropriam-se dos recursos oferecidos e se tornam cidadãos autônomos e participativos.

Na Carta de Adelaide e na Carta de Sundsvall (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1988; 1991), há afirmações a respeito da necessidade de aproximação com organizações não-governamentais e empresas privadas na construção de hábitos saudáveis e ambientes saudáveis, incentivando que países desenvolvidos envolvam-se na melhoria da saúde das populações de países em desenvolvimento e positivando o desenvolvimento sustentável. Elas trazem um novo elemento: o papel das mulheres no desenvolvimento de uma infraestrutura positiva para ambientes favoráveis à saúde (BRASIL, 2002).

Para que haja tais “parcerias” entre gestão e população, edifica-se o *empoderamento* como uma prática que atravessa as *expertises* e transversaliza as ações em saúde. Sérgio Resende Carvalho (2004), professor de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP, ressalta que, no Brasil, a Psicologia Comunitária influenciou consideravelmente o uso do empoderamento nas políticas públicas. Para o “empoderamento comunitário” existem diferentes níveis de poder e de controle sobre os recursos na sociedade, e o empoderamento deve implicar na redistribuição desse poder e, também, da resistência daqueles que o perdem. Com um caráter mais coletivo e comunitário, o empoderamento no Brasil vem sendo agregado por este campo discursivo a um sentimento de conscientização sobre a opressão e a correlata retomada de valores associados à cidadania e à democracia (VASCONCELOS, 2013).

Assim, ele é utilizado como um “dar poder a outro”; isso ocorre quando, por exemplo, as pessoas são esclarecidas através de informações sobre suas doenças e sobre como

administrá-las. Também pode se referir a um processo, quando auxiliam as pessoas a desenvolverem habilidades, como a participação em Conselhos Gestores, o fortalecimento individual ou coletivo em favor de uma mudança necessária diante de uma situação de violência (ROSO; ROMANINI, 2014). Neste sentido de “dar poder a outro” é que se colocam os objetivos das políticas brasileiras de Promoção da Saúde e a atuação cotidiana dos profissionais.

O que se propõe em muitas publicações brasileiras é que haja um empoderamento direcionado para a transformação social. Há autores que tecem críticas a esse empoderamento mais conservador e voltado para a manutenção do *status quo* (CARVALHO, 2004; VASCONCELOS, 2013). Almeja-se que haja “conquista de liberdade, avanço e superação do estado de subordinação (dependência econômica, física, etc.) por parte daquele que se empodera (sujeito ativo do processo)” (ROSO; ROMANINI, 2014). Contudo, tanto na PNPS quanto nas produções acadêmicas do campo da saúde que utilizam o conceito de empoderamento, é comum aparecer estes questionamentos ao mesmo tempo que aparece um uso instrumental do empoderamento, no sentido único de levar conhecimento técnico, científico ou de como conduzir uma situação de adoecimento.

Retomando o pronunciamento de Sérgio Arouca na 8ª Conferência Nacional de Saúde, os profissionais e pesquisadores da saúde perceberam que era necessário, antes de tudo, atuar na desigualdade social, na opressão e na concentração de renda, mesmo que se estivesse falando em saúde. No momento em que o Sistema Único de Saúde, política construída no final da Ditadura Militar, objetiva atender à demanda da saúde pública no âmbito nacional, fazendo com que se cumpra o princípio da dignidade humana previsto na Constituição Federal – direito à saúde e à vida (BRASIL, 1988) – ele carrega essa luta consigo.

É importante relembrar o contexto político da época para perceber que “autonomia”, “participação” e a aproximação desses valores com os valores de “bem-estar”, “qualidade de vida” e “saúde” não são ideais perdidos ou simplesmente importados/reproduzidos, sem alterações, como enunciados que acionam diretamente práticas aclamadas pelas reuniões mundo afora¹⁷.

Enquanto os países como Estados Unidos e Canadá, de onde foi importado o conceito de empoderamento, atuam em contextos de democracia supostamente já legitimadas entre suas populações e legisladores, no Brasil ocorre que as ideias acima se colocam como

¹⁷ “É essencial lembrar que tivemos movimentos sociais muito ativos no processo de luta pela democratização e contra a ditadura militar, cujo governo caiu em 1984, com vertentes bastante organizadas no campo da saúde e saúde mental, induzindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), formalmente de acesso universal. Tivemos também um movimento antimanicomial, com clara inspiração na experiência italiana, embora mais gradual e lento do que na maioria dos países europeus.” (VASCONCELOS, 2013, p.2828).

peças fundamentais para um objetivo a ser alcançado: construir uma democracia que, ainda hoje, se tenta (re)construir. Além disso, nos Estados Unidos e Canadá predomina uma cultura protestante, individualista, voltada para o desenvolvimento pessoal e o *self-made man*. O desenvolvimento social não tem tanta centralidade nas políticas públicas e fica a cargo do chamado “Terceiro Setor”, de instituições de organização civil sem fins lucrativos que podem ou não ter parceria com o poder público (VASCONCELOS, 2013).

O Brasil, embora atualmente venha se apropriando exponencialmente desta lógica neoliberal, ainda tem um forte predomínio cultural religioso, principalmente católico, voltado para a família, para a hierarquia e para políticas sociais a cargo do Estado – portanto ainda há traços de uma cultura voltada para a vida comunitária e de uma certa dependência para com o Estado (VASCONCELOS, 2013). As lutas sociais também têm perfis diferenciados quando comparamos Brasil com Estados Unidos e Canadá. Nestes últimos predomina uma mobilização mais autonomista, de distância em relação ao Estado e aos profissionais, enquanto no Brasil os movimentos na saúde partem primeiramente dos profissionais que atuam na área e estes se mobilizam na sensibilização dos grupos “oprimidos”¹⁸. Talvez daí se crie a demanda pelo trabalho pedagógico em saúde, no qual os profissionais *levam* o empoderamento para as pessoas e coletivos.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um acontecimento marcante para o empoderamento da população brasileira. Em 1986, cerca de quatro mil pessoas, dentre elas militantes de movimentos sociais, pesquisadores, trabalhadores e gestores da saúde realizaram a conferência e exigiram que não houvesse naquele momento nenhuma intervenção de empresas ou instituições financiadoras. A conferência se colocou como fórum de luta contra a ditadura militar diante do contexto político da época, mas reivindicou principalmente a descentralização do sistema de saúde e da implementação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida. No relatório final, percebe-se mais uma vez um amálgama entre saúde e democracia:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (PAIM, 1986, p. 4).

¹⁸ Vasconcelos faz essa comparação em relação aos movimentos sociais em saúde mental, nos quais percebe que em países europeus e norte-americanos de matrizes protestantes e neoliberais os atores das lutas são as pessoas que sofrem com questões de saúde mental, enquanto em países com matrizes católicas, hierárquicas e estatais, a luta parte dos profissionais de saúde para depois atingir os familiares das pessoas com questões de saúde mental.

E a participação da sociedade na construção e acompanhamento das políticas de saúde foi enfaticamente exigida:

Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre tais condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população. (PAIM, 1986 p. 4).

As análises e recomendações realizadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde foram logo em seguida absorvidas pela Constituição Federal de 1986 (BRASIL, 2006; PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006), que por sua vez foi mais um documento que oficializou a relação entre saúde e economia: “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País” (BRASIL, 1988).

Assim, vai-se criando o contexto propício para que o empoderamento se consolide como pilar neste novo arranjo da assistência à saúde. Ainda com o teor político “militante” de acesso à cidadania e direitos, a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS (BRASIL, 2006) direciona ações para problemas “de saúde” adotados como prioritários, tanto pelas organizações internacionais, como Organização Mundial da Saúde e Organização Panamericana de Saúde, quanto pelo próprio governo brasileiro. As prioridades definidas pela PNPS são divulgação e implementação da PNPS, alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006).

Em 2003, a Comissão de macroeconomia e Saúde da OMS lançou um relatório mundial estimando que as condições crônicas¹⁹ estavam sendo responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003) e que os tomadores de decisão do setor saúde tinham que estar atentos a isso, na perspectiva de transformar esta realidade. Estava acontecendo na época todo um movimento de se repensar a atenção à saúde, a nível mundial e local. No Brasil, a PNPS surge três anos após este relatório

¹⁹ No referido relatório, as condições crônicas são as doenças não-transmissíveis, distúrbios mentais de longo prazo e algumas doenças transmissíveis como HIV/AIDS. Taddeo *et al.* (2012) definem as condições crônicas como experiências de vida permanentes, provenientes de doenças que acarretam perdas e disfunções e mudanças no cotidiano.

da OMS, com a iniciativa de fortalecer a Promoção da Saúde, principalmente a Atenção Primária.

Assim como as produções acadêmicas voltadas à Atenção Primária, a PNPS volta-se para questões de saúde/doença que a assistência mais tradicional não consegue dar conta. Segundo Taddeo *et al.* (2012), as doenças crônicas não infecciosas fazem parte do perfil de saúde das populações e o sistema de saúde tradicional não atua de forma eficaz nessas condições. Para os autores, este foca-se nas doenças agudas, com visitas breves e pontuais, enquanto as doenças crônicas necessitam de uma atenção voltada para a informação e o autocuidado.

A OMS, no relatório acima, relaciona mais uma vez as questões de saúde com o desenvolvimento econômico; e, enquanto órgão de referência mundial em saúde, afirma que houve avanços no gerenciamento biomédico e comportamental a ponto de prevenir e controlar as condições crônicas ao longo do globo. Traz “evidências” de que há resultados positivos neste gerenciamento quando existe tratamento eficiente acoplado ao autogerenciamento e à organização entre os profissionais de saúde envolvidos na assistência.

Assim, vai-se cada vez mais pensando os cuidados em saúde de forma ampla e acessando aspectos da vida que não necessariamente tenham a ver com a antiga percepção do que aparecia como saúde/doença. Esse movimento se justifica já que as condições crônicas devem ser prevenidas; e, quando já instaladas, devem ser gerenciadas – o que reflete mudanças de estilo de vida, alimentação, comportamentos *etc.* Parte-se, portanto, para a estratégia de autocuidado. Para que haja um bom gerenciamento dos índices de adoecimento e morte da população, tendo por finalidade a melhora no desenvolvimento econômico, é necessário que os indivíduos aprendam a cuidar de si mesmos. Constrói-se um campo propício para o fortalecimento das capacidades de autogerenciamento das pessoas e populações em relação à sua saúde.

O empoderamento vai, portanto, se aproximando de forma aparentemente espontânea, bem intencionada, com a finalidade de fortalecer indivíduos e grupos no cuidar de si. A demanda colocada pelos “tomadores de decisão” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003, p. 7) foi construída de forma muito parecida com as construções acerca do empoderamento. Neste contexto, nesta produção de demanda e seu correlato *vis-a-vis* em termos de autogerenciamento, o empoderamento se encaixa como uma peça na formação de um quebra-cabeças cujo desenho final é justamente o *homo oeconomicus* como correlativo de uma racionalidade neoliberal (FOUCAULT, 2008).

Nesse suposto contraste, a Política Nacional de Promoção da Saúde brasileira almeja dar conta de promover *qualidade de vida e transformação social*. Buscando atuar nos processos de saúde-adoecimento, ela atua como estratégia de produção de saúde, de modos de pensar e de operar nas necessidades sociais em saúde.

“A produção de saúde torna-se indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias e, simultaneamente, exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde” (BRASIL, 2006, p. 13). A favor da vida, a Política de Promoção da Saúde rompe com as barreiras dos campos de saberes e práticas e vincula iniciativas ligadas ao comportamento e hábitos dos sujeitos a estudos epidemiológicos demonstrativos. Para que haja produção de subjetividades ativas e “saudáveis” é necessário que se amplie as ações em saúde do escopo da medicina e do cuidado para com a doença já instalada. “Empoderamento é um conceito complexo que toma emprestado noções de distintos campos de conhecimento” (CARVALHO, 2004, p. 1090). A transversalidade, a integralidade e a intersectorialidade encontrada na política agrega outros campos de saber como a Sociologia, a Psicologia, a Antropologia, a Estatística e principalmente a Educação, para dar conta da complexidade do mundo da vida. Não mais apenas com um olhar biomédico para os sujeitos, criam-se estratégias de cuidado prévio, de ações de antecipação da doença, uma vez que atuarão nos determinantes dos processos de adoecimento.

Os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencentes à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da própria vida.

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham. (BRASIL, 2006, p. 11).

Para que essa subjetivação se dê de forma efetiva, a Promoção da Saúde desenvolve estratégias semelhantes aos três eixos do empoderamento definidos no início deste capítulo: nível individual – focado no controle das pessoas sobre situações específicas, de condicionantes e determinantes de saúde, além de perceber e desenvolver as habilidades com os recursos existentes; nível organizacional – construção e fortalecimento de redes de atenção à saúde e fortalecimento de parcerias com outras políticas públicas e; por fim, nível comunitário – mapeamento e incentivo de produção de recursos comunitários acessíveis.

Tendo como pano de fundo a transformação social e a defesa da democracia para todos, a nível individual, a educação em saúde oferece a possibilidade de os sujeitos se mobilizarem criativamente com os recursos disponíveis; a nível organizacional, a construção de redes e a implicação dos usuários, trabalhadores e gestores que descentralizam as decisões; e, por fim, a nível comunitário, a noção de que o empoderamento é singular para cada indivíduo e para cada comunidade, não sendo reproduzível, trazendo uma sensação de pluralidade que fortalece, por sua vez, a sensação de controle sobre seus próprios processos de adoecimento.

Assim, a Política Nacional de Promoção da Saúde, quando se apropria dos dispositivos de empoderamento, torna-se um eficiente mecanismo de legitimação de discursos e práticas que atuam em diversos aspectos da vida das pessoas e das comunidades. Mediante um conjunto de discursos e práticas que gravitam em torno do “empoderamento” – esta incógnita = x – a própria noção de saúde é borrada, fundida e confundida com diversas outras noções: democracia, vida, liberdade, controle sobre si mesmo; e, assim, talvez não mais saibamos o que estamos enunciando quando falamos ou escrevemos sobre *saúde*.

4 NEOLIBERALISMO EM SAÚDE, NEOLIBERALISMO E BIOPOLÍTICA

4.1 Empoderamento: dispositivo pedagógico-terapêutico da autonomia

Nas últimas décadas do século XX, principalmente a partir da década de 1970, houve modificações na dinâmica médica. Esta estendeu-se para além de acidentes, enfermidades e doenças, encaminhando-se para uma administração de doenças crônicas e da morte, da reprodução, da detecção e administração do “risco” e para a otimização da saúde do corpo (ROSE, 2013). Os movimentos sociais, o feminismo e os defensores do direito de pessoas portadoras de deficiências desafiaram o poder autoritário do médico sobre suas vidas e buscaram modos de “conferir poderes” àqueles que se colocavam na posição de paciente.

Atualmente, a extensa disponibilidade de informações médicas na internet, a multiplicidade de fontes e a ênfase sobre a “cidadania ativa” vêm tirando os indivíduos do lugar de paciente e colocando-os no lugar de sujeito ativo, que modela seus pedidos, avalia e desafia as opiniões médicas. A crescente prática de manutenção da saúde do corpo, por meio de dietas, exercícios, consumo de medicamentos e suplementos alimentares, autodiagnósticos e autotratamento vem se tornando central para a autoadministração do indivíduo (ROSE, 2013).

Em sentido mais amplo, o conceito de empoderamento, que se desenvolve desde a década de 1970, tornou-se multifacetado e recebe influências de diferentes teorias e posições políticas. Nasce nas militâncias por direitos identitários de mulheres e negros ao mesmo tempo que aparece como elemento das autoajudas (LOPES, 2015). Nos anos 1980, insere-se nas reflexões da psicologia comunitária e ganha novos contornos relacionados à cidadania. Na saúde, ele aparece principalmente no final da década de 1980 e vem se fortalecendo e ganhando novos contornos a cada dia.

A Política Nacional de Promoção da Saúde sofreu duas alterações desde a sua primeira versão. Destacamos agora a sua última versão, alterada em 2015 de acordo com novas demandas e compromissos nacionais e internacionais assumidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015). A PNPS revisada afirma a impossibilidade de o setor sanitário enfrentar sozinho os determinantes e condicionantes de saúde e aponta como necessária a articulação com outras políticas públicas, com a participação social e os movimentos populares para a produção de saúde e do seu cuidado (BRASIL, 2015).

Nesta nova versão, o empoderamento ganhou maior destaque em relação ao texto de 2006. Anteriormente, ele aparecia apenas uma vez como uma diretriz voltada à participação social: “Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de

promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário” (BRASIL, 2006, p. 19). Já em 2015, ele aparece como valores e princípios da PNPS: “[Esta política] adota como princípios a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrasetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade” (BRASIL, 2015, p. 10); como objetivo específico: “promover o empoderamento e a capacidade para a tomada de decisão, e também a autonomia de sujeitos e coletividades, por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida (BRASIL, 2015, p. 11); como diretriz, agora não mais voltada à participação social, mas ao estímulo de produção de conhecimento que fortaleça o empoderamento: “estímulo à pesquisa, à produção e à difusão de experiências, conhecimentos e evidências que apoiem a tomada de decisão, a autonomia, o empoderamento coletivo e a construção compartilhada de ações de promoção da saúde” (BRASIL, 2015, p. 13); e novamente como princípio: “O empoderamento, que se refere ao processo de intervenção que estimula os sujeitos e coletivos a adquirirem o controle das decisões e das escolhas de modos de vida adequados às suas condições sócio-econômico-culturais.” (BRASIL, 2015, p. 27).

A PNPS amplia, portanto, a importância do empoderamento na condução de suas ações, no intuito de fortalecer uma produção de saúde que considera “a autonomia e a singularidade dos sujeitos” (BRASIL, 2015, p. 8). O empoderamento visa a ensinar os conhecimentos técnicos e científicos para que as pessoas possam atuar na produção desta saúde. Mais do que isso, o empoderamento em saúde elabora uma relação reflexiva do sujeito consigo mesmo. Entretanto, trata-se de uma relação reflexiva *dirigida* que se constrói e que modifica a experiência dos indivíduos com a sua vida social, mas que principalmente transforma a experiência de si mesmos, através de mecanismos de subjetivação (LARROSA, 1994).

As práticas relacionadas ao empoderamento e à educação popular são muito marcadas pela busca da *conscientização* acerca da desigualdade das relações sociais, do desenvolvimento da *autonomia* e do *autocontrole*. Freire (1996) afirma que com essa consciência as pessoas se tornam livres e, conseqüentemente, responsáveis por essa liberdade. A partir do momento que elas entendem os conflitos sociais, a opressão, a distribuição desigual de recursos, elas têm obrigação de agir para modificar essas relações, e assim acabam sendo responsáveis por transformar essas relações. Há aí um paradoxo, porque as pessoas se tornam *obrigadas a algo* a partir de sua liberdade e de sua autonomia, porque elas têm “consciência” de um suposto papel social.

Essa consciência conduz a um processo reflexivo e racional do sujeito consigo mesmo. Os movimentos sociais e as políticas sociais no Brasil têm um forte caráter pedagógico.

Por terem influência de Paulo Freire, os movimentos sociais trazem abordagens educativas e de trabalho de base com as populações e grupos “oprimidos”. Os movimentos de trabalhadores, de direitos civis e minorias atuam no sentido de controle social das políticas sociais (VASCONCELOS, 2013). Este controle social não se refere ao Estado que controla a sociedade, mas à sociedade, que passa a dispor do controle sobre o que o Estado está realizando. A população aprende sobre os processos burocráticos e formais da organização pública e se apropria da mesma, tendo participação nas decisões. O controle social é a garantia que a população tem de poder participar de processos de formulação das políticas de saúde e de controlar e fiscalizar sua execução em todos os níveis do governo. Essa participação se dá prioritariamente por meio das Conferências de Saúde, Conselhos de Saúde e Conselhos Gestores das Unidades (SILVA *et al.*, 2012).

O empoderamento, em contexto brasileiro, é muito associado à figura de Paulo Freire. Alguns teóricos afirmam que Paulo Freire é o autor deste conceito no Brasil, contudo, em toda a sua obra, encontra-se apenas uma referência a este respeito em uma entrevista dada a uma jornalista norte-americana²⁰.

Podemos entender esse equívoco pelo motivo de que a história dos movimentos de Educação Popular²¹ e dos movimentos de empoderamento tiveram inúmeras convergências que não foram bem delimitadas, marcadas ou estudadas. Os movimentos feminista, sem-terra e de educação popular em saúde são alguns exemplos que se apropriaram do conceito de empoderamento e da Educação Popular (VASCONCELOS, 2013). No campo da saúde, essa aproximação é comum e muitas vezes os conceitos são utilizados como sinônimos de forma acrítica e não criteriosa. Ambas as teorias ajudam a construir a Psicologia Comunitária, um campo de referência teórica e prática de empoderamento. Muitos textos sobre empoderamento

²⁰ Valoura (2005/2006), em seu artigo “*Paulo Freire, o educador brasileiro autor do termo Empoderamento, em seu sentido transformador*”, afirma que Paulo Freire criou a expressão empoderamento de forma diferente do tradicional uso do mesmo. Este artigo tem sido utilizado como referência para outras produções que têm legitimado esta forma de pensar. Até 15 de setembro de 2016, este mesmo artigo havia sido citado por mais 29 outras publicações. Porém, Roso e Romanini (2014) fizeram uma revisão na obra de Paulo Freire e encontraram o conceito de empoderamento apenas no livro *Medo e Ousadia* (1986), livro que registra uma entrevista dada a Ira Shor. Na entrevista, ela pergunta sua opinião sobre o *empowerment* estadunidense e como ele se relaciona com a emancipação e a autonomia do autor. Freire responde às suas perguntas tecendo uma breve crítica ao conceito, não se dedicando muito ao assunto.

Esta incorreção em relação à afirmação de Paulo Freire ser o “pai do empoderamento” no Brasil nos impulsiona novamente a justificar a necessidade da atitude de desconfiança e não-saber que o pesquisador deve ter para com a produção científica e a necessidade de uma mínima investigação arqueogenealógica, tencionando as produções e as verdades da Ciência.

²¹ Para aprofundamento sobre a Educação popular de Paulo Freire, ler: FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia – Saberes necessários à prática educativa* (1996) e FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido* (1987).

em saúde se referenciam em autores ditos da Psicologia Comunitária, como por exemplo, Julian Rappaport (1981; 1995).

Paulo Freire, quando questionado a respeito do empoderamento, responde que o modelo norte-americano de empoderamento é focado na construção de uma autonomia individual e que a partir dela as pessoas se tornam capazes de se aproximar dos processos necessários para decisões políticas. No seu entendimento, este empoderamento é insuficiente no caso da sociedade brasileira. Ele afirma que este empoderamento estadunidense, voltado para a independência, “esse nível de autonomia não é suficiente para tornar apto a efetuar as transformações políticas radicais necessárias à sociedade brasileira” (SHOR; FREIRE, 1986, p. 70), porque é um empoderamento voltado para a individualidade, e

mesmo quando você se sente, individualmente mais livre, se esse sentimento não é um sentimento social, se você não é capaz de usar sua liberdade recente para ajudar os outros a se libertarem através da transformação global da sociedade, então você só está exercitando uma atitude individualista da liberdade. (SHOR; FREIRE, 1986, p. 70).

Contudo, mesmo tecendo essas críticas, Freire coloca que apesar de insuficiente, o empoderamento é “absolutamente necessário para o processo de transformação social” (1986, p. 70). Ele afirma que a autonomia está relacionada a um processo de libertação de relações de opressão e que essa libertação é um ato social. Por meio da educação, pode-se direcionar, ou libertar as pessoas para a autonomia. Para Freire, a educação é sempre diretiva, com intenções e finalidades, contudo, ele faz a ressalva: “em *que direção* e *com quem* ela [a educação] é diretiva?” (FREIRE, 1986, p. 71).

Ainda a respeito do empoderamento estadunidense, ele explica que mesmo os grupos que vivem às margens do progresso econômico, ao se empoderarem, direcionam-se para a busca do “Sonho Americano” e não para o rompimento das relações opressivas. Eles direcionam-se para uma autonomia voltada à possibilidade de viver um estilo de vida que diz mais da ampliação de padrões de consumo do que para um questionamento crítico e de uma “conscientização” das desigualdades em que estão inseridos.

Freire comenta também que a principal ferramenta para tal condução são as bibliografias de autoajuda e de autoaperfeiçoamento, uniformemente prescritivas e individualistas. Sob esta perspectiva, embora os indivíduos se sintam esclarecidos e fortalecidos, o empoderamento nos moldes norte-americanos corrobora com a continuidade de um processo de opressão (FREIRE, 1986).

A palavra *autonomia* aparece com frequência nos artigos sobre empoderamento em saúde, alguns utilizam como sinônimo e outros como finalidade do processo de empoderar (LOPES, 2015; TADDEO, 2015). Nesses artigos também aparece de forma bem próxima termos como *capacidade de decisão e controle sobre processos sociais e individuais* (LOPES, 2015; TADDEO, 2015).

Por outro lado, a autonomia que Paulo Freire propõe se constrói ao longo das experiências que as pessoas vão tendo de decidir e participar de escolhas. “Ninguém é autônomo primeiro para depois decidir. A autonomia vai se constituindo na experiência de várias, inúmeras decisões, que vão sendo tomadas” (FREIRE, 2006, p. 41). Ela vai consolidando uma liberdade para a qual as pessoas devem ser responsáveis. Corroborando esse ponto de vista, Horochovski (2006) afirma: “pessoas e grupos empoderam-se quando conquistam autonomia para, nos limites das coerções normais em qualquer agrupamento humano, decidir sobre seu destino” (p. 22). Ambos os autores enfatizam contextos de dependência, opressão, coerções e destacam a união entre *autonomia* e *decisões*. Em “Pedagogia da Autonomia”, Freire ressalta um “tom de raiva, legítima raiva, que envolve meu discurso quando me refiro às injustiças a que são submetidos os esfarrapados do mundo (...) os condenados da Terra” (FREIRE, 1996, p. 9). Ou seja, mesmo que Freire critique o empoderamento nos moldes norte-americanos, percebemos que Freire e autores do empoderamento se aproximam quanto à necessidade de consolidação da *autonomia*. A autonomia é comum a ambos no sentido de proporem ações para a saída das pessoas de um certo grau de dependência e passem a ter voz e poder em suas escolhas. Essa zona comum entre eles contribui que ambos referenciais sejam utilizados pela Psicologia Comunitária e consequentemente pelo campo da saúde como um todo.

Buscando atingir esse controle, as práticas de empoderamento e as práticas da educação popular se entrelaçam para *ensinar* as pessoas sobre seus direitos, passar-lhes informações a respeito dos processos técnicos e políticos e de construção de políticas públicas. As pessoas devem sair de um lugar de ignorância sobre esses processos e de dependência para se “emancipar” e participar das decisões políticas que os afetam:

(...) fortalecer a autoestima e a capacidade de adaptação ao meio e desenvolver mecanismos de autoajuda e de solidariedade. Dentre essas estratégias, destacam-se práticas de educação para a saúde que pretendem contribuir para a formação da “consciência sanitária” do indivíduo, objetivando manter a harmonia e uma relação saudável dele com o seu meio externo. Apela-se, aqui, para um esforço pedagógico sistemático e permanente, envolvendo técnicas focais e de marketing social. (ROSO; ROMANINI, 2014, p. 86).

As produções acadêmicas dos últimos seis anos que abordam o empoderamento na saúde tendem a utilizá-lo com este caráter pedagógico. Arraes *et al.* (2012) falaram sobre participação social na IV Conferência Nacional de Saúde Mental (IV CNSM), ocorrida no Rio Grande do Norte, e buscaram mapear as estratégias de empoderamento que ali se consolidaram. Os autores ressaltam o desafio de superar o estigma social e a tradição de tutela que incidem sobre os usuários dos serviços de saúde mental. Para eles, o estigma, a tutela e a interdição social e jurídica, que às vezes ocorre com pessoas com diagnósticos de saúde mental, contribuem para o não empoderamento e não o reconhecimento deles enquanto cidadãos e participantes do controle social. Os autores defendem o empoderamento enquanto *autonomização* de sujeitos e grupos *nas suas relações e práticas cotidianas*. Portanto, argumentam a favor de investir em estudos focados nas pessoas e em suas relações cotidianas concretas, buscando potencializar tais ações e produzir emancipação e autonomia não tutelada. Desta forma, o controle social se faz como estratégia importante de empoderamento para os usuários, já que a sua presença e participação na formulação e fiscalização das políticas públicas de saúde mental possibilita o seu protagonismo social e a defesa de seus direitos.

Em relação à análise que fizeram da participação dos usuários na IV CNSM enquanto prática de empoderamento, os autores falam de uma tutela, de uma relação entre usuário e trabalhador que pode ser uma *tutela castradora* ou uma *tutela autonomizadora*. Neste evento a tutela se manifestou em três aspectos: no fato de os trabalhadores levarem para a conferência os usuários de seus respectivos serviços, mesmo sem alguns deles saberem do que se tratava o evento, na concessão de fala para alguns usuários fora do espaço destinado à manifestação da plenária e no gerenciamento por parte dos trabalhadores do grupo de delegados composto pelos usuários.

Os autores analisam esta tutela em virtude de “uma série de problemas que vão desde a carência de informação e formação política desses atores até a sua cooptação por segmentos cujo poder de influência e decisão prevalece” (ARRAES *et al.*, 2012, p. 79), que impede que haja atuação efetiva e protagonista da população em espaços que se pretendem democráticos.

Tal discurso aliado à experiência de adoecimento e a falta de acesso à educação formal, ao trabalho e a formação política redundam em uma postura passiva do usuário que acaba designando a outrem (geralmente ao trabalhador) a competência para decidir e lutar pelos seus direitos. (ARRAES *et al.*, 2012, p. 80).

Mas afirmam que é possível que a participação nestes espaços tenha potência de produzir transformações na vida desses “usuários-atores”, já que durante esses eventos eles

podem enfrentar as dificuldades colocadas pelo adoecimento e elaborar “estratégias de autonomização e de tomada de decisão sobre suas vidas” (ARRAES *et al.*, 2012, p.80). Assim, eles vão descrever a tutela castradora e a tutela autonomizadora.

A tutela castradora consiste em um mecanismo de infantilização do sujeito que o destitui de poder de decisão sobre sua própria vida, portanto, seria um processo de manter os usuários neste lugar de carência e de não-autonomia. A tutela autonomizadora movimenta-se na condução do sujeito em direção à produção de autonomia e de possibilidades de vida. Nas palavras dos autores, seria “um processo que agencia instrumentos que ampliam o grau de governabilidade do sujeito” (ARRAES *et al.*, 2012, p.82). Em relação ao evento, Arraes *et al.* (2012) concluem que ele esteve todo o tempo recheado de práticas tutelares castradoras que limitam o empoderamento e práticas tutelares com potencial autonomizador que atuam a favor do empoderamento e que podem conferir o manejo institucional que confere poder aos usuários. Portanto, a tutela autonomizadora pode ser pensada como um processo no qual sujeitos não-autônomos são conduzidos por pessoas instituídas para tal e, neste caso, são os profissionais de saúde mental, para uma autonomia que diz de conteúdos formais e institucionais, mas que vai além. Para que essa autonomia atinja o seu ideal, ela deve ser conduzida unindo os conteúdos formais com os conteúdos sobre o adoecimento e da vida do sujeito como um todo.

Arraes *et al.* (2012) destacaram o formato tradicional do evento como principal inibidor da participação dos usuários. Os gestores, trabalhadores e acadêmicos detinham o lugar de fala e esta formalidade produziu um evento expositivo direcionado ao conhecimento acerca das normativas. Os autores explicam que, para ser considerado um processo de empoderamento e autonomia, o evento deveria explorar as experiências pessoais, as críticas, as reivindicações, as denúncias e as sugestões dos usuários nas suas deliberações. Contudo, houve tal apropriação, só que conduzida e direcionada pelos profissionais. Os autores relatam que haviam grupos de trabalho dirigidos por profissionais e acadêmicos que conduziam as falas dos usuários e que as deliberações tiradas neste espaço iam para a plenária final.

A questão que fica é que este espaço do grupo de trabalho é um espaço pedagógico e transformador da fala. É um espaço que subjetiva, no qual a fala das pessoas vai ser direcionada para a “consciência sanitária”. A fala pessoal, de experiências de adoecimento, de vida, de contato com os serviços e com os profissionais de saúde, vai ser misturada com a fala institucional, informacional, sobre direitos, para aí sim ganhar legitimidade para ser escutada na plenária final.

Paese e Paese (2011), em artigo sobre a relação entre usuários leigos e especialistas em conselhos de saúde, explicam que esses espaços de representação social, que exigem

participação da população, têm em sua natureza um funcionamento que delibera sobre questões que dependem do saber especializado. Contudo, simultaneamente, observa-se que os conselheiros de saúde e outros participantes muitas vezes não dispõem de conhecimento adequado para contribuir de forma efetiva no processo decisório, embora tenham legitimidade para participar de todas as decisões deliberativas. Essa situação gera, portanto, a necessidade de suprir a carência sobre os aspectos técnicos e científicos dos “leigos”, empoderando-os dos processos decisórios que influenciam diretamente as suas vidas.

A “consciência sanitária”, contudo, não só incita uma relação das pessoas com os processos de gestão pública da saúde. Os espaços de decisão coletiva e controle social não são os únicos espaços de subjetivação, de condução da fala e de consolidação dessa consciência sanitária, essa subjetivação também se dá nas relações individuais e de organização da vida em seu cotidiano. Encontramos textos que discutem o empoderamento em saúde a partir de discussão teórica e/ou narrativas de experiências que transitam sobre diversos campos da vida: informação em saúde, doenças crônicas, doenças mentais, envelhecimento, atenção básica, humanização, feminismo, acesso, cidadania, qualidade de vida e outros mais. Eles acabam por descrever o empoderamento como uma prática educativa em torno de dar acesso à informação, fazer orientação e educação em saúde, promover conhecimento para tomar decisão acerca de saúde, produção de autonomia, poder de escolha, esclarecimento, protagonismo e tomada de consciência. O empoderamento é descrito como a capacidade de opinar e participar das discussões, bem como ter controle da gestão de suas vidas.

Taddeo *et al.* (2012) escrevem sobre as práticas de empoderamento relacionadas às doenças crônicas em uma Unidade Básica de Saúde, e definem empoderamento como um processo educativo de desenvolvimento de conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento necessários para que o paciente se responsabilize efetivamente pelas decisões acerca de sua saúde. Os autores afirmam que o empoderamento requer o diálogo entre profissional de saúde e usuários para se conseguir identificar as necessidades de saúde da comunidade. Os pacientes com doenças crônicas aguardam o momento da consulta para externarem suas angústias e medos relativos à doença, e a relação que eles estabelecem com os profissionais de saúde influencia na adesão ao autocuidado. Quanto mais essa relação se baseia na confiança, no respeito aos anseios e necessidades do paciente, no estabelecimento de vínculo e autonomia, maior a responsabilização dos pacientes pela sua saúde e conseqüentemente melhores resultados de saúde (TADDEO *et al.*, 2012).

Contudo, Taddeo *et al.* (2012) analisam que a relação entre profissional e paciente na prática não contempla por completo esse diálogo e que os serviços de atenção básica acabam

por separar o cuidado assistencial feito pela consulta médica do espaço de educação em saúde que trabalha com orientações educativas. Eles afirmam que estas orientações se destinam a formar a consciência crítica e a autonomia e que a educação não significa apenas compreensão da informação, mas incentivar as pessoas a definir os seus próprios problemas, encontrar soluções para si e lidar com eles de forma eficaz. Os pacientes que foram entrevistados por Taddeo e colaboradores relataram que a experiência que tiveram com as práticas de educação em saúde os motivou a cuidarem de si e a multiplicar o conhecimento adquirido, embora acreditem que essas práticas devessem ser contempladas nas consultas médicas.

Como dito acima, os autores definem o objetivo do empoderamento como a responsabilização que o paciente toma pela sua própria saúde e, para eles, a educação, enquanto conhecimento e acesso às informações, é o elemento chave do empoderamento que pode contribuir ou inibir essa responsabilização pelo autocuidado.

O ensino do cuidado de si é um processo importante, pois ajuda o indivíduo na ampliação do conhecimento do processo saúde-doença, aprimorando a autopercepção e beneficiando a mudança de hábitos necessária. (...) O cuidado empoderador surge como uma atividade intencional que permite à pessoa adquirir conhecimento de si mesmo e daquilo que a cerca, podendo exercer mudanças nesse ambiente e na sua própria conduta. Além disso, capacita o doente crônico a definir os seus próprios problemas e necessidades, a compreender como pode resolver esses problemas com os seus recursos ou com apoios externos, e a promover ações mais apropriadas para fomentar uma vida saudável e de bem-estar. (TADDEO *et al.*, 2012, p. 2928).

Lopes (2015) faz uma análise de literatura sobre o empoderamento na assistência a pessoas com diabetes. Ela afirma que o empoderamento desestabiliza o formato tradicional das relações entre profissionais de saúde e pacientes e exige um novo formato, pautado pela prática educacional que se utiliza das experiências de vida do paciente e da *expertise* do profissional para efetivar o cuidado em saúde.

Aqui, o empoderamento é colocado como algo que envolve aspectos cognitivos, afetivos e de conduta, e aparece junto a um movimento de substituição da assistência em saúde baseado na obediência para uma abordagem de adesão/aderência. Ele radicaliza os princípios da aderência do paciente nas relações profissional/paciente porque traz consigo a premissa da autonomia individual e de capacidade de fazer escolhas informadas. Palavras como atitude, boa vontade, colaboração se colam ao conceito de aderência ao tratamento e assim se enfatiza a ideia de escolha livre do paciente em aceitar as recomendações médicas (LOPES, 2015).

Para Lopes (2015), são os pacientes que se encarregam do cuidado da diabetes em sua vida diária, implicando uma substancial remodelação da forma de vida. Neste sentido, a assistência em saúde percebeu a necessidade de valorizar a experiência do paciente com o

adoecimento, já que é nela que deverão ser feitas as transformações profundas de comportamentos individuais. A autora chega a afirmar que esse movimento é uma forma de devolver ao paciente a responsabilidade pela gestão da saúde, que até o século XX, diante do modelo de assistência pautado na obediência, ficava a cargo dos aparatos formais de governo. O texto relaciona o aumento das obrigações individuais e de certas comunidades em gerenciar sua própria saúde às reorganizações dos serviços de saúde no sentido da Promoção da Saúde, ao aparecimento da indústria privada de seguro à saúde e ao surgimento de uma nova “vontade de saúde”. Lopes afirma que o empoderamento do paciente diabético neste modelo de aderência é uma expressão exemplar de um sistema de valores relacionados à responsabilização individual pela saúde, ao mesmo tempo que procura dar relevo às suas características específicas.

Contudo, Lopes (2015) vai além e analisa o empoderamento já no modelo de assistência pautado no cuidado. A diferença entre aderência e cuidado está na ação do indivíduo, porque na aderência o indivíduo tem as opções na sua frente e as escolhe livremente, de acordo com aquilo que acredita ser melhor para si. Já na lógica do cuidado, nem sempre existem opções a serem escolhidas *a priori*, além dele não saber se elas serão boas ou ruins antes de experimentá-las. Portanto, ao longo do dia-dia, será fundamental que ele aja de acordo com o cuidado de si.

No modelo do cuidado, o empoderamento não se restringe a mudanças individuais e cotidianas do paciente, embora essas sejam fundamentais, mas Lopes (2015) afirma que a potência deste elemento agora está em propor uma nova relação profissional-paciente. O profissional deve ter acesso a esse cotidiano do paciente e entender que as ações para o cuidado são prioritariamente do próprio paciente. Esse cotidiano está repleto de experiências, emoções, desejos e não é possível descolar esses elementos do cuidado da saúde. O profissional deve ter disposição para estudar, junto com o paciente, as dificuldades, possibilidades e limites do cuidado.

Sob a perspectiva do cuidado, existe muito mais a ser considerado para além do significado do indivíduo onerado com a responsabilidade pela própria saúde (...). Trata-se de considerar novas disposições e sensibilidades para lidar com a própria vida – a vida marcada pela atitude de cuidado com a enfermidade (...). O paciente empoderado requer um sistema aberto de diálogo, no qual encontre receptividade para suas histórias de dificuldades com o diabetes, a partir das quais se envolva num circuito de troca, recebendo sugestões para lidar com essas dificuldades, expressões de encorajamento e compreensão. (LOPES, 2015, p. 493).

A lógica do cuidado coloca a necessidade de o profissional de saúde sair do lugar de “solucionador de problemas” para ser um “facilitador educacional”. Contudo, Lopes (2015) afirma que embora a abordagem do empoderamento tenha ganhado suporte teórico nas

intervenções em saúde, os profissionais de saúde e principalmente o profissional médico têm dificuldades e muitas vezes demonstram resistência para com esta mudança. Ela menciona que as práticas de educação em saúde nos serviços, onde se insere o empoderamento, frequentemente são realizadas por profissionais não-médicos, como enfermeiros e psicólogos. Lopes explica esse fato pelo treinamento que o psicólogo tem para trabalhar com as emoções e no caso do enfermeiro, ela destaca a proximidade que este costuma ter com os pacientes de um serviço de saúde. Segundo a autora, o enfermeiro costuma ser o mediador na relação com o espaço institucional, com os procedimentos técnicos e com os médicos. Tal papel o tornaria mais sensível às dificuldades e necessidades do paciente, tornando-se inclusive um ouvinte.

A perspectiva do empoderamento implica em uma prática de conversa na qual o facilitador educacional seria um ouvinte sério, compassivo e empático, porém os profissionais de saúde são treinados para serem solucionadores de problemas. Eles relatam sentimento de incômodo para com os conteúdos emocionais dos problemas dos pacientes, como raiva, culpa, ressentimento ou medo (LOPES, 2015). E é justamente por meio da conversa sobre essas emoções que, na perspectiva do empoderamento, devem ser exploradas, expressas, experienciadas e aceitas pelo paciente (LOPES, 2015).

No caso do empoderamento em saúde, esse dispositivo compõe a relação dos indivíduos com seus corpos em uma “experiência” de saúde e doença e de gerenciamento dessa experiência. Larrosa (1994) afirma que o discurso pedagógico e o discurso terapêutico estão hoje intimamente relacionados:

As práticas pedagógicas, sobretudo quando não são estritamente de ensino, isto é, de transmissão de conhecimentos ou de "conteúdos" em sentido restrito, mostram importantes similitudes estruturais com as práticas terapêuticas. A educação se entende e se pratica cada vez mais como terapia, e a terapia se entende e se pratica cada vez mais como educação ou re-educação. E a antropologia contemporânea, ou melhor, o que hoje conta como antropologia, para além dos discursos, sábios que se abrigam sob esse rótulo, na medida em que estabelece o que significa ser humano, não pode separar-se do modo como o dispositivo pedagógico/terapêutico define e constrói o que é ser uma pessoa formada e sã (e, no mesmo movimento, define e constrói também o que é uma pessoa ainda não formada ou insana). (LARROSA, 1994, p. 39).

Neste sentido, podemos inserir o *empoderamento em saúde* não só como uma prática pedagógica, mas também como um *dispositivo pedagógico/terapêutico* que, na exploração e na criação da experiência de si, produz um sujeito que deve ter consciência de suas necessidades e capacidades em saúde, enquanto um imperativo e um processo que tende a ser infindável.

(...) a própria experiência de si não é senão o resultado de um complexo processo histórico de fabricação no qual se entrecruzam os discursos que definem a verdade do sujeito, as práticas que regulam seu comportamento e as formas de subjetividade nas quais se constitui sua própria interioridade. É a própria experiência de si que se constitui historicamente como aquilo que pode e deve ser pensado. A experiência de si, historicamente constituída, é aquilo a respeito do qual o sujeito se oferece seu próprio ser quando se observa, se decifra, se interpreta, se descreve, se julga, se narra, se domina, quando faz determinadas coisas consigo mesmo, etc. E esse ser próprio sempre se produz com relação a certas problematizações e no interior de certas práticas. (LARROSA, 1994, p. 42)

No contexto da saúde, os adoecimentos, sobretudo as doenças crônicas, passam a fazer parte da vida da pessoa, ela se torna paciente. Ou seja, as relações com os serviços de saúde por meio do acompanhamento do quadro clínico e dos resultados de tratamentos subjetivam a pessoa enquanto paciente. O indivíduo é inserido em um conjunto de relações engendradas pelas instituições de saúde que o subjetivam enquanto paciente; e com o dispositivo pedagógico/terapêutico do empoderamento, ele se torna o sujeito empoderado de sua saúde e do cuidado de si.

Por meio do dispositivo pedagógico/terapêutico do empoderamento se enlaça subjetividade e experiência de si produzindo o sujeito da saúde. “A PNPS reconhece a subjetividade das pessoas e dos coletivos no processo de atenção e cuidado em defesa da saúde e da vida” (BRASIL, 2015, p. 10). Empoderar-se é o mesmo que subjetivar-se por meio da *reflexão de si*, a qual, por meio da observação, decifração, interpretação, descrição, julgamento, narração e dominação de si e das relações exteriores, ou melhor, das relações com os “determinantes e condicionantes da saúde” (BRASIL, 2015, p. 6), definem o sujeito da saúde.

O cuidado em saúde é antes de tudo uma prática cotidiana, sua ação não vem depois do julgamento. A própria ação é moral, os valores estão misturados com os fatos. Não é possível distinguir tão claramente a própria vida das ações que nela se incluem visando o cuidado de si. Essas duas coisas se embarçam. O sujeito da saúde é um sujeito holístico, portanto, autônomo e responsável pelo seu próprio cuidado. E espera-se que o seu cotidiano seja preenchido com práticas de cuidado de si. “Pacientes mais informados, envolvidos e responsabilizados (empoderados), interagem de forma mais eficaz com os profissionais de saúde tentando realizar ações que produzam resultados de saúde” (TADDEO *et al.*, 2012, p. 2924).

Larrosa (1994) confere um *status* moral para a pedagogia e as práticas educativas que por meio da reflexividade têm a capacidade de amarrar a totalidade do que é uma pessoa à sua parte que *está ou deve estar* sob o domínio da razão. É nessa relação que se define o que é ser humano “como se a possibilidade de algum tipo de relação reflexiva da pessoa consigo mesma, definisse nada mais e nada menos que o ser mesmo do humano” (LARROSA, 1994, p.

38). Ele analisa essa identificação do “humano” com a “reflexividade” feita a partir da filosofia platônica:

(...) a pessoa ordenada pela razão mostra uma espécie de autopossessão, estabilidade e unidade consigo mesma. A razão adquire, pois, um status moral, exerce a liderança da alma e constitui o que nós chamaríamos uma subjetividade estável, unitária, centrada. Teríamos, pois, já em Platão, toda uma concepção da natureza humana na reflexividade. (LARROSA, 1994, p. 38).

Empoderamento enquanto autopossessão, enquanto dispositivo pedagógico/terapêutico no qual o indivíduo tem poder sobre si mesmo e passa a ter capacidade, disposição e *vontade* de assumir o papel de quem toma as decisões. Ele tem tenacidade, resiliência e desprendimento ao mesmo tempo que consegue ser adaptável. A adaptação é necessária porque por mais que o indivíduo tenha poder sobre si, ele não tem controle sobre tudo que acontece com ele, precisando se adaptar diante das situações cotidianas e encontrar formas de cuidar de si mesmo fora de uma exigência ideal. O cuidado de si pede tenacidade ao longo da combinação entre adaptação e perseverança, para que em situações em que algo não acontece da forma que se esperava, o indivíduo tenha disposição para tentar novamente.

A adaptação também se torna elemento das relações paciente-profissional de saúde que não se pautam por uma dependência explícita como no modelo assistencial tradicional e exigem dos profissionais adaptação neste novo papel de conselheiro que agora desempenha no cuidado em saúde. Conselheiro que será responsável por uma *conversa direcionada*, envolvendo a escuta qualificada de vários aspectos que envolvem as dificuldades no cuidado de si.

A PNPS descreve o processo saúde-adoecimento com múltiplos e complexos aspectos e precisa, portanto, visibilizar e atuar com a singularidade dos sujeitos, coletividades e territórios para acessar esses múltiplos aspectos e construir políticas *específicas* e *direcionadas* aos “fatores e às condições de vulnerabilidades, os riscos e as potencialidades da saúde” (BRASIL, 2015, p. 8). Por meio do “botar tanta coisa pra fora” (LOPES, 2015, p. 497), há a valorização da conversa na qual os profissionais podem utilizar suas habilidades para aconselhar para o empoderamento.

É mais útil ajudar os pacientes a explorarem preocupações e considerarem questões tais quais como as relativas aos seus sentimentos, necessidades e valores relacionados a ter e a tratar o diabetes; as ações acessíveis de autocuidado do diabetes; as consequências de implementar (ou não implementar) cada uma dessas opções de autocuidado, e quais comportamentos de autocuidado estão dispostos a adotar. (LOPES, 2015, p. 497).

Percebemos assim que o dispositivo pedagógico/terapêutico do empoderamento tenciona uma reestruturação das relações de cuidado em saúde que afeta tanto as práticas cotidianas das pessoas como a forma como a oferta de serviços de saúde acontece. Cada vez mais voltado para o autocuidado por meio do empoderamento, a assistência em saúde vem estimulando a autonomia e a necessidade dos indivíduos se informarem e se responsabilizarem. Ou seja, a autonomia e a consciência de responsabilizar-se pela saúde acaba por ser objeto e objetivo do empoderamento em saúde. Autonomia e consciência que vão sendo estimuladas e direcionadas para um autogoverno de indivíduos em relação não apenas aos determinantes e condicionantes de seus processos de saúde-adoecimento, mas da vida como um todo.

Essa “devolução” das obrigações para com a vida para cada indivíduo é uma característica de um quadro biopolítico contemporâneo, no qual as autoridades políticas se orientam no sentido da função de *gestão da vida*, assumindo processos mediante uma série de intervenções e controles reguladores (LOPES, 2015). O empoderamento, pautado pelo resgate da autonomia e da responsabilização pelo cuidado de si estaria funcionando como um incremento do individualismo sobre as relações de assistência à saúde seguindo uma lógica neoliberal de individualismo generalizado.

O empoderamento, enquanto dispositivo pedagógico terapêutico, atua no “aprender a aprender”, processo no qual o indivíduo aprende a administrar ou conduzir os processos contínuos de mudanças ao longo da vida e a transformar suas fragilidades em competências. Desta forma, a própria individualidade ou identidade da pessoa são consideradas como imagens temporárias que se modificam de acordo com as necessidades que vão aparecendo e com as competências que vão sendo adquiridas.

Quanto mais mergulhamos no empoderamento em saúde, vamos percebendo uma correlação entre empoderamento, autonomia e economia. O empoderamento em saúde traz conexões mais amplas que apenas a relação do indivíduo com um adoecimento. Não é possível definir a linha que separa as intervenções que visam às doenças e fragilidades das intervenções que visam ao desenvolvimento de capacidades.

Ao desviarmos o olhar que estava mergulhado no campo da saúde e visualizarmos o empoderamento em outros espaços, podemos percebê-lo como um dispositivo que não tem campo específico, primeiro ou verdadeiro – e, nem mesmo, pretende ter. Ele é transversal e norteia as pessoas em suas vidas justamente porque ele consegue atravessar as formas de lidar com a saúde física, as decisões pessoais, relações sociais, políticas, econômicas por meio da autonomia. Torna-se difícil até mesmo de perceber de forma clara onde começa um desses campos e termina o outro. Os comportamentos cotidianos se tornam alvo do empoderamento

em saúde no fato de que a vida em si entra no domínio da decisão e da escolha diante de uma certa responsabilidade para com ela. Para que uma pessoa seja autônoma e empoderada ela deve ter consciência de todos os aspectos que envolvem sua vida.

O empoderamento em saúde segue um sentido que não é tão diferente do sentido deste novo espírito do capitalismo, sentido neoliberal que também volta-se para uma *autonomia* que diz de uma responsabilização individual para com a vida por meio de ter acesso à informação e ao conhecimento, ter poder de escolha/decisão e de ter consciência. O indivíduo e sua vida se tornam um campo de escolha, prudência e responsabilidade e está aberto à experimentação e à contestação, já que a vida e a saúde são fins que valem a pena buscar. Vale a pena para o indivíduo que busca o bem-estar e *vale dinheiro* para um sistema que lucra com esse bem-estar.

A demanda por bem-estar pode ter surgido de uma crítica a um sistema opressor no qual a qualidade de vida não era valorizada. Contudo, ela é absorvida em novas formas de pensar os processos de acumulação, já trazendo o bem-estar como “recompensa” desse processo, como objetivo desse processo. O empoderamento em saúde aparece em um contexto propício, de reivindicação de lutas populares pela participação das decisões sobre suas vidas. E quando o capitalismo é obrigado a responder efetivamente às questões levantadas pela crítica, ele incorpora uma parte dos valores em nome dos quais era criticado (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2009). Portanto, o bem-estar deixa de ser crítica para se tornar parte do processo de obtenção de lucro.

A contingência na qual o empoderamento consegue ter visibilidade e se tornar um discurso oficial abraça demandas neoliberais que relacionam a saúde ao desenvolvimento econômico. O empoderamento é uma forma de esperança de modificação das relações de poder, mas que se enfraquece e perde envergadura por se construir dentro da lógica que pretende atacar. O bem-estar tão almejado pelo empoderamento em saúde acaba sendo muitas vezes o mesmo bem-estar que disfarça as relações de poder para que as pessoas continuem produzindo e consumindo em todas as camadas sociais, com todas as suas fragilidades. O capitalismo não encontra em si mesmo recursos para fundamentar motivos de engajamento e argumentos orientados para a exigência de justiça. O capitalismo justifica-se com referência a construtos de outra ordem, da qual derivam exigências completamente diferentes daquelas impostas pela busca do lucro. Para isso investe-se na crença no desenvolvimento da ciência, no progresso, no bem-estar e no bem comum (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2009). E assim as formas de produção de lucro transvestem-se de engajamento social, porque ficam justificadas enquanto meios para atingir tais crenças. E o empoderamento em saúde, portanto, acaba por funcionar

como capacitação para este engajamento social. Desta forma o empoderamento em saúde traz alguns poderes, de fato, mas também traz uma *ilusão de poder*.

Como foi falado em capítulo anterior, nas últimas décadas do século XX, no Brasil, o empoderamento aparece entre uma gama de medidas coletivas que foram tomadas para assegurar a saúde da população. As ações do Estado voltaram-se ao investimento em água pura, saneamento básico, qualidade dos alimentos e organização dos serviços de assistência ao mesmo tempo que investiu no encorajamento ativo de ações de saúde por parte dos indivíduos. A manutenção e a promoção da saúde pessoal, por meio de hábitos alimentares, higiene pessoal, identificação e tratamento de doenças, tornaram-se centrais para a autogestão que as autoridades inculcavam nos cidadãos (ROSE, 2013).

Os cidadãos deveriam se comprometer com essas normas de saúde e de higiene, e as práticas de saúde acopladas às práticas de cidadania se tornaram um dos valores éticos de tal sociedade. Ética de uma cidadania ativa que assumiu forma nas democracias liberais avançadas (ROSE, 2013). Movimentos populares que uniam leigos e especialistas em saúde começaram a fazer exigências às autoridades políticas em nome da saúde. O governo brasileiro, portanto, por meio do Sistema Único de Saúde, engajou-se não só em campanhas, mas também definiu políticas de educação em saúde e promoção da saúde que por meio de educadores em saúde encorajavam a população a assumir interesse ativo em sua própria saúde. A responsabilização pelo cuidado da própria saúde acaba por se tornar prática coletiva e cidadã. “O corpo do cidadão, o cidadão individual e o corpo do cidadão coletivo, a nação ou o povo, era um valor de primeira importância” (ROSE, 2013, p. 42)²².

Para que se formassem cidadãos sociais e responsáveis pelo bem-estar comum era necessário instruí-los no cuidado de seus corpos, o que ia desde as formas adequadas de se alimentar até intervenções em espaços em nome da saúde e da segurança como o ambiente de trabalho. O indivíduo, portanto, por meio de práticas de empoderamento que o subjetivam enquanto um cuidador de sua própria saúde, deixa de ser um receptor passivo de direitos sociais, deixa de ser paciente em relação à sua saúde para se tornar usuário de serviços e cidadão ativo.

Enquanto o Estado se engajaria em medidas para preservar e administrar a saúde coletiva da população, quer buscando modelar a reprodução, quer tentando eliminar toxinas, os próprios indivíduos deviam exercitar prudência biológica, para seu próprio bem, para o bem de suas famílias, de sua própria linhagem e o de sua nação como um todo. (ROSE, 2013, p. 43).

²² Em tal obra, Nikolas Rose (2013) analisa a biopolítica europeia e estadunidense do início do século XX. Acreditamos que a sua análise convém para esta pesquisa para nos auxiliar na compreensão do contexto brasileiro que passou por um processo de transformação de organização política no final do século XX, que se aproxima consideravelmente da biopolítica descrita por Rose.

O bem comum é qualificado como ideal cívico, e Boltanski e Chiapello (2009) afirmam que ele é mais uma das justificativas do novo espírito do capitalismo. Para os autores, o bem comum induz ao pensamento de que há interesses em comum – como a crença no progresso e desenvolvimento – entre os indivíduos, o povo, o Estado e as classes sociais. Com isso enfatiza-se uma certa solidariedade que justifica não só as parcerias entre Estado e população para que o progresso e o desenvolvimento sejam atingidos, mas também entre Estado, população e iniciativas privadas como a crença no progresso.

4.2 Do cuidado do outro para o cuidado de si

Não nos cabe aqui fazer o histórico da medicina moderna, contudo, é importante ressaltar que há tempos que a medicina deixou de se preocupar apenas com o adoecimento e hoje circunscreve um território mais abrangente. Nos dias atuais, a medicina se dedica à administração de doenças crônicas e da morte, da reprodução, da detecção e administração do risco, além da manutenção e otimização da saúde do corpo. Contudo, houveram outras mudanças que fizeram com que a medicina tivesse que dividir o cuidado em saúde com outras profissões para dar conta dessas demandas tão amplas.

As políticas de saúde que começaram a ser repensadas no final da década de 1980, com o Sistema Único de Saúde, defendiam uma assistência baseada no cuidado interdisciplinar e integralizado, na qual o médico não é mais o profissional central. Neste novo arranjo, o empoderamento aparece como elemento que tensiona as relações de poder, que colocam o médico como figura central da saúde enquanto propõe uma outra construção deste cuidado.

Diante da Política Nacional de Promoção da Saúde e das publicações científicas sobre empoderamento, percebemos que ele vem tensionando o formato tradicional de atendimento à saúde centralizado na figura do médico e do consultório. O empoderamento impulsiona para uma nova assistência à saúde na qual a educação em saúde se coloca como prioritária em relação ao atendimento médico. As práticas de empoderamento nos serviços de saúde em sua grande maioria são executadas por profissionais não-médicos e ocupam maior espaço e tempo na assistência do que o atendimento clínico tradicional. Até mesmo a orientação sobre o tratamento medicamentoso indicado pelo médico costuma ser feito por enfermeiros e farmacêuticos. Inclusive a última versão da PNPS inclui na Atenção Básica, por meio dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família, profissionais não-médicos, como psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e educadores físicos, justamente para fazerem

orientação e acompanhamento de usuários e também de profissionais nesse cuidar de si (BRASIL, 2015).

As pessoas que se empoderam apropriam-se de uma parte do conhecimento técnico e de um certo conhecimento de si que as conduz na organização de seu próprio cuidado. Este empoderamento não elimina o atendimento médico, mas o desloca da centralidade do cuidado para um lugar paralelo. De fato, esse deslocamento não é feito sem conflitos. Mas, como definimos no primeiro capítulo, o empoderamento também funciona como um criador de conflitos, já que ele pode agir diretamente nas relações de poder. Neste aspecto em específico, o empoderamento em saúde pode provocar a saída do médico de uma posição central do cuidado em saúde, porém esse movimento é feito a partir da internalização da lógica e dos conhecimentos médicos pelos indivíduos. Por meio dos dispositivos pedagógicos/terapêuticos do empoderamento, as pessoas atingem autonomia do cuidado de si, mas continuam dependentes de uma lógica exterior e *a priori* para conduzi-las nesse cuidado.

Ao mesmo tempo em que o dispositivo empoderamento em saúde desloca o lugar do médico de uma posição central, ele dá abertura para que outros profissionais, outras lógicas e outras práticas ganhem destaque. Obviamente que não será qualquer coisa que será agregada, mas aqueles conhecimentos que de uma certa forma se agenciam com o conhecimento médico se ampliam e ganham posição no cuidado em saúde. Tudo o que se fundamenta em palavras, como *cuidado* e *administração de si*, será passível de análise.

A medicina foi central para o desenvolvimento das artes de governar, não só de governo dos outros, mas do governo de si. Os médicos se tornaram os *peritos do estilo de vida* à medida que a busca da saúde se tornou o objetivo da vida (ROSE, 2013). As pessoas atualmente exploram a si mesmas e se ligam às administrações e sentenças da medicina, mas também dão abertura para formas alternativas e complementares de *expertises* (ROSE, 2013). Os novos peritos do estilo de vida incluem enfermeiras, parteiras, psicólogos, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, peritos em promoção da saúde, conselheiros sexuais, conselheiros educacionais e diversos outros instrutores em modelação de uma forma de vida em nome da saúde (ROSE, 2013).

Não só ampliam-se as categorias profissionais que trabalham com o cuidado em saúde, mas ampliam-se também os espaços onde esse cuidado ocorre. O empoderamento em saúde como dispositivo pedagógico-terapêutico não necessita de um consultório clínico, muito pelo contrário, quanto mais os profissionais conseguirem adentrar os ambientes cotidianos das pessoas, mais eles conseguirão atuar com estímulos da “vida real” e produzir uma aprendizagem efetiva. Os profissionais de saúde então entram nas casas, nas academias, nas escolas, nos

esportes, nos supermercados, e quando não entram fisicamente, o fazem por meio da *internet*, dos programas de televisão, das cartilhas, orientações e normativas.

Essa extensa gama de possibilidades de como cuidar da própria saúde produz uma sensação de liberdade e autonomia, na qual o indivíduo tem um leque de opções para escolher. Cada indivíduo, com sua trajetória única, não necessita mais de vigilância e instrução normatizada, mas sim de um constante monitoramento, treinamento e *feedbacks*. Essa aprendizagem personalizada auxilia na definição de objetivos pessoais e na utilização de informações para planejar trajetórias. A pessoa guia seu próprio cuidado de si por meio do desenvolvimento de um autoconhecimento baseado em informações. Informações sobre alimentação, atividades físicas, práticas diárias, medicações, serviços e terapias, tempo, valores e efetividade. Esse conjunto de informações auxilia a pessoa tomar decisões autônomas e empoderadas. Quanto mais empoderado este indivíduo for, mais ele escolherá de forma prudente e responsável, de acordo com suas necessidades e possibilidades. *O cuidado em saúde se torna um mercado e o indivíduo empoderado se torna um consumidor.*

Ele consome orientações e informações que o auxiliam na nova ética da vitalidade e de sua administração. Essa comunicação normativa e direcionada obscurece as fronteiras da coerção e do consentimento e subjetiva aqueles que são aconselhados, oferecendo novas linguagens para descrever situações desagradáveis e oferecendo critérios de risco e possibilidades (ROSE, 2013).

O cuidado da saúde enquanto mercado coloca à disposição do indivíduo empoderado um uso ativo da medicina, das biociências, dos fármacos, da medicina alternativa, a fim de maximizar sua própria vitalidade. Este indivíduo exige informação de seus médicos, busca a resolutividade das terapias e conhece as vias legais para recorrer caso seja desapontado (ROSE, 2013).

Esses novos “peritos” se relacionam com as autoridades políticas e as formas de produção capitalistas por meio da conexão entre saúde e lucro. Constrói-se uma aliança virtuosa entre Estado, ciência e comércio na busca da saúde e da riqueza.

Essa aliança mobiliza os grandes orçamentos para pesquisa e desenvolvimento investidos por governos nacionais e fundações privadas, os negócios do sistema de saúde comercial e as indústrias de gestão da saúde, a operação das companhias farmacêuticas e de biotecnologia, os fluxos do capital de risco e acionário. (ROSE, 2013, p. 57).

A expectativa de vida aumentou e as pessoas estão vivendo mais. Contudo principalmente as doenças crônicas estão sendo um empecilho para que esse envelhecimento seja saudável, pois estima-se que 72% das mortes no Brasil estão relacionadas a essas doenças

(BRASIL, 2015). Viver com uma doença crônica pode ser oneroso para o Estado, como foi explicado pelo Relatório Lalonde (1974) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (2015), impactando nos gastos em saúde e previdência social, além de influenciar negativamente na capacidade da mão-de-obra para o trabalho.

A saúde é entendida como um imperativo para si e para os outros no sentido de maximizar as forças e as potencialidades da vida. A biopolítica contemporânea investe na intervenção e no crescimento qualitativo das capacidades vitais e do desenvolvimento. Ela preocupa-se em desenvolver o desejo dos indivíduos de controlar, administrar, projetar, remodelar e moldurar suas próprias vidas.

Justificando-se com o argumento de promover hábitos saudáveis na população e o envelhecimento saudável, a última versão da Política Nacional de Promoção da Saúde, que amplia a utilização do conceito de empoderamento em comparação com a primeira versão, volta-se para a prevenção e retardamento do desenvolvimento das doenças crônicas, além de investir na qualificação da atenção e assistência aos pacientes. Ela vai investindo cada vez mais em acessar a vida das pessoas em suas escolhas e hábitos cotidianos. Ela prevê implantação de academias ao ar livre, ampliação da oferta de medicamentos voltados às doenças crônicas por meio de farmácias populares, ampliação do combate ao tabagismo e ao alto consumo de álcool e incentivo à perda de peso, inclusive oferecendo como último recurso a cirurgia bariátrica.

Ela investe na mudança de estilos e hábitos de vida ao mesmo tempo em que utiliza o empoderamento em saúde como um conceito chave para que a população abrace a causa e seja parceira, tornando-se gerente de seu cuidado. Utilizar o *empoderamento* – que diz da autonomia e capacidade de decisão responsável e por si só já acessa o cotidiano das pessoas – e aproximá-lo de *saúde* – um imperativo contemporâneo e extremamente abrangente, que também atinge o dia-dia das pessoas –, constrói um dispositivo biopolítico que atua sobre o constante cuidado de si, enaltecendo o poder pessoal e promovendo o culto a uma saúde nunca atingível. Este mesmo sujeito está envolto de uma multiplicidade de mandatos e obrigações cotidianas inatingíveis e contraditórias. O que comer e quanto comer, fazer exercício físico, mas que este seja adequado às especificidades individuais, além de outras demandas são colocadas, mas de uma forma que a própria população as deseje.

O papel dos profissionais de saúde é atuar neste desejo, é inspirar, apoiar e ajudar, mas não forçar. Este é o desafio no qual o empoderamento enquanto dispositivo biopolítico se coloca combinando as orientações dos profissionais com os desejos dos pacientes para que estes criem seus “próprios objetivos” de forma comprometida e empoderada. Um dispositivo que

obriga à saúde, que ensina com práticas pedagógico-terapêuticas, da razão, da reflexão e dos conhecimentos técnico-científicos um *cuidado autônomo e empoderados da saúde*.

A biopolítica coloca a vida como objeto político, em nome de alegações tais como “direito” à vida, ao próprio corpo, à saúde e à satisfação das próprias necessidades (ROSE, 2013). A biopolítica, ou poder sobre a vida, concentra-se em dois polos. O primeiro é uma política-anatômica do ser humano que busca maximizar suas forças e integrá-las em sistemas eficientes. O segundo polo foca o corpo-espécie, controles reguladores da população como nascimento, morbidez, mortalidade e longevidade (ROSE, 2013). Contudo, torna-se difícil fazer a separação das estratégias biopolíticas de gerenciamento dos corpos individuais e do corpo coletivo da população, uma vez que diferentes autoridades se colocam no papel deste gerenciamento, de forma a influenciar as suas ações mutuamente.

O empoderamento em saúde pensado dentro desta lógica ao mesmo tempo se coloca em um projeto maior que ele. O empoderamento em saúde dentro de uma política de promoção da saúde interfere na saúde da população como um todo, investindo nos hábitos corporais de cada indivíduo dentro de seus costumeiros arranjos. E, ao remodelar estes hábitos, remodela também o meio e os espaços onde eles pertencem. Este movimento se retroalimenta.

Um exemplo é a campanha antitabagista, que é um dos eixos principais de atuação da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2015) e que visa à mudança de hábitos de pessoas que fumam para que haja diminuição na prevalência de fumantes e morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco (BRASIL, 2015). As ações se dão por meio de ações educativas, de comunicação e de assistência médica, todas voltadas às pessoas fumantes enquanto indivíduos. O empoderamento aparece como ferramenta principalmente neste polo de ações. Todavia, essas ações se associam com medidas legislativas e econômicas que atingem a população como um todo, como com a proibição de fumar em determinados locais e a consequente multa para quem desobedecer e o aumento dos impostos nos cigarros. E essas ações macroestruturais se justificam no sentido de proteger a população da exposição à fumaça ambiental e do consumo “passivo” do tabaco (BRASIL, 2015).

Outro exemplo é a pílula anticoncepcional, que empodera a mulher e lhe confere autonomia sobre a reprodução, permitindo assim um planejamento de sua vida, ampliando suas possibilidades de inserção e permanência nos estudos e no mercado de trabalho, ao mesmo tempo em que ela pode desfrutar de uma certa liberdade sexual. Entretanto, embora a pílula anticoncepcional traga liberdades, funciona também como “panóptico comestível, individualizado, portátil, leve, afável, que modifica o comportamento, temporaliza a ação, regula a atividade sexual, controla o crescimento da população” (PELBART, 2013, p. 128). O

corpo da mulher deixa de ser investido de controle e coerções feitas antigamente por instituições de enclausuramento e por um poder impositivo, para ser investido em seu desejo. É o corpo da mulher agora que deseja e ingere voluntariamente esse controle.

Há aí uma política da vida, uma biopolítica, que assume diversas formas e legitima-se por se preocupar com a vida, ela adentra a administração dos espaços, das cidades, da sociabilidade, da saúde e dos corpos. A biopolítica atua por uma série de diferentes autoridades e de estratégias desejáveis, legítimas e eficazes, que intervêm sobre as características vitais da existência humana – criaturas que nascem, crescem, adoecem e morrem, mas que no meio do nascer e morrer podem ser treinadas, cuidadas e até mesmo melhoradas.

4.2.1 Afrouxamento das responsabilidades do Estado e da iniciativa privada

Esse melhoramento do corpo humano encontra consonância com a lógica neoliberal que discutimos no item anterior. Há uma necessidade econômica de que as pessoas sejam saudáveis e produtivas, isso não é novidade. Também não é novidade que a medicina se coloca como tecnologia para tal melhoramento. A novidade está na atualização de estratégias de subjetivação que horizontalizaram as formas de controle e transferem as responsabilidades de governo para os indivíduos. E o fazem a partir da aproximação de diversos dispositivos que atuam no desejo individual e coletivo, valendo-se de uma suposta integralidade da vida, de um holismo em relação à vida.

Esse holismo traz a ideia de que o indivíduo é um ser completo, e deve ser pensado em sua completude. Contudo, essa completude vem sendo gerenciada na lógica econômica neoliberal, na qual o indivíduo é incentivado a ser produtivo, criativo, saudável, feliz, adaptável, autônomo e empoderado economicamente, em todos os aspectos de sua vida. O parâmetro de análise do quanto as pessoas e comunidades são empoderadas, independente de que aspecto da vida esteja sendo falado, é da ordem da gestão econômica.

Enquanto os indivíduos vão se empoderando a partir dessa lógica neoliberal – cuidando de si e se responsabilizando e se subjetivando enquanto unidades-empresas, gestores de si mesmos, empreendedores e acreditando que suas decisões podem impactar positivamente em seu bem-estar e sucesso econômico – esse empoderamento contribui para que os grandes capitalistas continuem aumentando seus lucros e principalmente se omitindo dos impactos negativos na população, de seus processos de obtenção de lucro. *Há um afrouxamento das responsabilidades legais para com os impactos da obtenção de lucro.*

Exemplo disso na área da saúde são os “Atos de consumo de comum acordo”, criados nos Estados Unidos a partir de 2004 para blindar a indústria de alimentos de serem processadas por pessoas que afirmam ter adquirido problemas de saúde a partir do consumo de um alimento. Esses atos foram criados após as indústrias de tabaco serem responsabilizadas e processadas pelo seu produto causar doenças crônicas e câncer na população e elas terem que pagar uma alta quantia de dinheiro para o sistema de saúde estadunidense (WILKING; DAYNARD, 2013).

O Senado estadunidense ainda não sancionou tais atos, portanto ainda não são leis federais, mas diversos estados dentro do país têm as suas versões muito semelhantes já legislando. Os “Atos de consumo de comum acordo” alegam que as indústrias de alimento não podem ser responsabilizadas pela obesidade, doença do coração ou outro problema de saúde causado pelo consumo de seu produto, alegando que a pessoa tem autonomia e poder de escolha, logo, ela decide consumir ou não aquele produto. É importante lembrar que a base da dieta estadunidense é feita de alimentos industrializados, principalmente de carnes processadas, as quais, segundo a Organização Mundial da Saúde, estão classificadas como *nível um* de substâncias carcinogênicas, junto com o amianto e a fumaça do óleo diesel (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015). Esses alimentos processados são oferecidos facilmente por meio dos *fast foods* e supermercados e costumam ser mais baratos que produtos naturais e não-industrializados.

Não precisamos ir tão longe. Se analisarmos a conjuntura brasileira atual, ao mesmo tempo em que o empoderamento em saúde ganha destaque na atual versão da PNPS, transita na Câmara dos Deputados uma proposta de lei – PL7419/06, de autoria do deputado Rogério Marinho (SANTA CATARINA, 2006) –, que pretende modificar as normas estabelecidas para os planos de saúde. Algumas das alterações pretendidas é a retirada do Código de Defesa do Consumidor como documento norteador dos direitos dos usuários dos planos de saúde, a autorização da venda de planos populares transformando em máximo o rol mínimo de itens de cobertura obrigatória, liberar o reajuste dos planos individuais e acabar com o ressarcimento ao SUS de clientes de plano que são atendidos pelos serviços públicos de saúde.

Esse afrouxamento das responsabilidades legais ganha força com a justificativa de que as pessoas são livres e capazes de tomar as melhores decisões para si mesmas e que não cabe a uma iniciativa exterior e impositiva como uma lei proibi-la de certas escolhas. Como não somos Polianas, sabemos que existem relações de poder que fazem com que essa justificativa tome fôlego enquanto empresas do ramo alimentício, de serviços de saúde e principalmente do ramo farmacêutico se beneficiem. A liberdade que está em jogo aqui é a

mesma que reduz o indivíduo a consumidor e o corpo e a vida a objetos privados e comercializáveis, mediante mecanismos que atuam em todas as esferas, afinando procedimentos de subjetivação.

O controle da subjetividade é incrementado com a indústria farmacêutica, alimentícia e de serviços de saúde, que acessam todo o complexo material-virtual que pode ajudar na produção de estados mentais de excitação, relaxamento, onipotência e controle total. A alimentação, as práticas voltadas ao corpo e a mente e até mesmo o dinheiro se tornam um abstrato psicotrópico. O corpo e “todos os seus derivados semiótico-técnicos são hoje o principal recurso do capitalismo pós-fordista” (PELBART, 2013, p. 127).

4.2.2 Aprimoramento do corpo empreendedor

O empoderamento em saúde enquanto dispositivo pedagógico-terapêutico também pode ser associado à construção e aperfeiçoamento dos corpos, que hoje se constituem como empreendedores ou unidades-empresa, pois lhes conferirá competências requeridas para o empreendedor de si mesmo. “Como a trajetória não está traçada, comandar bem a própria carreira nesse mundo novo significará ser ator de sua própria evolução, tomar nas mãos o próprio futuro, pois ninguém mais poderá fazer isso” (LE SAGET *apud* BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2009, p.116).

O problema fundamental, essencial, em todo caso primeiro, que se colocara a partir do momento em que se pretendia fazer a análise do trabalho em termos econômicos será saber como quem trabalha utiliza os recursos de que dispõe. Ou seja, será necessário, para introduzir o trabalho no campo da análise econômica, situar-se do ponto de vista de quem trabalha; será preciso estudar o trabalho como conduta econômica, como conduta econômica praticada, aplicada, racionalizada, calculada por quem trabalha. O que é trabalhar, para quem trabalha, e a que sistema de opção, a que sistema de racionalidade essa atividade de trabalho obedece? E, com isso, se poderá ver, a partir dessa grade que projeta sobre a atividade de trabalho um princípio de racionalidade estratégica, em que e como as diferenças qualitativas de trabalho podem ter um efeito de tipo econômico. Situar-se, portanto, do ponto de vista do trabalhador e fazer, pela primeira vez, que o trabalhador seja na análise econômica não um objeto, o objeto de uma oferta e de uma procura na forma de força de trabalho, mas um sujeito econômico ativo. (FOUCAULT, 2008, pp. 307-308)

Não é de hoje que o mundo do trabalho se conecta com as expectativas pessoais, mas percebemos que a lógica neoliberal investe consideravelmente neste aspecto, aproximando os valores e realizações pessoais da gestão econômica. A pessoa com suas competências é uma empresa que produz fluxos de renda. Contudo, essa empresa tem a peculiaridade de ter duração de vida, duração de vida útil, envelhecimento e obsolescência (FOUCAULT, 2008). Isso

implica uma análise desse indivíduo-empresa, uma decomposição de seus comportamentos e maneiras de ser e fazer *em termos de utilidade* (FOUCAULT, 2008).

Em outras palavras, os neoliberais dizem: o trabalho fazia parte de pleno direito da análise econômica, mas a análise econômica clássica, tal como havia sido conduzida, não era capaz de tomar a si esse elemento, o trabalho. Bem, nós o fazemos. E a partir do momento em que eles [os neoliberais] o fazem, e o fazem nos termos que acabo de lhes dizer, a partir desse momento eles são levados a estudar a maneira como se constitui e se acumula esse capital humano, e isso lhes possibilita aplicar análises econômicas a campos e a áreas que são totalmente novos. (FOUCAULT, 2008, p. 312)

Portanto, depois de estabelecida a problemática das necessidades do indivíduo a partir dessa análise, conduzir-se-á para a condução, cuidado e constante aprimoramento dessa empresa, desse corpo, com sua vida útil. Faz-se a análise dos cuidados médicos e de todas as atividades relativas à saúde dos indivíduos que contribuem para que esse corpo se faça como capital humano que deve ser melhorado, conservado e utilizado pelo maior tempo possível. Desta forma, os problemas de proteção da saúde e de higiene pública são repensados nessa lógica econômica de melhoramento do capital humano (FOUCAULT, 2008).

Boltanski e Chiapello (2009) afirmam que a nova gestão empresarial conduz a uma produção de coisas ajustadas à demanda, personalizadas e capazes de satisfazer “verdadeiras necessidades”, para suavizar ou até mesmo suprimir o desencanto das pessoas, e assim propõe modos de organização mais pessoais e humanos. Eles afirmam que o caráter rudimentar dos métodos empregados anteriormente, por tenderem à robotização dos homens, não possibilitavam colocar diretamente as propriedades mais humanas dos seres humanos a serviço da busca de lucros, propriedades tais quais os afetos, o senso moral, a honra e a capacidade inventiva. Inversamente, os novos dispositivos, e aqui podemos pensar o empoderamento em saúde, que segundo Boltanski e Chiapello (2009) exigem engajamento e se respaldam numa ergonomia mais sofisticada, integrando as contribuições de tecnologias pedagógicas e terapêuticas baseadas na psicologia pós-behaviorista e das ciências cognitivas, que trazem um apelo mais humano, penetram com mais profundidade no íntimo das pessoas. É esperado que estas pessoas se “doem” ao trabalho, “possibilitando a instrumentalização dos seres humanos naquilo que eles têm de propriamente humano” (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2009, p. 132).

4.2.3 O rebaixamento da vida

Por último, arriscamos afirmar que esse empoderamento em saúde, ao engendrar-se enquanto tecnologia acoplada à biopolítica e produzir efeitos práticos na organização da vida

das pessoas em um sentido positivo de produção de saúde e de vida, contribui para uma despotencialização da vida. Ao afirmar a vida, ele nega a vida. Ele faz parte de uma organização de poder que trava batalhas em nome da existência de todos e afirma a vida através de uma *axiomática capitalista*. Esta vida é afirmada, gerada e defendida a partir da *lei do valor*, a partir do quanto que essa vida vale e se ordena em uma função financeira e econômica. Há a administração dos corpos e gestão calculista da vida que é indispensável ao desenvolvimento do capitalismo (FOUCAULT, 1999) e o empoderamento auxilia nessa administração.

O investimento no corpo, na sua *performance*, na sua saúde e longevidade, a partir do preceito e das condições moduláveis da coerção contemporânea e capitalista acabam por construir um corpo fascista. O corpo que se torna o domínio da sobrevida e é manipulável, excitável, espetacularizado, automodelado em direção de um modelo inalcançável, que deixa boa parcela da população em condições de inferioridade (FOUCAULT, 1999).

O poder do empoderamento em saúde efetiva um certo tipo de vida *capitalística* e extrai sua utilidade, amplia suas aptidões e extorque as suas forças ao mesmo tempo que a dociliza em função da sua integração a um sistema de controle eficaz e econômico. Ele é um procedimento de poder das *disciplinas* e atua na *anátomo-política do corpo humano*, também fazendo parte de uma série de intervenções de um controle regulador mais amplo, que atua na *biopolítica da população* (FOUCAULT, 1999). O poder do empoderamento é um *biopoder*, que funciona à base de incitação e otimiza as forças vitais e que desinveste na morte. A morte é algo a ser evitado a qualquer custo, mesmo que para isso a vida se torne apenas uma *sobrevida*. “A sobrevida é a vida humana reduzida ao seu mínimo biológico, à nudez última, à vida sem forma, ao mero fato da vida, à vida nua” (PELBART, 2013, p. 26).

Pelbart (2013) questiona se não nos tornamos escravos da sobrevivência e se estamos escolhendo a morte *em vida*. Ele ressalta o caráter anêmico e obsessivo de uma postura sobrevivencialista que se arrasta no contexto biopolítico contemporâneo, que almeja uma existência asséptica, indolor, prolongada ao máximo e até mesmo os prazeres são controlados e artificializados para não danificar a vida. O autor afirma que a condição de sobrevivente se torna um efeito generalizado do biopoder contemporâneo e não está apenas nos regimes totalitários ou em situações de guerra ou extrema pobreza. A condição de sobrevivente situa-se em uma abordagem biológica da vida numa escala ampliada, ela se encaixa na democracia ocidental e cultua formas de vida de baixa intensidade, submetida à morna hipnose. O consumismo, o hedonismo, o café sem cafeína, a cerveja sem álcool, a medicalização da existência e a promoção da saúde se tornam uma anestesia sensorial travestida de autocontrole, hiperexcitação e empoderamento.

A vida é rebaixada à sobrevida. O corpo é mutilado no adestramento civilizatório e progressivamente se silencia de seus ruídos, impulsos e movimentos. A biopolítica contemporânea mortifica por meio do sobrevivencialismo na banalidade do cotidiano.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A gente se acostuma a coisas demais, para não sofrer. Em doses pequenas, tentando não perceber, vai afastando uma dor aqui, um ressentimento ali, uma revolta acolá.

A gente se acostuma para não se ralar na aspereza, para preservar a pele. Se acostuma para evitar feridas, sangramentos, para esquivar-se de faca e baioneta, para poupar o peito. A gente se acostuma para poupar a vida. Que aos poucos se gasta, e que, gasta de tanto acostumar, se perde a si mesma”.

(Maria Colasanti)

Arriscamos afirmar que o empoderamento em saúde ao engendrar-se enquanto tecnologia acoplada à biopolítica e produzir efeitos práticos na organização da vida das pessoas em um sentido positivo de produção de saúde e de vida, contribui para uma despotencialização da vida. Ao afirmar a vida, ele nega a vida. Ele faz parte de uma organização de poder que trava batalhas em nome da existência de todos e afirma a vida através de uma *axiomática capitalista*. Esta vida é afirmada, gerada e defendida a partir da *lei do valor*, a partir do quanto essa vida vale e se ordena em uma função financeira e econômica. Há a administração dos corpos e gestão calculista da vida que é indispensável ao desenvolvimento do capitalismo (FOUCAULT, 1999) e o empoderamento auxilia nessa administração.

O que não pode o corpo empoderado e o que se pode com o corpo empoderado? O investimento biopolítico no corpo, na sua *performance*, na sua saúde e longevidade, a partir do preceito e das condições moduláveis da coerção contemporânea e capitalista acabam por construir um corpo fascista. O corpo que se torna o domínio da sobrevida e é manipulável, excitável, espetacularizado, automodelado em direção a um modelo inalcançável, que deixa boa parcela da população em condições de inferioridade (FOUCAULT, 1999).

O poder do empoderamento em saúde efetiva um certo tipo de vida *capitalística* e extrai sua utilidade, amplia suas aptidões e extorpe as suas forças, ao mesmo tempo que a dociliza em função da sua integração a um sistema de controle eficaz e econômico. Ele é um procedimento de poder das *disciplinas* e atua na *anátomo-política do corpo humano*, também fazendo parte de uma série de intervenções de um controle regulador mais amplo, que atua na *biopolítica da população* (FOUCAULT, 1999). O poder do empoderamento é um *biopoder*, que funciona na base da incitação, que otimiza as forças vitais e desinveste na morte. A morte é algo a ser evitado a qualquer custo, mesmo que para isso a vida se torne apenas uma *sobrevida*.

“A sobrevida é a vida humana reduzida ao seu mínimo biológico, à nudez última, à vida sem forma, ao mero fato da vida, à vida nua.” (PELBART, 2013, p. 26).

Pelbart (2013) questiona se não nos tornamos escravos da sobrevivência e se estamos escolhendo a morte *em* vida. Ele ressalta o caráter anêmico e obsessivo de uma postura sobrevivencialista que se arrasta no contexto biopolítico contemporâneo, que almeja uma existência asséptica, indolor, prolongada ao máximo e até mesmo os prazeres são controlados e artificializados para não danificar a vida. O autor afirma que a condição de sobrevivente se torna um efeito generalizado do biopoder contemporâneo e não está apenas nos regimes totalitários ou em situações de guerra ou extrema pobreza. A condição de sobrevivente situa-se em uma abordagem biológica da vida numa escala ampliada. É uma condição que se encaixa na democracia ocidental e cultua formas de vida de baixa intensidade, submetida à morna hipnose. O consumismo, o hedonismo, o café sem cafeína, a cerveja sem álcool, a medicalização da existência e a promoção da saúde se tornam uma anestesia sensorial travestida de autocontrole, hiperexcitação e empoderamento.

O empoderamento é um dispositivo terapêutico-pedagógico de uma saúde que se pretende útil para o capital humano. O empoderamento confere a apropriação do corpo e do seu cuidado para a própria pessoa, mas acaba por definir padrões de como esse cuidado deve ocorrer e desqualifica talvez outras formas de cuidar de si que não estejam pautadas pelo conhecimento médico e científico e pela utilidade capitalista. Busca-se empoderar e gerenciar o corpo e a saúde em qualquer contexto, na pobreza, na riqueza, na doença e na falta de doença.

Busca-se otimizar o corpo e a vida com parâmetros neoliberais. O empoderamento é financeiramente viável porque é uma tecnologia de baixo custo que minimiza os gastos para quem está ofertando os serviços, seja o Estado ou a iniciativa privada, e potencializa os lucros do capital humano. No neoliberalismo, grandes empresas e governos se responsabilizam financeiramente cada vez menos pela população, ao mesmo tempo em que se responsabilizam mais pelas orientações, pelas práticas educativas, facilitadoras e empoderadoras. Ciência, política e mercado atuam juntas na construção do sujeito autônomo e capaz.

O neoliberalismo atua diretamente com a autonomia e a capacidade das pessoas de se adaptarem e fazer suas escolhas, isto faz todo sentido na contemporaneidade. Mas é justamente onde tudo parece fazer sentido que merece ser revirado e questionado. Não parece claro que sempre que se pede maturidade, seriedade, responsabilidade, está-se subliminarmente cobrando obediência, servidão e assujeitamento? (PELBART, 2013). Ora, não seria o empoderamento mais uma cobrança, que inclusive se coloca como uma cobrança no sentido

financeiro e comercial? Não seria um produto a ser vendido e consumido por pessoas que também se tornam vendáveis e comerciáveis?

Para além de uma ética no cuidado da saúde, o empoderamento se coloca como um serviço oferecido pelo setor da saúde, nas salas de espera, nas cartilhas orientadoras, mas também se tornou mais um produto consumível do mercado da saúde. Ele não está apenas nas políticas públicas de saúde norteadas as ações, ele está nas práticas de medicina preventiva dos planos de saúde, nas prateleiras de livros de autoajuda, de superação e de costumes saudáveis, está nos programas de televisão, nas embalagens de produtos, em aplicativos de celular e até mesmo nas pesquisas no Google. Ele se espalha, se ramifica e se mistura. Ele se adapta e capacita as pessoas a se adaptarem, ele inclusive se torna um comércio.

O empoderamento colabora para um adestramento civilizatório no qual o corpo é mutilado e progressivamente se silencia de seus ruídos, impulsos e movimentos. Como Pelbart (2013) coloca, há uma mutilação biopolítica, uma intervenção biotecnológica, uma modulação estética e um entorpecimento que acessa o corpo, mas este já não aguenta mais. As tecnologias do capitalismo contemporâneo se incrementaram através de dispositivos de captura das almas e dos corpos, da mobilização integral da energia vital, da autorresponsabilização e do controle do engajamento (PELBART, 2013). Mesmo ludibriando com a esperança de que essas conexões e modos de pensar possam produzir mudanças, o capitalismo financeiro é uma máquina abstrata na qual lhe importa, por definição até, “única e exclusivamente a acumulação pela acumulação, num movimento infinito, desde que reitere assimetrias sociais e políticas” (PELBART, 2013, p. 125). Portanto, o capitalismo contemporâneo não cria estratégias que promovam mudanças significativas, até porque ele estaria produzindo uma arma contra si mesmo, então, ele se garante de uma certa eficácia, com diferentes graus de adesão, a uma infinidade de conexões, leis, regulamentos, definições e modos de pensar.

A vida é rebaixada à sobrevivência. A biopolítica contemporânea mortifica por meio do sobrevivencialismo na banalidade do cotidiano. O desafio atual estaria, portanto, em escapar, encontrar brechas, lacunas, distorcer a autonomia que se dirige a um ideal e a um progresso e libertar o corpo de sua utilidade capitalística.

REFERÊNCIAS

- ARRAES, A. K. M. *et al.* Empoderamento e controle social: uma análise da participação de usuários na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial em Natal (RN). **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 12, n. 23, p. 71-85, jan. 2012.
- AZEVEDO, E. B. *et al.* Alfabetização para pessoas portadoras de transtorno mental em um centro de atenção psicossocial. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 12, n. 1, p.739-747, 2014.
- BAQUERO, R. V. A. Empoderamento: Instrumento de emancipação social? – Uma discussão conceitual. **Revista Debates**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p.173-187, jan./abr. 2012.
- BATLIWALA, S. The meaning of women’s empowerment: new concepts from action. *In*: SEN, G.; GERMAIN, A.; CHEN, L. (Eds.). **Population policies reconsidered: health, empowerment and rights**. Boston: Harvard University Press, 1994. p.127-138.
- BENEVIDES, P. S. **O dispositivo da verdade**: uma análise a partir do pensamento de Michel Foucault. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.
- _____. Autonomia, Liberdade e Autenticidade no Novo Espírito do Capitalismo. *In*: MOTA, L.A. **Capitalismo contemporâneo: olhares multidisciplinares**. Campina Grande: EDUEPB, 2014. p. 143-179.
- _____. Pesquisar com Michel Foucault. **Texturas**, Canoas, v. 18, n. 36, p.265-285, 2016.
- BOTASSO, K. C.; CAVALHEIRO, M. T. P.; LIMA, M. C. M. P. Avaliação de um programa de acompanhamento de lactantes sob a óptica da família. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 273-381, abr. 2013.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial da União, 5 de outubro de 1988.
- _____. Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília. 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília. 2006.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília. 2015.
- BRINKMANN, S. **Stand firm**. Resisting the self-improvement craze. Cambridge: Polity Press, 2017.

BOLTANSKI, L; CHIAPELLO, E. **O novo espírito do capitalismo**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

CARVALHO, R. Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1088-1095, ago. 2004.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE. **Estudo do Ministério da Saúde aponta perfil de mortalidade do brasileiro**. Brasília: CEBES, 2010. Disponível em: <http://cebes.org.br/publicacao/estudo-do-ministerio-da-saude-aponta-perfil-da-mortalidade-do-brasileiro/>. Acesso em: 10 out. 2016.

COTTA, R. M. M. *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.

DELEUZE, G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. *In*: DELEUZE, G. **Conversações: 1972-1990**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992. p. 219-226.

DOWBOR, L. Desenvolvimento local e apropriação dos processos econômicos. **Revista Instituto de Estudos Brasileiros**, n. 51, p. 99-112, set./mar. 2010.

DUARTE, M. P. F. C.; MEDEIROS, C. R. O. Pop-management: sorte ou revés? Análise das lições de autoajuda na orientação de gestores e executivos. **Revista Gestão & Conexões**, Vitória (ES), v. 5., n.1, jan./jun. 2016.

FIOCRUZ. **Democracia é saúde**. Produção: Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde/Fiocruz. Realização: Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde/Núcleo de Vídeo/Fiocruz. Brasília. Video Saúde – Distribuidora da Fiocruz. 1986/2013 (restauração). Disponível em: http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/galeria_video.htm. Acesso em: 2 out. 2016.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

_____. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

_____. **O nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Pedagogia da Autonomia** - Saberes Necessários à Prática Educativa. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1996

FRIEDMANN, J. **Empowerment**: uma política de desenvolvimento alternativo. Oeiras: Celta, 1996.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**. Cartografias do Desejo. Petrópolis: Editora Vozes, 1986.

HAN, B. C. **Picopolítica**. Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder. Barcelona: Herder, 2014.

HOROCHOVSKI, R. R. Empoderamento: definições e aplicações. *In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPOCS*, 30., 2006, Caxambu. **Anais...** Caxambu: Anpocs, 2006. p. 1-29.

IORIO, C. Algumas considerações sobre estratégias de empoderamento e de direitos. *In: ROMANO, J. O.; ANTUNES, M. (Orgs.) Empoderamento e direitos no combate à pobreza*. Rio de Janeiro: Action Aind Brazil, 2002. p. 21-44.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.

LAPOUJADE, D. O corpo que não aguenta mais. **Polichinello: revista literária**, v. 16, 2011. Disponível em: <https://revistapolichinello.blogspot.com.br/2011/04/o-corpo-que-nao-aguenta-mais.html>. Acesso em: 15 out. 2016.

LARROSA, J. Tecnologias do eu e educação. *In: Silva, T. T (org.). O sujeito da educação*. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 35-86.

LOPES, A. A. F. Cuidado e Empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 486-500, jun. 2015.

MEDEIROS, F. A.; MEDEIROS, A. C. T; BITTENCOURT, G. K. G. D.; NÓBREGA, M. M. L. Promoção de saúde em grupos de idosos: reflexões para o envelhecimento ativo. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental**, n. 1, p.212-221, 2015.

MILLER, P.; ROSE, N. **Governando o Presente**: gerenciamento da vida econômica, social e pessoal. Coleção Biopolíticas. São Paulo: Paulus, 2012.

NIETZSCHE, F. **Genealogia da Moral**: uma polêmica. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978.

_____. **Carta de Ottawa**. I Conferência Internacional sobre promoção da saúde. Ottawa: OMS, 1986.

_____. **Declaração de Jacarta**. Quarta Conferência Internacional sobre promoção da saúde. Jacarta: OMS, 1997.

_____. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília: OMS, 2003.

_____. **Carta de Bangkok**. VI Conferência Internacional sobre promoção da saúde. Bangkok: OMS, 2005.

PAESE, J.; PAESE, C. R. Governança e empoderamento na política social de saúde: análise da relação entre leigos e peritos em conselhos de saúde. **Argumentum**, vol. 3, n. 1, p.171-185, 2011.

PAIM, J. S. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde: Direito à Saúde, Cidadania e Estado**. Brasília, 1986.

PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p.13-19, dez. 2006.

PELBART, P. P. **O avesso do niilismo**. Cartografias do esgotamento. São Paulo: N.1 Edições, 2013.

PERAN, M. **Indisposición General**. Ensayo sobre la fatiga. Hondarribia: Editorial Hiru, 2016.

PEREIRA, S. D. **Conceitos e definições da saúde e epidemiologia usados na Vigilância Sanitária**. Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. São Paulo; 2007.

PERKINS, D. D.; ZIMMERMAN, M. A. Empowerment theory, research, and application. **American Journal of Community Psychology**, v. 23, n. 5, p. 569-579, Oct. 1995.

RAPPAPORT, J. Empowerment meets narrative: listening to stories and creating settings. **American Journal of Community Psychology**, v. 23, n. 5, p.795-807, Oct. 1995.

_____. In Praise of Paradox: A Social Policy of Empowerment Over Prevention. **American Journal of Community Psychology**, v. 9, n. 1, p.1-25, Feb. 1981.

REBOUÇAS, C. B. A.; ARAÚJO, M. M.; BRAGA, F. C.; COSTA, S. C. Avaliação da qualidade de vida de deficientes visuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 6991, p. 72-78, 2016.

ROMANO, J. O. Empoderamento: recuperando a questão do poder no combate à pobreza. *In*: ROMANO, J. O.; ANTUNES, M. (Orgs.). **Empoderamento e direitos no combate à pobreza**. Rio de Janeiro: Action Aind Brazil, 2002. p. 9-20.

ROMANO, J. O.; ANTUNES, M. Introdução ao debate sobre empoderamento e direitos no combate à pobreza. *In*: _____. (Orgs.) **Empoderamento e direitos no combate à pobreza**. Rio de Janeiro: Action Aind Brazil, 2002. p. 5-8.

ROSO, A.; ROMANINI, M. Empoderamento individual, empoderamento comunitário e conscientização: um ensaio teórico. **Psicologia e Saber Social**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p.83-95, jul. 2014.

SANTA CATARINA. Senado Federal. Projeto de Lei PL nº 7419/2006. Altera a Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

SHOR, I; FREIRE, P. **Medo e ousadia** – O Cotidiano do Professor. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

SILVA, S. R.; MELLO, M. V. F. A.; SILVA, M. P.; CÁRDENAS, A. M. C. Conselho Estadual de Saúde do Amapá: controle social como forma de empoderamento da sociedade. **Revista eletrônica de humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, vol. 4, n. 4, p.59-67, jan. 2012.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

TADDEO, P. S. *et al.* Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p.2923-2930, nov. 2012.

VALOURA, L. C. **Paulo Freire, o educador brasileiro autor do termo Empoderamento, em seu sentido transformador**. Instituto Paulo Freire. 2005/2006. Disponível em: www.paulofreire.org/twiki/pub/Crpf/CrpfAcervo000120/Paulo_Freire_e_o_conceito_de_empoderamento.pdf. Acesso em: 15 set. 2016.

VASCONCELOS, E. M. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p.2825-2835, out. 2013.

WILKING, C. L.; DAYNARD R. A. Beyond cheeseburgers: the impact of commonsense consumption acts on future obesity-related lawsuits. **Food Drug Law Journal**, vol. 68, n. 3, p. 229-239, 2013.

WORLD BANK. **Empowerment and poverty reduction: a sourcebook**. Washington: PREM, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **List of classifications**. Volumes 1-119. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Online. Lyon: WHO, 2015. Disponível em: http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/List_of_Classifications.pdf. Acesso em: 11 ago. 2016.