



**BIS**

Boletim do Instituto de Saúde  
nº 34 - Dezembro de 2004  
ISSN 1809-7529



Educação em Saúde

# Sumário

Editorial .....	3
Uma reflexão crítica sobre a Educação em Saúde .....	4
Análise Institucional e Educação em Saúde: um diálogo produtivo .....	6
Capacitamos ou não? – uma visão sobre as modalidades de formação .....	10
Algumas considerações sobre a relação entre educação e comunicação no âmbito da saúde .....	11
Temas transversais e intersectorialidade: desafios para educação preventiva integral .....	13
Pesquisa participante: possibilidades e repercussões na área de Educação em Saúde .....	15
A promoção da saúde como referencial para a formulação e desenvolvimento de políticas públicas saudáveis .....	16
O Instituto de Saúde e o aperfeiçoamento do profissional de saúde para a Humanização .....	18
Complexidade, Educação e Saúde .....	19
Educação e Saúde: a vida interrogada .....	20
Redes de proteção e de inclusão social: a importância da atuação intersectorial na atenção à saúde. Experiências na área de saúde escolar .....	21
É possível uma co-gestão na Saúde?	
Um ideal de integração do homem; uma possibilidade de transposição para a atualidade .....	23
Pesquisa qualitativa em saúde: saber fazer, saber ver, saber sentir .....	25
Navegue! .....	28

**BIS - Boletim do Instituto de Saúde**  
nº 34 - Dezembro 2004 ISSN 1809-7529

Publicação quadrimestral do Instituto de Saúde.

Tiragem: 3000 exemplares. R. Santo Antônio, 590 Bela Vista . Cep: 01314-000 São Paulo-SP

Tel: (11) 3293-2222/Fax: (11) 3105-2772. E-mail: [editora@isaude.sp.gov.br](mailto:editora@isaude.sp.gov.br)

homepage: <http://www.isaude.sp.gov.br>

**Secretário de Estado da Saúde - SP**

Luiz Roberto Barradas Barata

**Coordenador dos Institutos de Pesquisa**

Luiz Jacintho da Silva

**Diretora do Instituto de Saúde**

Maria Lúcia Rosa Stefanini

## Expediente:

**Editor:** Danaé Terezinha Conversani

**Editor assistente:** Monique Borba Cerqueira e Sandra Maria Greger Tavares

**Editoração:** Nelson Francisco Brandão

**Capa:** Composição e montagem a partir do Acrílico/tela

"Gente e Suenos" "Más gente, 2002" da artista espanhola María Burgaz, Medidas: 35 x 100 cm (14 x 39 inches).

Email: [m.burgaz@vodafone.es](mailto:m.burgaz@vodafone.es)

<http://www.mariaburgaz.com>

**Apoio Logístico:** Núcleo de Informática-IS

**Divulgação:** Núcleo de Documentação e Informação-IS



# Editorial

Maria Lucia Rosa Stefanini\*

“A Educação em Saúde é compreendida como processo de transformação que desenvolve a consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde e estimula a busca de soluções coletivas para resolvê-los. A prática educativa, assim entendida, é parte integrante da própria ação de saúde e, como tal, deve ser dinamizada em consonância com este conjunto, de modo integrado, em todos os níveis do sistema, em todas as fases do processo de organização e desenvolvimento dos serviços de saúde”. Este texto, extraído das diretrizes para a educação em saúde elaboradas em 1984 pela Divisão de Educação em Saúde do Ministério da Saúde, explicita a abrangência desse tema e reforça o entendimento dele estar presente no cotidiano dos trabalhadores da saúde.

O Instituto de Saúde, como órgão de pesquisa da administração direta, que deve ter como eixo central de sua atuação científica a aproximação e o comprometimento com o Sistema único de Saúde, identifica dois campos fundamentais na concepção de Educação em Saúde que devem ser priorizados nas suas linhas de pesquisa: o da formação dos trabalhadores de saúde e o das práticas pedagógicas nos diversos níveis do Sistema.

A leitura deste número do BIS “Educação em Saúde” transmite a pluralidade de entendimento e de concepções sobre esse tema.

Inicialmente, Danaé Conversani apresenta uma reflexão crítica, ressaltando que a educação deve se constituir em um processo de aproximação das distintas realidades que envolvem o educador e o educando, sendo que os trabalhadores da saúde precisam entender a dimensão preponderante do seu papel frente ao SUS e à sociedade. A seguir, Solange L’Abbate contribui com um referencial para a reflexão da Educação em Saúde, a partir da compreensão do significado da análise institucional. Paulo Monteiro faz crítica ao termo “capacitação”, usado largamente no SUS, chamando a atenção sobre as concepções distintas de educação e da relação do homem e da sociedade que fundamentam a utilização deste e de outros termos largamente utilizados. Ausonia Donato, com seu texto crítico a respeito do significado da educação

e comunicação no âmbito da saúde, aponta para a ausência de referencial teórico-metodológico que aproxime esses dois conceitos do Sistema Único de Saúde.


Os resultados de um estudo nacional conduzido pelo Ministério da Saúde para avaliar a inserção de atividades de prevenção de AIDS e drogas, são apresentados por Renato Barbosa e Ligia Pupo, com o propósito de contextualizar a proposta dos Parâmetros Curriculares Nacionais do Ministério da Educação e a importância da promoção do trabalho intersetorial para a redução das desigualdades sociais. Cláudia Bógus, ao mencionar a retrospectiva histórica das práticas sanitárias que acompanham as mudanças nas concepções do processo saúde-doença, foca a promoção da saúde como referencial para alterações nessas práticas. A intersetorialidade também é lembrada no artigo de Maria Salum, que propõe como estratégia de promoção da inclusão social, a formação de uma rede que articule ações das organizações não governamentais, da sociedade organizada e do poder público.

Além destes destaques, o BIS traz contribuições de Maria Cezira Nogueira-Martins, Monique Cerqueira, Sandra Greger e Ana Lucia Silva, que abordam diversos aspectos relacionados ao tema. Apresenta ainda resenhas elaboradas por aprimorandos do IS, de dois livros importantes para quem trabalha com saúde e educação: “Saúde Paidéia” de Gastão Vagner e “Pesquisa Qualitativa em Saúde”: uma introdução ao tema”, de César Gomes Victora.

Este BIS convida o leitor a refletir sobre as mudanças efetivas exigidas no modelo de atenção que dependem de profundas alterações nos processos de trabalho, na formação dos trabalhadores de saúde e nas práticas educativas que integram todos os níveis do Sistema, direcionados a garantir a atenção integral com qualidade, a todos os usuários do SUS.

\* Nutricionista, Doutora em Saúde Pública, Pesquisadora Científica, Diretora do Instituto de Saúde. Email: dirgeral@isaude.sp.gov.br





# Uma reflexão crítica sobre a Educação em Saúde

Danaé T. Nogueira Conversani<sup>1</sup>

Os temas educação em saúde, educação comunitária, participação popular, educação participativa vêm cada vez mais ocupando espaço nas discussões e reflexões entre os profissionais de saúde pública como uma das diretrizes para a concretização e reestruturação do Sistema Único de Saúde - SUS.

Muitas vezes essas discussões, quando da elaboração de programas de saúde para a população, podem reverter em propostas bem articuladas de ações educativas, com vários enfoques teóricos e metodológicos. Neste sentido, podemos citar os seguintes exemplos: o Programa de Saúde da Família em que a atividade educativa está presente como uma ação de grande importância para a sua consolidação; os Programas de Controle de Endemias, destacando-se atualmente o Programa da Dengue que tem como pressuposto que a participação da população é imprescindível para o controle da doença; os Programas de Aleitamento Materno, Imunização, Tuberculose, Hanseníase e outros.

Podemos constatar, no entanto, que na maioria das vezes essas propostas de ações educativas ficam no âmbito das intenções, sem que de fato haja investimento concreto para que as mesmas sejam colocadas em prática. Por outro lado, quando colocadas em prática, muitas vezes essas ações são banalizadas, desenvolvidas sem respeito aos referenciais teóricos e metodológicos que embasam o processo de ensino e aprendizagem.

Parece que a idéia subjacente a essas propostas é a de que as ações educativas irão ocorrer “naturalmente”, transformando-se em uma prática cotidiana da população. Assim, nesses programas, as ações de educação em saúde são desenvolvidas de modo intuitivo, sendo fundamentadas no bom senso ou na imitação de modelos, sem a

preocupação em criar espaços para o exercício de uma análise crítica pelos sujeitos envolvidos.

De acordo com nossa compreensão, a criação desse espaço interdisciplinar para reflexão poderia contribuir para um maior entendimento das propostas educativas em saúde. Deveriam ser abordados temas relevantes para a devida fundamentação dos programas, tais como: De que maneira a proposta educativa está inserida no programa? Quais são as estratégias educativas propostas? Quais suas implicações no contexto social? Como implementar ações educativas de modo que o programa de saúde seja compartilhado?

Acreditamos que mediante essa reflexão conjunta, possamos ampliar os resultados obtidos por esses tipos de programas de saúde, de maneira que a comunidade contextualize o processo de aprendizagem promovido e compartilhe de seus desdobramentos. Pretendemos que a busca de soluções pela população não seja imposta e não fique restrita a programas com conteúdos que não fazem sentido imediato para a mesma por serem localizados, pontuais e campanhistas.

Essas constatações nos levam a supor que, tanto em seu âmbito teórico quanto em seus efeitos concretos, a Educação em Saúde se caracteriza por uma indefinição de processos e de propósitos. Verificamos que, muitas vezes, o agir pedagógico foi destituído da clareza de seu papel sócio-político.

Entendemos a Educação em Saúde como um conjunto estruturado de práticas pedagógicas articuladas às práticas de saúde, que de acordo com Pedrosa (2001), é uma prática dialógica e que, portanto, se dá nas relações entre sujeitos sociais portando diferentes saberes, em diferentes espaços,

---

<sup>1</sup> Educadora de Saúde Pública, Pesquisadora Científica, Coordenadora do Núcleo de Educação em Saúde do Instituto de Saúde.

públicos ou privados, podendo ser apresentada de maneira formal ou informal, utilizando-se de metodologias progressistas ou conservadoras.

Este pressuposto nos leva a crer que, na maioria das intervenções em saúde há interação, direta ou não, entre sujeitos (profissional e usuário) o que implica em ações pedagógicas que podem se dar de forma autoritária (como historicamente esteve presente nas várias abordagens da Saúde Pública), ou podem se revestir de uma concepção integrativa sobre o processo saúde-doença. Assim, podemos superar a visão centrada em conhecimentos biológicos aliados a técnicas pedagógicas voltadas apenas para a transmissão de conhecimentos não pertinentes às necessidades sociais e desvinculados das condições de vida dos indivíduos.

Nosso pressuposto é que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para que os indivíduos implicados em uma ação pedagógica possam participar da produção compartilhada do conhecimento. Mas este compartilhar só ocorrerá a partir de uma ação dialógica onde o “escutar” se torna mais importante que o “falar”, como destaca Freire:

*Escutar significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro (...) é escutando bem que me preparo para melhor me colocar ou melhor me situar do ponto de vista das idéias. Como sujeito que se dá ao discurso do outro, sem preconceitos, o bom escutador fala e diz sua posição com desenvoltura (FREIRE, 2000, p. 135).*

Quando nos propomos a desenvolver uma nova alternativa de produção de conhecimento na área de Educação em Saúde, com maneiras mais participativas de abordar a população, estamos entrando em um plano em que os métodos de ensino tradicionais são insuficientes. Ao interagirmos com pessoas estamos lidando com afetos, percepções, interesses, limites, vivências e leituras da realidade

bem distintas e às vezes distantes do que estamos acostumados. Assim torna-se necessário ampliar os “canais” de percepção e comunicação para possibilitar uma compreensão que se aproxime um pouco mais dessas distintas realidades tornando essa relação pedagógica mais eficaz, prazerosa, humana e transformadora.

Tal tarefa implica em um projeto ambicioso e impossível de se desenvolver em curto prazo, dependendo não só da vontade de alguns profissionais, mas também e principalmente de uma resolução política ampla, que ofereça de fato, um espaço para que esta área seja respeitada.

É mister, portanto, que os profissionais de saúde decididos a trabalhar com a população no desenvolvimento de ações de ensino-aprendizagem aprofundem a reflexão sobre as múltiplas dimensões de seu papel frente ao sistema de saúde vigente, buscando novas bases teóricas e novos caminhos que venham a contribuir para a compreensão das dificuldades inerentes a este processo.

O domínio destas questões irá contribuir para o desenvolvimento de ações construídas por meio da interação compartilhada entre os interesses e necessidades da comunidade e das instituições públicas, dando assim um sentido aos objetivos que se quer alcançar, resultando em ações concretas de valorização da cidadania e de participação efetiva do cidadão no aperfeiçoamento do cotidiano.

## Referências Bibliográficas

PEDROSA, L. I. S. *Avaliação das práticas educativas em saúde*. In VASCONCELLOS. A saúde nas práticas e nos gestos - reflexão da rede de educação. São Paulo: Hucitec, 2001.

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz





# Análise Institucional e Educação em Saúde: um diálogo produtivo

Solange L'Abbate \*

## O ponto de partida: questões iniciais

A Análise Institucional pode ser útil para uma melhor compreensão da Educação em Saúde, enquanto um conjunto de saberes e práticas diversas com diferentes graus de estruturação? A Análise Institucional é potente para apoiar processos educativos que promovam transformações significativas nas vidas das pessoas relacionadas ao campo da saúde, sejam profissionais, sejam usuários?

Este texto se propõe a sugerir aos educadores em saúde e aos profissionais de saúde, que se consideram educadores, algumas ferramentas que a Análise Institucional pode oferecer como recurso teórico-metodológico e instrumental às práticas educativas, tanto em sua efetivação, como em relação à investigação que se pode produzir a partir de tais práticas.<sup>1</sup>

## O que é afinal Análise Institucional: como defini-la?

A gênese do que se denomina **Análise Institucional**, diz respeito a uma significativa produção teórico-prática, originada nos anos 60 na França, mas cujos antecedentes vêm desde os anos 40. O contexto desta produção é, de um lado, a crise mais ampla de ordem político-ideológica e científico-intelectual pela qual passava, à época, a sociedade francesa, crise na qual se inseria também o questionamento do funcionamento interno de várias organizações, e a busca de modos de atuação que visassem transformá-las. Trata-se, de acordo com um dos seus principais fundadores, René Lourau (1995), de “transformar para conhecer” e não o contrário, como em geral propõem as abordagens mais comuns das Ciências Sociais.

Compreender o sentido mais geral da **Análise Institucional** significa entrar em contato com diversos autores e conceitos originados da sociologia, da filosofia, do direito, da antropologia, da ciência política, da pedagogia, da psicologia e da psicanálise, bem como de experiências concretas, nas quais tais disciplinas e conceitos se articulavam, como é o caso da psicoterapia institucional, da pedagogia institucional e da psicossociologia. Essa articulação entre teoria e prática marca profundamente a trajetória da Análise Institucional, e, a meu ver, é uma condição fundamental para o diálogo com a **Educação em Saúde**.

De início, é necessário esclarecer que a expressão

Análise Institucional não tem um sentido único. De acordo com Heliana de Barros Conde Rodrigues, dentro do institucionalismo francês, devemos considerar a “*Análise Institucional*” e a “*Socioanálise*”, de tradição dialética, originadas, sobretudo, das obras de René Lourau e Georges Lapassade, e, de outro lado, a “*Esquizoanálise*”, inspirada na filosofia da diferença, relacionada a Félix Guattari e Gilles Deleuze (Rodrigues, 1993).

De forma geral, pode-se dizer que a **Análise Institucional** tem por finalidade compreender a realidade social a partir das ações e discursos de seus sujeitos. O método utilizado consiste num conjunto articulado de conceitos, dentre os quais os mais relevantes são os de instituição, transversalidade, analisador, encomenda/demandas e o de implicação. Considera-se “**análise de papel**” quando o material empírico se baseia em documentos, observações e entrevistas referidas à organização em estudo, e, denomina-se “**intervenção**”, quando a direção de um grupo ou organização, devido à existência de questionamentos e dificuldades, encomenda a um analista externo uma atuação direta. Costuma-se falar então em **socioanálise**.

Quando se considera a socioanálise, as intervenções adquirem um caráter mais totalizador e sedentário, enquanto na esquizoanálise elas seriam mais fragmentárias e nômades (Rodrigues, 1993). Reconheço, no entanto, na experiência brasileira, a dificuldade de limites muito precisos entre essas duas formas, dado a migração e articulação de conceitos entre elas.

Tenho feito também essa composição, incorporando os conceitos de modos de subjetivação (Guattari, 1992) e singularidade (Deleuze, 1988), sobretudo quando se trata de trabalhos de grupo, e se se quer pensar na dimensão do sujeito. Isto sem deixar de considerar a relação de cada grupo com diversas instituições (Lourau, 2004a).

A Análise Institucional surgiu, no Brasil, nos anos 70, quando o país ainda vivia sob o regime da ditadura militar. Introduziu-se junto a alguns departamentos e grupos de pesquisa de universidades brasileiras e de outras organizações, congregando os mais diferentes tipos de profissionais. Inicialmente, os interessados na Análise Institucional mantiveram grande contato com os

\* Socióloga, Profa Dra do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Email slabbate@fcm.unicamp.br

<sup>1</sup> Em texto anterior, já indiquei algumas dessas possibilidades (L'Abbate, 1997).

fundadores do movimento institucionalista e com outros autores dos centros acadêmicos e institucionais franceses<sup>2</sup>. Posteriormente, passaram a se desenvolver autonomamente, ampliando bastante seu campo de atuação, sem, no entanto, perder o contato com a “fonte”. As articulações do movimento institucionalista ocorreram, de início, com a área de Psicologia do Rio de Janeiro, Belo Horizonte e, depois, São Paulo/capital e Niterói. Atualmente, há institucionalistas atuando em Fortaleza, em Campinas<sup>3</sup>, e, provavelmente, em outros locais.

Aos poucos, no interior desses vários grupos, foram ocorrendo aproximações com a Educação e a Saúde, através de intervenções em escolas e hospitais, bem como em associações das sociedade civil e em algumas empresas públicas e privadas. Alguns exemplos estão em Rodrigues et al (2000) e em Moura et al (2003).

### A Educação em saúde como instituição

Como referido há pouco, a Educação não é estranha à Análise Institucional, até porque a Pedagogia Institucional, através da análise crítica aos processos pedagógicos, constituiu-se num campo de grande interesse para os primeiros analistas institucionais (Ardoino & Lourau, 2003). A área da Saúde, embora com menor presença, também tem sido campo de análise e intervenção da Análise Institucional. (L'Abbate, 2003)

No entanto, quando se fala em **Educação em Saúde**<sup>4</sup>, creio que tal aproximação ainda não se deu, pelo menos que seja do meu conhecimento. Daí a questão de abertura desse texto, que passo a encaminhar a partir de agora.

Uma primeira ferramenta produzida pela Análise Institucional, sem dúvida bastante útil para a melhor compreensão da Educação em Saúde, é o conceito de instituição elaborado por Lourau. Este autor afirmava que, para apreender o caráter contraditório das instituições, é necessário considerar que toda instituição é o resultado do movimento dialético de três momentos: o **instituído**, ou o estabelecido, considerado o momento da universalidade; o **instituinte**, ou seja, o acontecimento que não cessa de alterar e até de negar o que está formalizado, que é a particularidade; e o terceiro momento, o da singularidade, resultado da articulação entre os momentos anteriores, que tensiona o cotidiano das práticas dos sujeitos, produzindo algo que não se constitui num caráter meramente reprodutor e repetitivo, mas, ao contrário, aponta para uma certa atualização, um ‘vir a ser’ em contínua transformação. Trata-se do terceiro momento, chamado de **institucionalização**. (Lourau, 1995).

É esse constante movimento dialético que permite a conservação e também a dissolução das instituições. A não ser nos casos das organizações em rede, bastante facilitadas na atualidade pela comunicação através da Internet, nossa tendência é a de estarmos continuamente

reformando ou até dissolvendo instituições e criando, quase imediatamente, outras, nem sempre muito diferentes das anteriores.

A trajetória da instituição **Educação em Saúde no Brasil**, não é exatamente esse suceder de aspectos instituídos/instituintes? Não é o que ocorre, desde os vários movimentos ou fases, do higienismo do início do século XX à identificação com a cidadania e os direitos no final do mesmo século? E ainda na própria especialização do profissional “educador sanitário”, depois, “educador de saúde”, quando as ações educativas eram de sua quase exclusiva responsabilidade? Isto sem falar nas carreiras profissionais exclusivas do campo da educação em saúde, hoje praticamente extintas e, num movimento contrário, a relevância que passa a ser dada ao fato de que todos os profissionais de saúde devem ter alguma formação em educação, atuando como educadores. Atualmente, dentre os profissionais de saúde começa também a haver uma preocupação maior pela formação em educação do agente comunitário em saúde, que é aquele que tem maior contato com o usuário, inclusive, nas suas casas?<sup>5</sup> Não é o que se observa nos órgãos públicos de nível municipal, estadual ou federal, responsáveis pela coordenação dos vários programas e ações, ao colocar-se a educação sempre em articulação com a informação e a comunicação, com grande ênfase nesta última?

Sinal bastante claro de tais mudanças é colocado por José Ivo dos Santos Pedrosa num artigo sobre avaliação das práticas educativas. Referindo a multiplicidade das ações de Educação em Saúde que vêm ocorrendo no país, desde as planejadas pelos órgãos públicos até as realizadas por inúmeras organizações não governamentais, o autor considera que uma proposta de avaliação de tais ações será possível desde que *“consideremos que a educação em saúde é estratégia que, dependendo dos espaços onde ocorra, define os objetivos a serem atingidos, os sujeitos envolvidos e os processos pedagógicos ou educacionais. Dessa maneira, práticas educativas em saúde, organizadas intencionalmente para atingir determinados objetivos, serão tratadas como projetos de educação em saúde ou intervenções de educação em saúde.”* (Pedrosa, 2001) Coerentemente, o modelo de avaliação proposto é flexível o suficiente para abranger tal multiplicidade e envolver os diversos sujeitos implicados no processo.


<sup>2</sup> Foi comum também a vinda de alguns dos principais fundadores da Análise Institucional ao Brasil. Neste caso estão Lapassade, Lourau e Guattari.

<sup>3</sup> Em seu departamento, na Unicamp, a autora ministra, em nível da pós graduação, uma disciplina e seminários de Análise Institucional, além de coordenar o diretório de pesquisa *Saúde Coletiva e Análise Institucional* junto ao CNPq.

<sup>4</sup> Em relação ao conceito de Educação em Saúde e suas variações, lembro, dentre outros: CARDOSO DE MELO (1981); OSHIRO (1988); PEREIRA & CAMPOS (1995).

<sup>5</sup> Tais colocações se baseiam, em parte, na minha própria experiência em contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, sobretudo, com o Programa de Saúde da Família/Paidéia.





Em síntese, considerar a Educação em Saúde como instituição é levar em conta o conjunto de várias dimensões a serem discutidas por todos os participantes, no sentido de perceber para onde a área está caminhando, através dessa ampliação e difusão das suas atividades. Assim como é necessário avaliar quais as perdas e ganhos trazidos por esse processo e o que precisa ser feito para que a articulação das atividades ocorra no sentido de fazer progredir e difundir o projeto ou projetos, ainda que com alguma perda de profundidade.

### **Educação em Saúde e a constituição de sujeitos**

Outras contribuições relevantes da Análise Institucional dizem respeito ao trabalho educativo realizado em grupo que tem sido bastante significativo na área da Educação em Saúde. (Oliveira, 2001; Granada, 2004) Em geral, os grupos educativos têm objetivos específicos. Eis alguns exemplos bastante comuns, dentre outros: controlar a diabetes ou a hipertensão, aprender a utilizar os métodos anticoncepcionais, discutir sobre prevenção das DST e Aids. São igualmente variáveis os participantes: desde pessoas mais velhas, até adolescentes. Para os analistas institucionais, sempre que se trabalha em grupo é necessário perceber que o próprio grupo é um **dispositivo** (Barros, 1994) atravessado por instituições que são, na verdade, os diferentes tipos de vínculo dos participantes. Ainda que estejam claros os objetivos voltados para o controle de alguma doença, incômodo ou o aprendizado de uma técnica, ao se constituir como grupo, haverá muitas outras “transversalidades” em jogo. Portanto, quanto mais o educador tiver consciência disso e puder comentar com os participantes, mais efetivo será seu trabalho.

Na realidade, todo trabalho de grupo almeja o desenvolvimento da autonomia das pessoas, no sentido de que possam ser, cada vez mais, os próprios cuidadores da sua saúde, contando, é claro, com o apoio dos profissionais. Nesse sentido, as noções de **grupo objeto** /**grupo sujeito**, introduzidas por Guattari (1987), podem vir em auxílio do educador. Não se trata de uma relação ou/ou, mas de compreender que no processo de constituição dos grupos há uma alternância entre momentos nos quais os indivíduos se guiam por princípios exteriores, de certa forma, impostos, e de caráter reprodutor e, ao contrário, momentos onde as pessoas se orientam por formas de pensar e agir nas quais acreditam e apostam por um convencimento próprio. O trabalho do educador será sempre o de criar condições para prevalecer esse segundo momento ou, em outras palavras, que o grupo se torne cada vez mais sujeito. Com certeza, é por aí que se dará a construção da **autonomia**, sem esquecer de que toda negociação em busca da menor subordinação dos sujeitos aos processos burocráticos comuns à toda organização, passa também

pela análise do poder, sobretudo dos micropoderes, tão bem identificados por Foucault (1984).

Ainda em relação ao trabalho educativo, seja individual, seja em grupo, afirma-se cada vez mais, que um dos objetivos do trabalho educativo é o de “construir sujeitos” (Smeke & Oliveira, 2001) Sem abordar aqui a discussão da noção de sujeito, introduzo rapidamente dois conceitos que, acredito, serão de grande ajuda para os educadores. O primeiro, o de **modos de subjetivação**, desenvolvido por Félix Guattari, nos informa que a multiplicidade de dimensões que constituem a subjetividade do homem moderno é, a tal ponto complexa, que é impossível pensar numa das instâncias sendo dominante em relação às outras. Por isso, ele se serve de um termo musical para definir subjetividade, afirmando que “a subjetividade, de fato, é plural, **polifônica**” (Guattari, 1992). Polifônico significa, não apenas multiplicidade de sons, mas infinitas combinações de “acordes e escalas”. Sensibilizar-se para “ouvir” tais harmonizações, nem sempre de acordo com conhecido ou esperado, aí está um desafio para o educador. Desafio que vale a pena ser enfrentado.

O segundo conceito, que complementa o anterior é o de **singularidade**, desenvolvido por Gilles Deleuze. Ao afirmar que a dimensão da subjetividade é o espaço do singular, esse filósofo parte de dois princípios, segundo os quais, o abstrato não explica coisa alguma, mas, ao contrário, é ele que deve ser explicado; o universal não existe, o que existe é o singular, a singularidade. Assim, o autor conclui: “A ‘singularidade’ não é o individual, ou não se reduz ao individual, mas a singularidade é o caso, o acontecimento, o potencial (o vir a ser), ou principalmente, a distribuição de potenciais numa situação dada” (Deleuze, 1988). Ou seja, no seu ofício de educar, o educador deverá aceitar e respeitar a existência de diferentes maneiras, através das quais cada pessoa constrói seu próprio processo de se tornar mais sujeito, mais autônomo. Sem dúvida, outro grande desafio.

E, finalmente, um dos conceitos chaves da Análise Institucional, o de **implicação** (Barbier, 1985; Lourau, 2004b), também poderá ser útil ao educador. Nas suas dimensões afetiva, existencial e profissional, a implicação, isto é, nosso envolvimento, às vezes, até mesmo inconsciente, com tudo aquilo que fazemos, está sempre presente e deve ser compreendida e analisada por nós, quando estivermos realizando um trabalho educativo. Isto porque, se estivermos “desimplicados”, ou seja, alienados em relação às atividades que estamos realizando, provavelmente, nada acontecerá. Ao contrário, implicados demais, querendo que “o programa ou atividade educativa dê certo a qualquer custo”, seja por convencimento de ordem político-ideológica, seja por vantagens profissionais e de prestígio, também estaremos fadados ao fracasso. Assim, devemos sempre nos interrogar sobre os motivos mais profundos pelos quais estamos nos implicando neste ou naquele projeto, o que



significa, em última instância, estar atentos à **dimensão ética**, com certeza, presente em todas as nossas ações.


### Concluindo

Enfim, espero ter conseguido, nessas poucas páginas, ter transmitido aos leitores informações, mesmo que de forma resumida, acerca do potencial de algumas ferramentas da Análise Institucional para o trabalho do educador em saúde, e também “entre-linhas” meu entusiasmo por poder contribuir para alimentar este diálogo.

### Referências Bibliográficas

- ARDOINO, J. & LOURAU, R. *As pedagogias institucionais*. [Tradução de João B. Martins e Heliana de Barros C. Rodrigues] São Carlos, RiMa, 2003.
- BARBIER, R.- O conceito de “implicação” na pesquisa-ação em ciências humanas. In: \_\_\_\_\_ *Pesquisa-ação na instituição educativa*. Rio de Janeiro, Zahar, 1985: 105-128.
- BARROS, R.D.B.- *Grupo: a afirmação de um simulacro*. São Paulo, 1994. [Tese de doutorado em Psicologia Clínica, PUC/São Paulo].
- CARDOSO DE MELO, J.A. Educação Sanitária: uma visão crítica. In: Educação e Saúde. *Cadernos CEDES*. (4). São Paulo, Cortez, 1981: 28-43.
- DELEUZE, G.- *Périclès et Verdi*. Paris, Minuit, 1988.
- FOUCAULT, M. - *Microfísica do poder*. 4ª ed. Rio de Janeiro, Graal, 1984. (1ª ed. 1979).
- GRANADA, G.G.- *Grupos educativos multiprofissionais e promoção à saúde: a experiência em um Centro de Saúde-Escola*. Campinas, 2004. [Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva, Unicamp/Campinas]
- GUATTARI, F. *Revolução Molecular* 3ª ed. São Paulo, Brasiliense, 1987 (1ª ed. 1981)
- GUATTARI, F.-Da produção de subjetividade. In: \_\_\_\_\_ *Caosmose*. Rio de Janeiro, Ed 34, 1992: 11-44.
- L’ABBATE, S.-Comunicação e Educação: uma prática de saúde. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R.(Orgs) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997: 267-292.
- L’ABBATE, S. -A análise institucional e a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 8 (1) 265-274, 2003.
- LOURAU, R.- *A Análise Institucional*. 2ª ed. Petrópolis, Vozes, 1995. (1ª ed 1975).
- LOURAU, R. Grupos e instituição. In: ALTOÉ, S. (org) *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo, Hucitec, 2004a: 176-185.
- LOURAU, R. Implicação e sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. 2004b, op cit.: 186-198.
- MOURA, A. H. et al.- Análise do trabalho institucional nas equipes dos distritos sanitários e no Hospital Mário Gatti de Campinas. In: CAMPOS, G.W.S.- *Saúde Paidéia*. São Paulo, Hucitec, 2003:167-185.
- OLIVEIRA, N.L.S. - *Analisando uma abordagem educativa em Saúde: o caso da oficina do CAISM*. Campinas, 2001. [Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva, Unicamp/Campinas]
- OSHIRO, J.H.- *Educação para a Saúde nas instituições de Saúde Pública*. São Paulo, 1988 [Dissertação de mestrado em Filosofia da Educação, PUC/São Paulo].
- PEDROSA, J.I.S. Avaliação das práticas educativas em saúde. In: VASCONCELOS, E.M. (org) *A Saúde nas palavras e nos gestos: reflexão da rede de Educação Popular*. São Paulo, Hucitec, 2001: 261-281.
- PEREIRA, V.L.G. & CAMPOS, N.Z R. Educação em Saúde: sinopse histórica e algumas tendências. In: ARROYO, A V.; CERQUEIRA, M. T.(orgs) *La promoción de la salud e la educación para la salud en America Latina*. San Juan, Editoria de la Universidad de Puerto Rico, 1995.
- RODRIGUES, H. B. C.- *As subjetividades em revolta: institucionalismo francês e novas análises*. Rio de Janeiro, 1993. [Tese de Mestrado, Instituto de Medicina Social, UERJ]
- RODRIGUES, H.B.C.; LEITÃO, M.B.S. & BARROS, R.D.B. (orgs)- *Grupos e instituições em análise*. 2ª ed., Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 2000. (1ª ed, 1992).
- SMEKE, E.L. M. & OLIVEIRA, N.L. S.-Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E.M. (org), 2001, op cit : 115-136.





# Capacitamos ou não? – uma visão sobre as modalidades de formação

Paulo Henrique Nico Monteiro\*

*“Começar pelas palavras talvez não seja coisa vã”.<sup>1</sup>*

Alfredo Bosi

Nós, profissionais da Saúde que nos dedicamos à Educação em Saúde, dispomos de uma grande parte do nosso tempo e esforço pessoal na elaboração, planejamento e execução de ações de formação dos trabalhadores do setor. Seja por interesse e compromisso pessoal ou por necessidades e demandas externas, estamos cotidianamente nos propondo a formar alguém.

Para García (1999), *“uma ação de formação corresponde a um conjunto de condutas, de interações entre formadores e formandos, que pode ter múltiplas finalidades explícitas ou não, e em relação às quais existe uma expectativa de mudança”* e que *“o conceito de formação inclui uma dimensão de desenvolvimento humano global e é através da interformação entre sujeitos que se torna possível encontrar contextos de aprendizagem que favoreçam o aperfeiçoamento pessoal e profissional”* (GARCÍA, 1999).

Nessa perspectiva, fica claro que deve existir uma **relação dialógica** entre o formador e o formando. Portanto, deve haver de ambas as partes disposição, interesse e, fundamentalmente, compromisso com o diálogo, ou seja com o *“escutar o outro”*.

Freire diferencia os termos *“falar a”* de *“falar com”*. Tal diferença reside precisamente nessa disposição e compromisso para o diálogo - e afirma que *“o educador que escuta aprende a difícil lição de transformar o seu discurso, às vezes necessário ao aluno, em uma fala com ele – o aluno”* (FREIRE, 1996).

Alguns termos que usamos cotidianamente quando nos referimos ao tipo ou modalidade de formação que estamos planejando ou iremos executar, parecem, no meu entender, não denotar essa disposição para o diálogo como uma condição necessária ao processo de formação.

Tomo como exemplo o termo que mais vem sendo usado atualmente para nomear as ações de formação no âmbito da Saúde. As **capacitações** vêm se tornando ultimamente quase um sinônimo de qualquer ação de formação.

Entendo que, ao usarmos o termo capacitação, estamos (conscientemente ou não) partindo do pressuposto de que quem *“vamos formar”* (os formandos) **são incapazes** de fazer algo que nós (formadores) **somos capazes**. Como fica então nossa disposição para o diálogo? Ou melhor, que tipo de diálogo estamos dispostos a estabelecer? No mínimo, este diálogo se estabelece de forma vertical entre o que sabe (ou o que é capaz) e o que não sabe (o incapaz) e necessita,

portanto, ser capacitado.

Entendo que esta questão se torna mais grave quando *“capacitamos”* trabalhadores que já exercem as funções que são objeto de nossas capacitações. Nos propomos a capacitar gestores e trabalhadores que já estão no serviço, exercendo as funções que, partindo dessa premissa, são incapazes de exercer.

Outros termos que comumente usamos no nosso trabalho, tais como **treinamentos, oficinas e reciclagens** — talvez, este último, o mais problemático — não podem ser entendidos como sinônimos. Trazem em si significados diferentes que não podem ser desprezados. São formulados a partir de concepções distintas de educação e de como se dá a aprendizagem, sendo formulados a partir de visões diferenciadas de Homem e de Sociedade.

O uso de tais termos aponta para questões que deveriam ser objeto de todos nós educadores, tais como: Que tipo de aluno desejamos formar? Como entendemos o papel do aluno e do professor no processo de formação? Quais são nossas premissas e pressupostos e como elas aparecem nas nossas ações de formação?

Não é objeto desse texto aprofundar essa crítica, nem tampouco definir uma nomenclatura adequada para nossas ações de formação, mas sim apontar para o fato de que quanto mais clareza os profissionais que se dedicam à tarefa de formar outros profissionais tiverem sobre seus pressupostos, maior será a chance de propiciarmos as condições necessárias para uma formação que vise a uma real transformação, transformação essa essencial e necessária para o aperfeiçoamento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

## Referências bibliográficas:

- FREIRE, P. – Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 6ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.  
GARCÍA, C. M. – Formação de Professores Para uma Mudança Educativa. - Porto, Portugal: Porto Editora, 1999. (Coleção Ciências da Educação Século XXI).

\* Educador, Pesquisador Científico do Núcleo de Educação em Saúde do Instituto de Saúde. Email: monteiro@isaude.sp.gov.br

<sup>1</sup> BOSI, A. – **Dialética da Colonização**. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

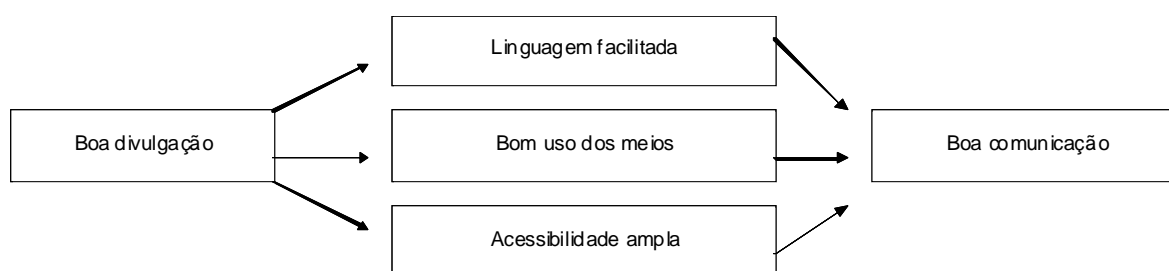
# Algumas considerações sobre a relação entre educação e comunicação no âmbito da saúde

Ausônia Donato\*

Se realizarmos um mapeamento sobre os conceitos de comunicação que suportam o conjunto de suas práticas no âmbito da Saúde, poderemos definir um campo semântico que, salvo engano, se estrutura mais ou menos assim:

Comunicação = Divulgação

Desdobrando a fórmula acima, isto é, não aceitando na sua forma resumida uma espécie de verdade, teríamos:



Não por acaso, **inverte-se a relação entre divulgação e comunicação**. Minha proposta é efetuar uma crítica a um mecanismo simplificador que estabelece uma equivalência entre a Comunicação (uma área do conhecimento, construída historicamente) com um de seus aspectos, o mais diretamente associado a sua dimensão utilitária isto é, a divulgação. O elemento valorativo presente nas extremidades do esquema (boa comunicação; boa divulgação) ajuda a aproximação, acentuando o efeito de cortina de fumaça.

No que interessa à concepção de educação transformadora no âmbito da Saúde, a falta de um referencial teórico-metodológico relativo à comunicação faz com que assumamos de pronto que o que importa é fazer com que uma mensagem, partindo de um ponto de emissão, chegue a um receptor, situado num contexto. A linearidade desse tipo de raciocínio acaba por desconsiderar a feição dos sujeitos históricos<sup>1</sup> que estão por detrás desse processo.

Analisando modelos lineares de comunicação – um emissor que codifica e transmite uma informação, para um receptor que friamente a decodifica – a Escola de Frankfurt, a partir da Teoria Crítica, contesta a legitimidade da transparência de esquemas abstratos, genéricos, binários, mecânicos, que desmobilizam o aspecto tensional da comunicação entre homens, desconsiderando-os como sujeitos históricos. Propõe um modelo de comunicação crítico que leva em consideração a história, a economia, a política, a ideologia, a cultura, os elementos objetivos da realidade social e os fenômenos referentes à subjetividade (Donato, 2000 p.50).

Talvez, sem explicitar, a “boa divulgação” tenha como fim uma finalidade de persuasão, o que derivaria um novo esquema:

\* Educadora, Pesquisadora do Instituto de Saúde

<sup>1</sup> Entendemos sujeitos históricos como aqueles que são atravessados pela história, pela economia, pela política, pela cultura, pela ideologia, construindo, no campo híbrido desses atravessamentos, sua subjetividade. A partir dessa concepção, o entendimento de toda razão comunicativa vai muito além da simples razão instrumental.



Boa comunicação = Boa divulgação = Persuasão

Num texto que toca no problema, Freire afirma: *“Aos camponeses, não temos que persuadi-los para que aceitem a propaganda, que, qualquer que seja seu conteúdo, comercial, ideológico ou técnico, é simples domesticadora”*.

Persuadir implica num sujeito que persuade, desta ou daquela forma, e num objeto sobre o qual incide a ação de persuadir. Nem os camponeses, nem a ninguém, se persuade ou se submete à força mítica da propaganda, quando se tem uma opção libertadora. Neste caso, os homens se lhes problematiza sua situação concreta, objetiva, real, para que, captando-a criticamente, atuem também criticamente, sobre ela.

Este, sim, é o trabalho do agrônomo como educador, do agrônomo como um especialista, que atua com outros homens sobre a realidade que os mediatiza.

Não lhe cabe, de uma perspectiva humanista, estender suas técnicas, entregá-las, prescrevê-las; não lhe cabe persuadir nem fazer dos camponeses o papel em branco para sua propaganda.

Como educador, se recusa a “domesticação dos homens, sua tarefa corresponde ao conceito de comunicação, não ao de extensão”. (FREIRE, 1975 pg. 23 – 24).

Não é raro, se nos valermos do senso comum, confundirmos um bom comunicador com aquele que nos convence de algo. Cada um de nós, em nossa história pessoal, é capaz de lembrar de infinitas circunstâncias em que, por estarmos convencidos de algo que muitas vezes rejeitávamos, atribuímos capacidades quase mágicas de comunicabilidade a certas pessoas.

O processo discursivo ocorre na medida em que os agentes envolvidos no ato de comunicação conseguem transcender a simples compreensão lingüística. A base sobre a qual se efetiva o processo de comunicação possui lastro histórico, do qual o código (a linguagem) é resultante. A participação do “destinatário” na construção do significado da mensagem é decisiva. Sem ela, o processo

comunicativo não se efetiva. Esse é um dos conceitos que melhor se adequa à compreensão do fenômeno comunicativo, aplicável ao campo da educação em saúde, correspondente ao que Bakhtin (1992) chama de dialogismo.

A vida é por natureza, dialógica, diz Bakhtin. Assim, “viver significa dialogar no e com o mundo”. E isto o homem faz com toda a sua inteireza, com toda a sua vida.

### Referências Bibliográficas

- DONATO, A. F – Trançando redes de comunicação. Tese de doutoramento. Faculdade de Saúde Pública da USP, 2000.
- FREIRE, P. - Extensão ou Comunicação? 2º ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.
- BAKHTIN, M. – Marxismo e filosofia da linguagem. 6º ed. São Paulo: HUCITEC, 1992.

# Temas transversais e intersetorialidade: desafios para educação preventiva integral

Renato Barboza\*  
Lígia Rivero Pupo\*\*

Nas últimas duas décadas, vários autores têm destacado a necessidade da implantação de programas de educação preventiva em unidades escolares, destinados ao público de crianças e adolescentes e aos demais segmentos da comunidade escolar (Amaro, 1996).

Apesar dos recursos públicos investidos em nosso país para o desenvolvimento de programas e projetos de prevenção, especialmente com relação aos casos de DST/HIV/Aids, uso indevido de drogas e gravidez não programada na adolescência, a cobertura destes, ainda é insuficiente e sua distribuição é desigual na rede de ensino.

Portanto, o estabelecimento de políticas públicas voltadas à Educação Preventiva no contexto escolar, ainda é um desafio que deve ser priorizado por gestores de diferentes níveis de governo.

## Educação Preventiva e os Temas Transversais

O Ministério da Educação e do Desporto (1997) implantou a proposta dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) instituídos pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei nº 9.394/96) para as quatro primeiras séries do ensino fundamental. Tendo-se como premissa que o processo ensino-aprendizagem, dada sua complexidade é multideterminado, o conceito de *trabalho transversal*, incorporado aos PCN, tem como proposta a qualificação do processo pedagógico das escolas, contribuindo para formação de um *cidadão participativo, reflexivo, autônomo e conhecedor de seus direitos e deveres*.

Os PCN têm como eixo a educação para a cidadania, englobando os seguintes temas: ética, meio ambiente, pluralidade cultural, consumo, saúde e orientação sexual - que não se constituem como novas disciplinas. Esses temas devem ser discutidos

e selecionados pela comunidade escolar desde a formulação do projeto político-pedagógico e durante sua implementação. Nesse sentido, ações voltadas para Educação Preventiva, devem ser desenvolvidas em consonância com a concepção pedagógica adotada pela equipe escolar.

Em 1999, o Ministério da Saúde realizou um estudo nacional (Ministério da Saúde, 2002) para avaliar a inserção de atividades de prevenção aos casos de DST/Aids e drogas em diferentes tipos de escolas no país (públicas estaduais/municipais e particulares). Participaram escolas de ensino fundamental (70%), infantil (50%), médio (24,3%) e supletivo (14,65%).

Os temas sexualidade, prevenção aos casos de DST/Aids e uso de drogas, foram abordados na maioria das escolas (73,4%). Porém, a distribuição destas atividades nas diferentes regiões, nos diversos tipos de escola e nas variadas modalidades de ensino, demonstrou vulnerabilidades institucionais, programáticas e políticas.

Em primeiro lugar, podemos ressaltar a visível discrepância existente entre a realidade das escolas estaduais e municipais. Em praticamente todas as variáveis pesquisadas, as escolas estaduais tiveram um desempenho melhor do que o das municipais nas diferentes regiões. Enquanto 87% das escolas estaduais referiram ter desenvolvido atividades de prevenção, as municipais são as que menos executaram essas atividades, não chegando a 60%.

Contudo, vale a pena ressaltar que as escolas estaduais são as que mais tiveram acesso a materiais educativos e didáticos, equipamentos, e capacitações oferecidas pelo nível federal.

Neste estudo, o índice de capacitação dos

\* Sociólogo, mestrando em Saúde Coletiva, Pesquisador Científico do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde.

\*\* Psicóloga, mestranda em Medicina Preventiva, Pesquisadora Científica do Núcleo de Investigação e Estudos em Epidemiologia





professores com relação aos seguintes assuntos: sexualidade, DST/Aids e drogas - revelou-se baixa, pois apenas 41,4% das escolas referiram possuir professores treinados para abordar esses temas. As escolas estaduais apresentaram a maior proporção de professores capacitados; seguidas pelas particulares. As municipais foram as mais deficientes com relação à capacitação de seus profissionais.

Outra importante distinção percebida no estudo, foi a diferença de atuação entre as escolas de ensino médio e as de ensino fundamental e infantil. Segundo o estudo, as primeiras, são as que mais desenvolveram atividades de prevenção (mais de 90%), contra 72% nas escolas de ensino fundamental. As escolas de ensino infantil foram as que menos referiram este tipo de atividade. Para se entender melhor os motivos que levaram a esta diferença de postura entre estas diversas modalidades de ensino, é importante examinar os motivos relatados pelas escolas que não realizaram nenhuma atividade de prevenção.

Os principais motivos foram: não terem material didático apropriado e professores capacitados. Além destes, foram referidas as seguintes razões: a escola não concorda com a inserção destes temas; o tema sexualidade é visto como inapropriado para a baixa faixa etária dos alunos; considera-se que não existem problemas relacionados a estes assuntos na escola e, por último; considera-se que estes temas não estão previstos na programação da Secretaria de Educação.

Para melhor compreender a reserva e o pouco envolvimento das escolas (principalmente das de ensino fundamental e infantil), com relação às atividades de prevenção, faz-se necessário observar que existe uma proporção bem maior de escolas de ensino médio capacitadas para as atividades de prevenção aos casos de DST/Aids e uso de drogas, do que escolas de ensino fundamental, sendo que as de menor acesso à capacitação foram as escolas de ensino infantil (apenas 32%).

Assim, o posicionamento das escolas de ensino infantil e fundamental, pode refletir, o pouco investimento dos governos (que em relação a esta temática, priorizam a população adolescente), para

incentivar: a inserção do tema sexualidade nas diferentes faixas etárias, proporcionando acesso a materiais pedagógicos específicos e a capacitação dos educadores de todas as modalidades de ensino.

Além disso, as diferenças no acesso à materiais e na formação das escolas municipais em relação às estaduais e das escolas de ensino infantil e fundamental em relação às de ensino médio, pode revelar a desarticulação entre as ações desenvolvidas pelo estado e município e entre as atividades das escolas de ensino médio e as de ensino fundamental e infantil. Em geral não se observa um compromisso conjunto entre estado e município, e entre ensino médio e fundamental, na avaliação de necessidades regionais e locais, no planejamento e na implantação de ações articuladas.

Diante destas evidências, é importante enfatizar a relevância da intersetorialidade nas diferentes esferas de governo para integração de áreas afins, visando minimizar problemas e reduzir desigualdades, pois, os gestores da Educação e da Saúde, quando articulados e orientados por objetivos comuns potencializam ações e recursos, atuando de forma complementar e sinérgica na implementação das políticas públicas.

## Referências Bibliográficas

- AMARO, C.M. [et al.]. *Papel da Educação na Ação Preventiva ao Abuso de Drogas e às DST/AIDS*. SES/SP, Fundação para o Desenvolvimento da Educação, Série Idéias Nº 29, São Paulo, 1996.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO. *Parâmetros Curriculares Nacionais: apresentação dos temas transversais, ética*. Vol. 8; *meio ambiente, saúde*. Vol. 9; *pluralidade cultural, orientação sexual*. Vol. 10; Secretaria de Educação Fundamental, Brasília, 1997.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Levantamento Nacional sobre Prevenção de DST/Aids e de Uso Indevido de Drogas em Escolas*. – Série Avaliação 3, PNDST/Aids, Brasília, 2002 – disponível em [www.aids.gov.br/final/biblioteca/avalia3/home.htm](http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/avalia3/home.htm)

# Pesquisa participante: possibilidades e repercussões na área de Educação em Saúde

Sandra Maria Greger Tavares<sup>1</sup>

A produção de sentidos e de modos de enfrentamento relativos ao processo saúde-doença, incluindo estratégias de educação em saúde, insere-se numa rede de interações entre grupos sociais e políticas públicas, cujos significados devem ser continuamente desvendados e revistos. A pertinência de políticas de saúde e estratégias de promoção e educação, tendo em vista as demandas por saúde produzidas no cotidiano, consiste em vasto e complexo campo de investigação.

A possibilidade de os sujeitos atuarem no sentido de produzirem a própria saúde seja mediante cuidados tradicionalmente conhecidos ou por ações que influenciem seu meio social – ações políticas, educação, cooperação intersectorial – encontra-se imbricada com questões sociais mais amplas, como é o caso da liminaridade social.

O conceito de liminaridade refere-se às experiências vividas por sujeitos situados no limite, na articulação social de dois tipos de territórios: por um lado encontram-se excluídos, desfavorecidos e marginalizados com relação às formas dominantes de ocupação e de organização do espaço social, mas, por outro, são incluídos ao habitarem “espaços de transição” (Rabinovich, 1997, p. 22). Os sujeitos encontram-se a um só tempo excluídos de formas dominantes de ser e de viver na sociedade e incluídos, ainda que de modo perverso ou patológico, em tantas outras que se situam, muitas vezes, nas fronteiras sociais.

Então, como pensar na investigação e proposição de políticas públicas e de estratégias de promoção e educação em saúde diante dessa multiplicidade de formas de subjetividade liminares que se revelam nas sociedades contemporâneas?

A pesquisa e construção de estratégias de intervenção psicossociais relevantes para a promoção de saúde deveria se apoiar num dos princípios fundamentais da educação: o resgate do diálogo intersubjetivo, com base na igualdade quanto ao direito à participação, mas considerando e incluindo as diferenças.

Acredito na pertinência da utilização dos métodos qualitativos e participantes em estudos sobre estratégias de promoção e educação em saúde, uma vez que a abordagem mais apurada do problema de pesquisa implica na consideração da interação entre o pesquisador e os pesquisados e na explicitação de suas diferenças e especificidades, buscando o sentido da alteridade produzida no contexto psicossocial.

Gonçalves Filho (1995) refere-se à necessidade de um engajamento radical do pesquisador no mundo dos pesquisados. Destaca a necessidade da inserção do pes-

quisador-intérprete no campo vivo dos fenômenos, possibilitando a exposição à energia total do fenômeno pesquisado. É importante que sejamos afetados de modo duradouro e suficiente pela recepção do fenômeno, aliando cognição à sensibilidade.

Enfatizo a observação participante como técnica central neste tipo de investigação. Não basta, porém estar presente no *locus* em que se dão os processos que se pretende estudar, é necessário experimentar e considerar a dinâmica de projeções e identificações nas relações com os sujeitos da pesquisa, para efetuar aos poucos um desvendamento conjunto dos eixos e dos mecanismos em jogo. Além disso, penso que a inserção no campo de investigação e essa imersão nas relações devam se estender ao longo do tempo, para que possamos acompanhar uma fração da trajetória de vida dos sujeitos.

Os pesquisadores do campo de investigação de Educação em Saúde devem estar atentos a essa complexidade e necessitam propor formas de pesquisa que promovam a participação, impliquem a construção intersubjetiva de estratégias psicossociais e que instaurem um processo interventivo e educativo na própria prática de desvendamento dos fenômenos relevantes para um determinado grupo social. Sendo assim, é possível fazer pesquisa e atuar nos meandros das fronteiras sociais sem necessariamente impor um modo rígido e padronizado de perceber e compreender os processos de saúde e educação, desde que esses modos sejam reconstruídos na alteridade, na reciprocidade das visões de mundo dos inúmeros sujeitos que habitam as múltiplas fronteiras sociais.

## Referências Bibliográficas

- GONÇALVES F<sup>o</sup>, J. M. Passagem para a Vila Joanisa: uma introdução ao problema da humilhação social. São Paulo, Dissertação (Mestrado), Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1995.
- RABINOVICH, E. P. Vitrinespelhos transicionais da identidade: um estudo de moradias e do ornamental em espaços sociais liminares brasileiros. São Paulo, Dissertação (Mestrado), Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1997.

<sup>1</sup> Psicóloga, Pesquisadora Científica do Núcleo de Investigação de Educação em Saúde do Instituto de Saúde.





# A promoção da saúde como referencial para a formulação e desenvolvimento de políticas públicas saudáveis

Cláudia Maria Bógus<sup>1</sup>

Nas últimas décadas têm ocorrido mudanças quanto ao paradigma sanitário em função de novas formas de compreensão quanto à concepção do processo saúde-doença e isso, conseqüentemente, repercute na prática sanitária a ser adotada e implementada (Mendes, 1999; Santos & Westphal, 1999). De uma compreensão “negativa” quanto ao processo saúde-doença, focado na ocorrência de agravos, passou-se para uma visão “positiva”, utilizando uma compreensão mais abrangente do que é saúde. Assim, o paradigma passou de flexneriano - biologicista e mecanicista -, para o de produção social da saúde, com uma compreensão de que a saúde e o processo saúde-doença são determinados de forma múltipla e mediados pelo sistema social. Passa-se a valorizar uma prática sanitária baseada na vigilância da saúde em que a gestão organiza-se sem privilegiar uma área ou setor de governo, mas considerando todas as áreas e setores cujas ações podem repercutir e ter impacto na melhoria das condições de saúde.

A concepção de saúde como produto social, decorrente de fatores relacionados com a qualidade de vida, padrões adequados de alimentação e nutrição, habitação, saneamento e educação, embasa o paradigma da promoção da saúde. As ações a serem desenvolvidas, com o objetivo de produzir melhorias nas condições de vida e de saúde, devem estar voltadas para a coletividade e para o ambiente, por meio de políticas públicas favoráveis para o desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades. A partir dessa perspectiva coletiva há uma aproximação com o campo da implantação e implementação de políticas públicas saudáveis.

A vigilância da saúde (Paim, 2003) atua sobre os produtos, processos e insumos dos problemas e não apenas sobre os produtos finais. A vigilância da saúde deve ser entendida como uma proposta de ação para a redefinição das práticas sanitárias. É um modo tecnológico de intervenção em saúde que tende a incorporar os modelos assistenciais vigentes em uma articulação com as propostas atuais de promoção da

saúde, alterando o objeto e os meios de trabalho, as relações técnicas e a cultura sanitária.

A elaboração de políticas públicas saudáveis é o primeiro dos cinco campos de atuação da promoção da saúde, definidos na Carta de Ottawa, produzida como resultado da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde (1986). Os outros campos são: a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a re-orientação dos serviços de saúde (Cerqueira, 1997).

A 2ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, que ocorreu em Adelaide na Austrália (1988), teve como tema principal a elaboração de políticas públicas saudáveis e dedicou-se a aprofundar esse campo de atuação. Foram definidas como áreas prioritárias de atuação: saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool e criação de ambientes favoráveis à saúde (Buss, 2003).

A prática sanitária da vigilância da saúde é pertinente com a adoção e implantação de políticas públicas saudáveis, apoiadas no marco referencial da promoção da saúde que tem como princípios, estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde: concepção holística, intersetorialidade, *empowerment*, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade. Tais princípios devem nortear a operacionalização das iniciativas com esse referencial (Sicoli & Nascimento, 2003).

As políticas públicas saudáveis devem ser entendidas como um campo de referenciais conceituais e empíricos, em construção, rejeitando a adoção de políticas sanitárias minimalistas ou de experiências institucionais e normatizadoras de saúde perfeita. A idéia de políticas públicas saudáveis envolve um duplo compromisso (Carvalho, 1996). Um compromisso político, de situar a saúde no topo da agenda pública, promovendo-a de setor da administração para critério de governo. E um

<sup>1</sup> Professora Doutora do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Email: claudiab@usp.br



compromisso técnico de enfatizar, como foco de intervenção, os fatores determinantes do processo saúde-doença. Essa abordagem também compreende uma reformulação quanto ao papel do Estado: é restabelecida a centralidade do seu caráter público, implicando um desenho institucional que privilegie a capacidade de definir e fazer o que deve ser feito, de acordo com os interesses e necessidades sociais, superando a subordinação do princípio de equidade aos princípios de eficácia, efetividade e economia dos gastos públicos. No caso das práticas sanitárias, o paradigma da promoção da saúde pode ser percebido e apreendido como um esforço de superação dos modelos clínicos tradicionalmente adotados nesse campo, como a organização setorializada e a atuação fragmentada.

A complexidade dos problemas a serem tratados, tendo a saúde como critério prioritário na definição de agendas públicas, remete a dois princípios fundamentais da promoção da saúde: a intersetorialidade e a participação social.

A intersetorialidade (Junqueira, 2000; Westphal & Mendes, 2000) refere-se aos saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados no desenvolvimento social local. A intersetorialidade é importante para superar a lógica da gestão tradicional, predominantemente verticalizada, setorial e dicotômica.

A participação social está intimamente ligada a outro dos princípios da promoção da saúde que é o *empowerment* (Bernstein *et al.*, 1994), pois a capacitação e o fortalecimento dos indivíduos e grupos sociais é fundamental para que ocorra uma participação social efetiva. Vale referir que continua sendo importante a valorização e o fortalecimento dos fóruns institucionais formalizados, bem como a criação de outros diversos espaços públicos de interlocução e negociação (Gohn, 2002; 2003).

Enfim, a adoção do referencial da promoção da saúde para a formulação, organização e implementação de políticas públicas, implica mudanças importantes na cultura organizacional e institucional do governo e do poder público em geral, porque nessa nova lógica, as decisões não são monopólio do aparelho estatal ou de alguns grupos sociais hegemônicos mas precisam ser elaboradas e pactuadas em fóruns participativos que expressem a diversidade de interesses e necessidades sociais. Isso deve estar atrelado a uma preocupação com a coleta, sistematização e divulgação de informações para todos os segmentos envolvidos, o que é necessário para a tomada de decisões.

## Referências Bibliográficas

- BERNSTEIN *et al.*. Empowerment forum: a dialogue between guest editorial board members. *Health Educ. Q.* 21(3): 281 - 294, 1994.
- BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia, D.; Freitas, CM. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15 - 38.
- CARVALHO, AI. Da saúde pública às políticas saudáveis. *Ciência e Saúde Coletiva* 1(1): 104 - 21, 1996.
- CERQUEIRA, MT. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. In: Arroyo, H.; Cerqueira, MT. *La promoción para la salud y la educación para la salud en America Latina: un análisis sectorial*. OPAS/IUPHE, 1997. p. 7 - 48.
- GOHN, MG. Papel dos conselhos gestores na gestão pública. In: *Informativo CEPAM – Conselhos municipais das áreas sociais*. 2ª ed. ver. atual. ampl. São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima – CEPAM. Unidade de Políticas Públicas, v. , n. 3, 2002. p. 7 - 17.
- GOHN, MG. Associativismo civil, conselhos de gestão na saúde e as cidades brasileiras. In: Rassi Neto, E.; Bógus, CM. *Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada*. OPAS, 2003. p. 41 - 65.
- JUNQUEIRA, LAP. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. *RAP* 34(6): 35 - 46, 2000.
- MENDES, EV. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- PAIM, JS. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia, D.; Freitas, CM. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 161 - 174.
- SANTOS JL.; WESTPHAL, MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos avançados*, 13(5): 71 - 88, 1999.
- SICOLI, J. ; NASCIMENTO, PR. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface* 7(12): 101 - 122, 2003.
- WESTPHAL, MF.; Mendes, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinidade e intersectorialidade. *RAP* 34(6): 47 - 62, 2000.



# O Instituto de Saúde e o aperfeiçoamento do profissional de saúde para a Humanização

Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins<sup>1</sup>

A humanização em Saúde tem assumido diferentes sentidos em nosso meio; abordarei aqui a vertente da humanização que enfatiza a necessidade de atenção aos aspectos subjetivos e intersubjetivos presentes nas relações assistenciais. O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), criado em 1999 pelo Ministério da Saúde, já destacava a importância desse tema (Ministério da Saúde, 2001). Em 2003, o Ministério, ao instituir a Política Nacional de Humanização (PNH), propõe a humanização como eixo norteador das práticas de saúde em todas as instâncias do SUS e reconhece, entre outros problemas, que há despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção (Ministério da Saúde, 2003).

No âmbito da Humanização em Saúde, o Instituto de Saúde tem contribuído de várias formas. No âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, tive a oportunidade de representar o junto ao Grupo responsável pelas Supervisões para os Grupos de Trabalho em Humanização de Hospitais Públicos (em 2002). Além disso, coordenei, no próprio Instituto, entre 2001 e 2003, várias Oficinas de Humanização das quais participaram profissionais da rede estadual, tanto de nível superior (enfermeiros, médicos, psicólogos e outros) como de nível técnico e/ou básico (recepcionistas, porteiros, atendentes de enfermagem e outros). Todas essas experiências foram muito ricas para o trabalho com os fatores subjetivos nas atividades desses profissionais (Nogueira-Martins, 2002a; 2002b). Foram oportunidades especiais, muito aproveitadas pelos participantes e muitas vezes desdobradas, com as devidas adaptações, em suas instituições de origem. Os participantes consideraram importantes: o aprendizado de algumas técnicas para o trabalho com grupos, a discussão de conceitos sobre humanização, a possibilidade de vivenciar, através do *role-playing* (treinamento de papel), situações da prática profissional em um ambiente protegido, com discussão posterior sobre as mesmas.

A realização dessas atividades fez com que o Instituto fosse chamado para palestras em congressos, simpósios e outros eventos. Foram também realizadas algumas assessorias junto a hospitais públicos.

Outra contribuição do Instituto para o aperfeiçoamento dos profissionais de saúde no que tange à Humanização têm sido no Programa de Cursos de Inverno do Instituto, oferecido no mês de julho, desde 2000. O Curso de Inverno "Humanização em Saúde", com duração de 24 horas-aula, tem oferecido a profissionais de saúde a

oportunidade de tomar contato com vários textos sobre o tema e de receberem orientação da coordenação do curso sobre possíveis iniciativas de humanização a serem desenvolvidas em suas instituições. Além disso, o curso tem sido uma oportunidade de troca de experiências sobre avanços e dificuldades no processo de humanização de seus locais de origem.

Em todas as atividades citadas, fica forte a constatação de que toda e qualquer medida modificadora de padrões de atitudes e de valores, como são as propostas que dizem respeito a atividades humanizadas e humanizantes, envolve um processo de conscientização e sensibilização, que costuma ser demorado e doloroso. As resistências não são pequenas e, com frequência, crescem ao longo do processo.

## Referências Bibliográficas

- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Assistência à Saúde (2001). Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (2003) HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Brasília.
- NOGUEIRA-MARTINS MCF (2002a) A experiência de supervisão de hospitais em um Programa de Humanização. Anais do I Congresso Brasileiro: Psicologia Ciência e Profissão. São Paulo.
- NOGUEIRA-MARTINS MCF (2002b) Oficinas de Humanização. In: Villela W, Kalckman S, Pessoto UC (orgs) Investigar para o SUS: construindo linhas de pesquisa. São Paulo, Editora do Instituto de Saúde.
- NOGUEIRA-MARTINS MCF (2001) Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de Saúde. 1ª ed. São Paulo, Casa do Psicólogo.

<sup>1</sup> Psicóloga, Pesquisadora Científica do Núcleo de Educação em Saúde do Instituto de Saúde.

# Complexidade, Educação e Saúde

Ana Lúcia da Silva\*

Um paradigma não explica, mas permite e orienta a explicação da vida.  
Não dispõe da vida, conduz a ela. (Morin: O Método II, 1999, p.327)

Neste texto faço uma reflexão sobre o paradigma da Complexidade na Educação e na Saúde. Entendo que há necessidade de repensar o *cuidar-tratar-ensinar-educar*, visando a humanização plena na saúde-doença. Apresento também minhas inquietações enquanto enfermeira, vivenciando e pesquisando um *cuidar-tratar-ensinar-educar linear*, fragmentado e medicalizado. Desejo contribuir com uma reflexão sobre o tema que contemple a essência humana.

Assim, resgato os fundamentos teóricos-filosóficos de uma série de autores com notável produção sobre o tema. Isto posto, optei por dividir esta reflexão em três momentos: conceitos inerentes à teoria da complexidade, pilares para educação no século XXI e saúde humana.

## Três conceitos inerentes à teoria da complexidade

O **paradigma** é considerado um grande norteador do sentir, pensar e agir humanos. É inconsciente, mas irriga o pensamento consciente. Os indivíduos pensam, conhecem e agem segundo os paradigmas inscritos culturalmente neles. São invisíveis por sua própria natureza, porque sempre virtuais. Só existem nas suas manifestações, nos seus reflexos, nos seus exemplos. Um grande paradigma determina, via teorias e ideologias, uma mentalidade, uma *mindscape*. Comanda a visão de mundo da ciência, da filosofia, da razão, da moral e de todas as nuances da vida humana (MORIN, 1992; KUHN, 2000). Por outro lado, **complexidade** (do latim *complexus* - o que é tecido junto) é uma dimensão de reflexão e uma postura crítica dos processos e da dinâmica que constituem o saber, os conhecimentos e a vida. Surgiu na segunda metade do século XX para questionar a fragmentação e o esfacelamento do conhecimento, oriundos no século XVII com René Descartes. Engloba a dimensão de que "o todo é, simultaneamente, mais e menos que a soma das partes". Ao agregarmos o conceito de **pensamento complexo** é possível integrarmos os modos de pensar, opondo-se nos mecanismos reducionistas e holistas, combinando a simplicidade com a complexidade e exercitando a contextualização.

## Pilares para a educação no Século XXI

É fundamental a compreensão de que a complexidade parte da noção de totalidade, incorpora a **solidariedade** colocando, lado a lado, razão e subjetividade humana. A solidariedade coloca-se na educação mediante a **transdisciplinaridade**, propondo uma educação emancipadora, autônoma, numa relação dialógica, onde o complementar pode tornar-se antagônico (MORIN,

2002). Freire (2000) adianta que a não valorização dessa **autonomia** é desvio ético designado por transgressão. O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é imperativo ético e não favor que podemos ou não conceder uns aos outros. Avançando, DELORS (2001) defende uma educação para o século XXI alicerçada em quatro pilares e saberes: aprender a conhecer; aprender a fazer; aprender a conviver e aprender a ser, afirmando que uma educação só pode ser viável se for dirigida à totalidade aberta do ser humano.

## Saúde humana

Na atualidade encontramos um *cuidar-tratar-ensinar-educar* calcado na especialização, compreendido como mecanismo de fragmentação, de desumanização. Faço a leitura de que há uma tripla fragmentação, ou seja: a existência das especialidades em si enquanto ciência; o exercício das especialidades enquanto prática profissional e o olhar sobre as especialidades e seu exercício, num *continuum* ciência-exercício profissional unidirecional. Defendo um *tratar-cuidar-ensinar-educar* complexo, ou seja, o profissional da saúde precisa ter plena consciência da extrema importância das interações que facilitam a interligação das partes ao todo e do todo as partes, num modo dialógico. Somos seres humanos complexos. Tratamos-cuidamos-ensinamos-educamos **seres humanos complexos**. Isto exige um olhar e uma prática complexa<sup>1</sup> em relação ao outro, um olhar e uma prática de tolerância em relação à autonomia do outro na saúde-doença.

## Referências Bibliográficas

- DELORS, J. (org) *Educação: um tesouro a descobrir*. 6.ed. São Paulo: Cortez; Brasília: MEC: UNESCO, 2001.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.
- KUHN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. 5.ed. São Paulo: Perspectiva, 2000.
- MORIN, E. *O método 2: a vida da vida*. 3.ed. Portugal: Publicações Europa América, 1999.
- MORIN, E. *O método 4: as idéias: a sua natureza, vida, habitat e organização*. Portugal: Publicações Europa América (Col. Biblioteca Universitária, 63), 1992.
- MORIN, E. *O método 5: a humanidade da humanidade*. Trad. Juremir Machado da Silva. Porto Alegre: Sulina, 2002.

\* Enfermeira, doutora em Enfermagem, Pesquisadora Científica do Núcleo de Educação em Saúde do Instituto de Saúde.

<sup>1</sup> Deve-se ter clareza de que complexa não se refere à complicada.

# Educação e Saúde: a vida interrogada

Monique Borba Cerqueira\*

“Como seria o sapo-boi? Pelas informações possuía natureza igual à natureza humana. Esquisito. Se eu pudesse correr, sair de casa, molhar-me, enlamear-me, deitar barquinhos no enxurro e fabricar edifícios de areia, como o Sabiá novo, certamente não pensaria nessas coisas.”

Graciliano Ramos<sup>1</sup>

Quem somos nós no campo das idéias e das práticas sociais nas áreas de educação e saúde?

Até que ponto conseguimos resistir às forças conservadoras originalmente investidas nessas áreas?

Para refletir sobre isso, proponho retomar o olhar de Michel Foucault e sua tentativa de estabelecer uma problematização sobre o “mesmo” de forma nova. Para isso é preciso que nossa curiosidade e inquietação criem um estado de prontidão para perceber a riqueza do singular, do estranho.

Nosso primeiro passo é operar um deslocamento crítico e atentar para uma das heranças mais perversas do platonismo que consiste em aprisionar o mundo em medidas que capturam a diferença. Silenciadas em modelos ideais, as diferenças são domesticadas num regime de veneração desmedida da semelhança. Tudo se passa como nossa experiência diante do espelho. Jamais percebemos ali nossa singularidade enquanto convite surpreendente às possibilidades de existir. Ao invés disso, esperamos que o nosso reflexo na lâmina de cristal nos conduza à pacificação produzida por uma firme vontade de semelhança.

É assim que podemos observar hoje a *saúde* e o *saudável* como referenciais informados por um modelo de corpo perfeito, de otimização da capacidade física em todas as idades, de administração do risco e conciliação da subjetividade através de grandes estratégias de prevenção. No tocante à Educação, cuja emergência no interior de um projeto iluminista, a situa numa trajetória da raça humana rumo a uma moral universal, seus princípios consolidam-se em direção à auto-realização intelectual conduzida pela Razão. A crença numa *razão educadora*, acalentada pelo pensamento liberal, passa a ser um dos dogmas mais preciosos da sociedade moderna, baseada no princípio do mérito e fundamentada em métodos universais, passíveis de aplicação em qualquer contexto. Este é o quadro que configura ainda hoje o sonho moderno da educação de massa.

É assim que Educação e Saúde surgem como campos destinados à reorganização da sociedade moderna, a partir de uma inusitada forma de administração dos corpos, a que Foucault (2002) denomina *uma gestão calculada da vida*, relacionada às estratégias de

melhoramento, aperfeiçoamento e correção, exercidas sobre o corpo individual e coletivo através das tecnologias disciplinar e biopolítica. Nesse sentido, a dimensão biopolítica da população é uma inovação histórica, onde, pela primeira vez, a vida é identificada numericamente, fazendo com que o biológico inscreva-se no registro da política. A vida das populações converte-se, portanto, em objeto de saber e em espaço de poder e intervenção.

É o surgimento de uma nova preocupação política interessada em maximizar o vigor e a saúde dos corpos, considerados desde uma perspectiva populacional, passando a incluir os estudos estatísticos sobre demografia, taxas diferenciais de mortalidade, registros de nascimento e enfermidades, bem como o conhecimento da distribuição e controle das epidemias. São as biopolíticas da saúde, assinalando o poder sobre a vida.

Foucault, portanto, nos revela como se dá o controle e ajustamento do indivíduo no contexto de uma rede institucional de vigilância e correção, protagonizada por instituições como a escola e o hospital, criadas para incluir socialmente num aparelho insaciável de reabilitação do humano e obsessiva melhoria do potencial produtivo.

Em que pese todas as transformações do mundo contemporâneo, o que continua em jogo é a lógica que se pretende imprimir a vida. Portanto, atuar nos campos de Educação e Saúde significa interrogar sobre a nossa capacidade de afirmar a vida. E nada mais desonesto com a vida do que tentar aprisioná-la em modelos e sistemas sem problematizá-la, sem correr o risco de mostrar os limites da teoria, de criar novas experiências e atitudes.

## Referência bibliográfica

FOUCAULT, MICHEL. Em defesa da Sociedade. Tradução por Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

\* Socióloga, Pesquisadora do Núcleo de Investigação em Educação em Saúde do Instituto de Saúde.

<sup>1</sup> RAMOS, Graciliano. Infância. Rio de Janeiro: Record, 1995.

# Redes de proteção e de inclusão social: a importância da atuação intersetorial na atenção à saúde. Experiências na área de saúde escolar

Maria de Lima Salum e Morais\*

As mudanças sociais recentes – trazidas pelo rápido avanço científico-tecnológico, pela globalização e internacionalização da economia e pela crescente migração da população rural para as zonas urbanas – ao mesmo tempo em que ofertam, para o bem-estar das pessoas, tecnologias de ponta e acessibilidade aos conhecimentos, acarretam conseqüências perversas, como o aumento do grupo dos excluídos e da intolerância em relação aos diferentes (Filomeno, 2004a).

Para dar conta da complexidade que acarretam as aceleradas transformações sociais, as organizações necessitam criar novos modelos que permitam proteger da exclusão os nelas incluídos e trazer para dentro delas os excluídos. Organizações isoladas (como escolas, creches, unidades de saúde, centros de esportes e de cultura, ONGs, conselhos tutelares, associações de moradores) não conseguem, por si sós, dar cabo dessa missão. Apenas o trabalho conjunto permitirá que dêem conta da tarefa. Diante de mecanismos que repelem para a periferia do sistema social aqueles que não se conformam às “regras do mercado” – aumentando a competência de apenas alguns incluídos e, em conseqüência, diminuindo as chances de acesso aos excluídos e aumentando a margem de pessoas sob risco de exclusão –, apenas a ação articulada de organizações voltadas para o interesse público possibilitará a reversão da situação. Para tanto, as instituições precisam desarmar-se e rever os paradigmas sobre os quais se erigiram.

Sabemos que já se estabeleceram ou estão em fase de consolidação, muitas dessas redes, que surgiram com o propósito de atacar questões fundamentais de saúde, como a epidemia de Aids, as doenças mentais, a drogadição, as deficiências físicas, sensoriais e mentais, por exemplo. No entanto, fechadas e conservadoras como ainda são muitas instituições, estamos longe de adotar o trabalho em rede como estratégia para atacar problemas sociais, educacionais e de saúde. Exemplifico, neste trabalho, a fundamental importância das redes de proteção e do trabalho intersetorial em nossa realidade atual com a breve descrição de alguns trabalhos nas áreas de promoção e de recuperação em saúde escolar, que se enquadram no modelo proposto por Filomeno (2004b) para a formação de redes de proteção social. O autor sugere os seguintes passos metodológicos para o estabelecimento das redes: constituição de um grupo estratégico; identificação de organizações para possível adesão e comprometimento na discussão dos temas;

definição da tarefa e elaboração do projeto de rede.

Início com o relato da experiência do Fórum de Saúde Mental, experiência que ocorreu entre 1993 e 1996 na zona sul do município de São Paulo (abrangendo os então Distritos de Saúde de Pedreira-Cupeçê e de Grajaú-Interlagos e Parelheiros), em resposta à alta demanda de crianças e adolescentes com queixa escolar nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) da região. Na época, havia – situação que não mudou até os dias atuais – poucos profissionais de saúde mental para dar conta da demanda das mais de 200 escolas públicas da região.

Estabeleceu-se, então, uma rede de trocas de experiências entre os setores envolvidos no atendimento à população infantil e adolescente, bem como a suas famílias, principalmente os de saúde, educação e bem-estar social. O Conselho Tutelar e algumas ONGs preocupadas com questões sociais também participaram da rede.

As discussões foram organizadas de tal forma a possibilitarem encontros das instituições e profissionais envolvidos em toda a região (os fóruns propriamente ditos), nas micro-regiões (como Grajaú e Parelheiros), nos trabalhos locais (unidade de saúde com uma escola, por exemplo) e de profissionais de várias unidades de saúde com órgãos distritais da educação e do bem-estar social. Os fóruns ocorriam a cada dois meses e os trabalhos locais e em micro-regiões tinham frequência quinzenal ou mensal<sup>1</sup>. Nas reuniões gerais (fóruns), discutiam-se temas de interesse geral e havia oportunidade de cada região apresentar o seu trabalho local e conhecer o que acontecia nas demais áreas.

A partir dos primeiros encontros, identificou-se que a medicalização ou psicologização da queixa – modelo de diagnóstico e de atendimento adotado por alguns profissionais de saúde – combinada com a culpabilização do aluno e de sua família pelo fracasso escolar eram responsáveis por grande parte dos encaminhamentos feitos pelas escolas às unidades de saúde. Discussões intersetoriais locais e regionais logo fizeram ver que o contingente de crianças e adolescentes que necessitavam de atendimento médico, psicológico ou fonoaudiológico era menor do que inicialmente se pensava.

\* Psicóloga, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde.

<sup>1</sup> O relato detalhado deste trabalho encontra-se descrito no livro “Saúde e Educação: Muito prazer! Novos rumos no atendimento da queixa escolar” (Morais & Souza, 2001).





Através das conversas intersetoriais, muitos problemas internos das instituições puderam ser conhecidos e discutidos. Enquanto o isolamento das instituições levava-as a se fecharem cada vez mais, a possibilidade de conversarem umas com as outras abertamente, sem restrições e sem resistências foi, em si, um grande passo na procura da solução de problemas.

Como principais resultados dessa experiência de rede, constatamos, além da possibilidade de troca e de aprendizado que o trabalho trouxe para as pessoas e instituições envolvidas, uma maior presença dos profissionais de saúde junto aos equipamentos educacionais e uma diminuição dos encaminhamentos de casos de dificuldades escolares para as unidades de saúde. Segundo avaliação dos participantes, isso foi possível em virtude de um novo olhar desenvolvido pelos educadores, que possibilitou uma melhor detecção dos casos que poderiam ser resolvidos na instituição educativa e dos que realmente necessitavam de atendimento na saúde.

Foram amplamente debatidas questões como: a exclusão/inclusão dos diferentes; tornar a escola um lugar saudável e a aprendizagem, prazerosa; a importância de conhecer a realidade escolar e de vida dos alunos; a interferência da imagem que faziam de si alunos e educadores; as dinâmicas institucionais; o vínculo do educador com o aluno; e o compromisso do profissional de saúde com as outras instituições. O trabalho foi interrompido pela entrada do PAS no município de São Paulo na gestão do prefeito Paulo Maluf, uma vez que aquele modelo priorizava apenas a assistência ao doente.

Em moldes semelhantes, surgem, mais recentemente, as TEIAs (Trabalhos Envolvendo a Infância, Adolescência, Jovens e Adultos) das regiões das subprefeituras do Jabaquara e de Santo Amaro, no município de São Paulo. A TEIAs apresentam forma de organização análoga à adotada pelo Fórum, através de encontros gerais, regionais e locais. A TEIA do Jabaquara tem por objetivos: buscar a construção conjunta de uma rede de ações articuladas (a partir de reflexões sobre as demandas sociais, educacionais, culturais, de lazer, de saúde e de esportes) para proteção à infância e à adolescência; reorientar os trabalhos de intervenção e de atuação procurando fortalecer aqueles condizentes com a proposta; discutir, nas várias instâncias, a construção de uma política intersetorial no atendimento às pessoas com risco social. Sua proposta é romper com o paradigma de serviços, restrito aos atendimentos dentro do modelo médico, e implantar o paradigma de suportes, que objetiva, a partir de contextos sociais inclusivos, a integração das pessoas com necessidades especiais na vida em comunidade (SÃO PAULO, 2004).

Segundo lossi (comunicação pessoal), na cidade de Ribeirão Preto, foram seguidos passos semelhantes no trabalho de saúde escolar, estabelecendo-se a RAICA (Rede de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente).

Além de equipamentos educacionais, de assistência social e de saúde, houve, nessa cidade, participação da Polícia Militar e da Vara da Infância, cuja participação vem se mostrando necessária também nas TEIAs paulistanas.

É importante lembrar que a implantação das redes é gradual e que é necessário todo um processo de sensibilização e de aproximações sucessivas para que se possa envolver um número maior de organizações, bem como angariar a participação popular para que, além de se ganhar em efetividade e alcance das ações, tais ganhos não fiquem à deriva de mudanças de orientação política nas instituições públicas.

## Referências Bibliográficas

FILOMENO, N. R. 3º Setor: Planejamento nas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público. Disponível em <<http://www.interpsic.com.br/cinescopio/main.html>> Acesso em 25.09. 2004a.

FILOMENO, N. R. *Formação de uma rede: se incluir para não excluir*. Apresentação feita no II Encontro da Teia Santo Amaro. São Paulo, 24.09. 2004b.

MORAIS, M. L. S & SOUZA, B. P. (Orgs.) *Saúde e Educação: Muito Prazer! Novos Rumos no Atendimento à Queixa Escolar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

SÃO PAULO (cidade) Secretarias Municipais da Saúde e da Educação. TEIA. Folder, 2004.





# É possível uma co-gestão na Saúde? Um ideal de integração do homem; uma possibilidade de transposição para a atualidade

Jacqueline Serafim de Freitas, Massumi Kamimura\*

**Resenha do livro “Saúde Paidéia” de Gastão Wagner de Sousa Campos. Hucitec. São Paulo: 2003. 185 páginas.**

Esta obra é uma coletânea de artigos elaborados entre os anos de 2000 e 2003, trazendo importantes reflexões no âmbito teórico, mas sempre destacando uma preocupação em indicar caminhos para mudanças no cotidiano dos serviços de saúde e da gestão. O autor, médico sanitário, professor de Saúde Pública na Unicamp, inicia esta obra com uma introdução ao Método Paidéia. Entre outras coisas, este Método questiona a simples difusão de informações comum na forma tradicional de vigilância sanitária e de métodos de prevenção, enfatizando a compreensão como forma de autonomia para a tomada de decisões de cada um a respeito da promoção de sua saúde.

A noção de Paidéia pressupõe o desenvolvimento integral das pessoas, transcendendo a dimensão da saúde e tendo implicações nas atividades políticas e cotidianas.

Para uma melhor compreensão desse método o autor apresenta três formas de se trabalhar a clínica, a saber: a Clínica Oficial (Clínica Clínica) é o que tradicionalmente se trabalhou na medicina e atualmente, pela crise de custos e de eficácia, tornaram-se mais visíveis suas limitações; a Clínica Degradada, na qual as condições sócio-econômicas se interpõem determinando a prática clínica e diminuindo sua potencialidade de ação sobre a saúde; e a Clínica Ampliada (do Sujeito) que incorpora o usuário do serviço, “paciente”, como fundamental na promoção da sua saúde, no seu contexto, com seu processo de adoecimento, expectativas e conhecimento.

Outro conceito proposto pelo autor refere-se ao Apoio Paidéia que vem da percepção da necessidade de se aproximar às funções de gestão as de execução, valorizando a interação entre pessoas para que haja um planejamento conjunto das ações, considerando suas diferenças de papéis, de poder e de conhecimento. A função de apoiadores institucionais agrega o domínio de teorias e de métodos e as relações de afeto, considerando o lugar de cada um dentro da organização da instituição. Nesse sentido, é uma forma de atuação distinta da difundida supervisão. De acordo com o lugar ocupado haverá influências na maneira de conduzir esse apoio e isso deve ser considerado a fim de não restringir ou mesmo prejudicar o trabalho. A conjugação entre o trabalho da equipe e a relação que se estabelece entre esta e o paciente ou a comunidade amplia as possibilidades de promover saúde.

Assim, o autor destaca o vínculo como uma extensão advinda da crença do paciente no serviço de saúde e da responsabilidade assumida pelo profissional pela saúde do paciente, já que se reconhece que há uma transferência de afetos para as equipes ou instituições e vice-versa. Propiciado o vínculo, o trabalho em equipe, além de ser mais bem aceito, desafoga a demanda sobre o médico, diluindo a concentração de poder na figura deste, visto que a pessoa está sob cuidado de um conjunto de trabalhadores. Um outro desdobramento pode implicar a desmedicalização que promove outras formas de intervenção sobre a doença.

Os pressupostos apresentados convergem para o desenvolvimento da co-gestão, que se contrapõe

\* Psicólogas, aprimorandas do Instituto de Saúde (biênio 2003/2004).





ao Estado autogestionado porque todos estão engajados em participar na promoção da saúde. A co-gestão amplia a participação a membros antes considerados passivos no processo, os pacientes, e resgata a necessidade da inclusão destes na identificação e solução de problemas que afetam sua saúde e a da comunidade. Partindo de um contexto burocrático e impessoal instalado no sistema de saúde é que o autor propõe um caminho distinto que não promova a dependência do paciente e seu afastamento da atuação em parceria, pela sua saúde.

Na seqüência há a apresentação do Projeto Paidéia de Saúde da Família, elaborado em 2001, abrangendo as idéias anteriormente levantadas e com a proposta de sua implantação no município de Campinas. De modo a alterar o modelo de gestão e assistência vigentes no município, o Colegiado Gestor da Secretaria de Saúde participou como mediador do processo de implantação, intervindo nos cinco distritos de saúde e em um hospital municipal, levantando as demandas institucionais e trabalhando a nova forma de gerenciamento.

Como conseqüências desta intervenção destacamos os seguintes efeitos entre os vários apresentados: ruptura nas equipes com as ações praticadas anteriormente, negando-lhe qualquer valor; pressão para promover a mudança em curto espaço de tempo; dificuldade por parte dos membros das equipes de assumirem a condição de sujeitos no processo, reproduzindo tarefas sem conseguir refletir sobre suas práticas para modificá-las e desconfiança em relação aos apoiadores por serem parte do governo.

O texto contribui para gerar diversas reflexões e vislumbrar uma alternativa em conjunto para a atual organização da gestão. Desta forma, várias das dificuldades colocadas pelo autor parecem emergir do modo como os serviços estão organizados, sendo um exemplo, a existência nos serviços públicos de uma prática que destitui das mãos dos trabalhadores a autonomia para condução de suas ações, e que acaba consolidando a hegemonia do modelo vigente nas gestões, ou seja, a indução. Essa simples indução de práticas desestimula a crítica sobre seu trabalho e uma vez que isso se torna hábito, é fundamental que o sujeito se aproprie desta proposta de mudança.

A ânsia por resultados rápidos, a nosso ver, pode revelar uma preocupação em promover a adesão de usuários e profissionais como forma de apoio para a manutenção deste modelo a despeito de possibilidades de mudanças na gestão governamental. É importante resgatar que a indução é colocada pelo autor como parte da gestão, sendo um problema quando se torna a única prática, aprisionando ao invés de levar a um movimento de co-gestão, onde propostas surgem também das equipes, usuários e comunidade.

Algo incomum e que pode causar estranhamento é a atuação de membros do governo na implantação direta de suas propostas junto aos serviços. Devido a uma prática rotineira de fiscalização, é compreensível que nesse caso a sensação de estar sendo fiscalizado exista por parte dos membros das equipes, havendo, no entanto, a possibilidade de ser superada por meio de um novo modelo de gestão.

O autor, além de enfatizar o papel do usuário e a importância de seu contexto na promoção de sua saúde, resgata também as especificidades do contexto sócio-econômico e suas implicações na prática clínica, que movimentam o Sistema Único de Saúde - SUS - para uma nova organização de serviços. Tornando a prática clínica um bem compartilhado por diversos profissionais, redimensiona o poder atualmente concentrado na figura do médico e resgata a dimensão cultural do processo saúde-doença presente nos conhecimentos e práticas de diversos grupos sociais.

Ao longo dos capítulos os conceitos vão se ampliando e se relacionando, culminando na proposta do Projeto Paidéia e das condições articuladas para sua implantação em um município. É notável a preocupação do autor em tornar seus conceitos aplicáveis o que distingue este trabalho de outras propostas. A visualização desta experiência pode incentivar novas práticas e servir como uma referência para as iniciativas futuras, considerando as prováveis dificuldades a serem encontradas.

A forma como se desenvolve o texto dá a dimensão de quão profundas mudanças precisam ser desencadeadas nos serviços de saúde e promove uma reflexão sobre a necessidade da ampliação dessas ações inovadoras para o âmbito político de nossas vidas.





# Pesquisa qualitativa em saúde: saber fazer, saber ver, saber sentir

Fábio Cidade\*  
Ingrid Campregher\*  
Ivy Calfa Espudaro\*  
Lívia Karina de Almeida\*

**Resenha do livro "Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma Introdução ao Tema" de Ceres Gomes Victora, Daniela Riva Knauth e Maria Nazareth Agra Hassen. Tomo Editorial. Porto Alegre, 2000. 136 páginas.**

A elaboração do livro "Pesquisa Qualitativa em Saúde – Uma introdução ao tema" foi motivada pela primeira edição do Curso de Metodologia de Pesquisa Qualitativa em Saúde, ocorrido em 1997, no Núcleo de Pesquisas em Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS) da UFRGS. No ano de 2000, as autoras, antropólogas do NUPACS, publicaram este material, indicado aos novos pesquisadores da área da saúde para que pudessem "iniciar um programa de estudos, antes de partirem propriamente para a realização do seu projeto de pesquisa" (Hassen, Knauth e Victora, p.9, 2000).

Pesquisas desenvolvidas na área da saúde lidam necessariamente com as complexidades de um objeto multifacetado, qual seja, a saúde como fenômeno do corpo individual e social. Perante este desafio, o livro busca introduzir concepções que norteiem a prática em pesquisa qualitativa, apontando uma estreita relação entre teoria e metodologia, além de apresentar exemplos de pesquisas desenvolvidas, segundo esta abordagem.

Ao longo do texto, os temas apresentados e discutidos podem ser agrupados em três partes gerais relacionadas, inicialmente, à introdução de conceitos antropológicos que norteiam a pesquisa qualitativa em saúde; em seguida, à apresentação da construção e do uso da metodologia qualitativa, incluindo os aspectos éticos; e, por fim, uma discussão sobre o tratamento de dados qualitativos. Ao contrário de muitos trabalhos de objetivos introdutórios, este livro certamente não incorre no risco da superficialidade.

A contextualização do tema central apresenta-se como um aspecto introdutório bastante interessante


no livro. A pesquisa qualitativa, originada nas ciências sociais, tem neste trabalho uma perspectiva teórico-antropológica, cujo enfoque adequa-se bastante ao tema saúde. Este enfoque permite a abordagem simbólica do corpo, da saúde e da doença, articulada a outros conceitos importantes como cultura e representações sociais.

É possível perceber, ao longo da introdução aos pressupostos teóricos da antropologia, a construção da análise qualitativa que, embora partindo de uma matriz empírica, distancia-se completamente da corrente positivista que adota a neutralidade científica do pesquisador em relação ao grupo pesquisado. Ao contrário, o método etnográfico — uma referência no campo da antropologia — tem como pressuposto o fato de que os comportamentos humanos só podem ser compreendidos no contexto social no qual estão inseridos, sendo portanto, absolutamente necessário o registro, do ponto de vista do "outro", o nativo. Tal método exige a imersão do pesquisador no contexto sociocultural a ser estudado, implicando desafios metodológicos claramente abordados pelas autoras.

Superando a recorrente oposição no campo da pesquisa que envolve a supremacia ou exclusividade de abordagens qualitativas ou quantitativas, o livro aponta que a escolha e a necessidade desta ou daquela opção reside na definição do problema de pesquisa. Neste processo, devem ser consideradas as potencialidades e limitações de cada uma e, ainda, a possibilidade de complementaridade destas metodologias.

Com relação à construção do objeto de pesquisa, explicita-se ao leitor, de forma apropriada e pertinente, a diferença entre *tema* e *objeto de pesquisa*, na qual o tema refere-se ao assunto abordado e o

\*1 Aprimorandos do Instituto de Saúde (Biênio 2004/2005)



objeto, a um recorte preciso do mesmo, podendo também ser definido como problema de pesquisa. Assim, para a delimitação do objeto, o pesquisador deve analisar os aspectos teóricos que lhe dão embasamento e os aspectos práticos que estão implicados na metodologia, tais como o universo empírico (campo de investigação e sujeitos), o tempo e a verba disponíveis. No tocante ao conceito de *universo empírico*, ressalta-se ainda a especificidade do número reduzido de sujeitos na abordagem qualitativa e as implicações de tal fenômeno na pesquisa. Quanto à apresentação dos passos para a construção do objeto de pesquisa, alerta-se para que o problema de investigação não seja tomado como estático e permanente, mas sim, segundo seu caráter dinâmico e processual.

Em relação às técnicas de pesquisa, ressalta-se a impossibilidade de pensá-las de forma isolada da teoria, uma vez que não são instrumentos prontos para aplicação automática no grupo pesquisado. Por isso, as técnicas de *coleta* e *registro* de dados devem ser produzidas de forma diferenciada, considerando-se o tipo de inserção no campo e o contato efetivo entre pesquisador-pesquisado. No momento da *análise/interpretação* dos dados, o pesquisador deverá apresentar a discussão suscitada pelo trabalho de elaboração teórica, temática e empírica, evidentemente, sem incorrer em generalizações não fundamentadas.

Outra discussão relevante é a questão da ética na pesquisa qualitativa, onde tal conceito é considerado enquanto ação humana “voluntária e livre, relacionada a atos que produzam conseqüências em outros” (p.79). As autoras fazem uma breve introdução teórica quanto à discussão etimológica do termo ‘ética’ e sua relação com a ‘moral’, atendo-se, em seguida, à questão do “Consentimento Informado” e apresentando extensa revisão literária concernente a este tópico. Ainda neste âmbito, as autoras discutem a extensão do conceito “ética em pesquisa” para além da questão do sigilo de informações e enfatizam o papel do consentimento informado, indicando possíveis limitações.

O livro também apresenta alguns exemplos de tratamento de dados, dentre eles, uma proposta metodológica de tratamento estatístico, cuja

proposta introduz a possibilidade de diálogo entre a pesquisa qualitativa e quantitativa. A justificativa apresentada pelas autoras convidadas, responsáveis pela proposta do novo aporte metodológico, fundamenta-se nas limitações do método etnográfico para determinados objetos de pesquisa que necessitam de representatividade estatística, além da “qualidade” atribuída ao dado.

Por último, as autoras descrevem indicadores de qualidade da pesquisa qualitativa, inserindo a discussão sobre sua validade, parâmetros de avaliação e relevância de suas conclusões, uma vez que não se trata de dados objetivamente mensuráveis. Vale destacar que o livro apresenta, ao final de cada capítulo, o item “Bibliografia Comentada”, inserido como um convite à reflexão e ao aprofundamento dos temas discutidos.

De fácil apreensão e conteúdo relevante, este trabalho atinge seu objetivo de introdução ao tema da pesquisa qualitativa em saúde, apresentando-se de fato como uma referência necessária aos pesquisadores que pretendem se aproximar desta abordagem.





## Navegue!

Nessa seção, o BIS disponibiliza ao leitor endereços eletrônicos sobre o tema educação. Encontram-se na Internet tanto Listas de Discussão, quanto "sites" temáticos ou institucionais. A relação abaixo foi reunida e sugerida por Claudia Maria Bógus\* e Paulo Henrique Nico Monteiro\*\*, por solicitação da editoria do Boletim do Instituto de Saúde.

### SITES

Centro de Estudos e Pesquisas  
em Educação, Cultura e Ação  
Comunitária  
<http://www.cenpec.org.br>

Núcleo de Estudos Locais em Saúde  
[www.ead.fiocruz.br/elos](http://www.ead.fiocruz.br/elos)

Organização Pan-Americana da Saúde  
(Representação Brasil)  
[www.opas.org.br](http://www.opas.org.br)

Pan American Health Organization  
(disponível em inglês, espanhol e  
português)  
[www.paho.org](http://www.paho.org)

Associação Brasileira de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva  
[www.abrasco.org.br](http://www.abrasco.org.br) -

Centro de estudos, Pesquisa e Documentação  
em Cidades Saudáveis  
[www.cidadessaudaveis.org.br](http://www.cidadessaudaveis.org.br) -

Pan American Health Organization  
[www.paho.org/spanish/hpp/  
5thglobalconf.htm](http://www.paho.org/spanish/hpp/5thglobalconf.htm)

Revista sobre Educação e Saúde da  
UNESP  
[www.interface.org.br](http://www.interface.org.br)

Escola do Futuro da USP  
[www.futuro.usp.br](http://www.futuro.usp.br)

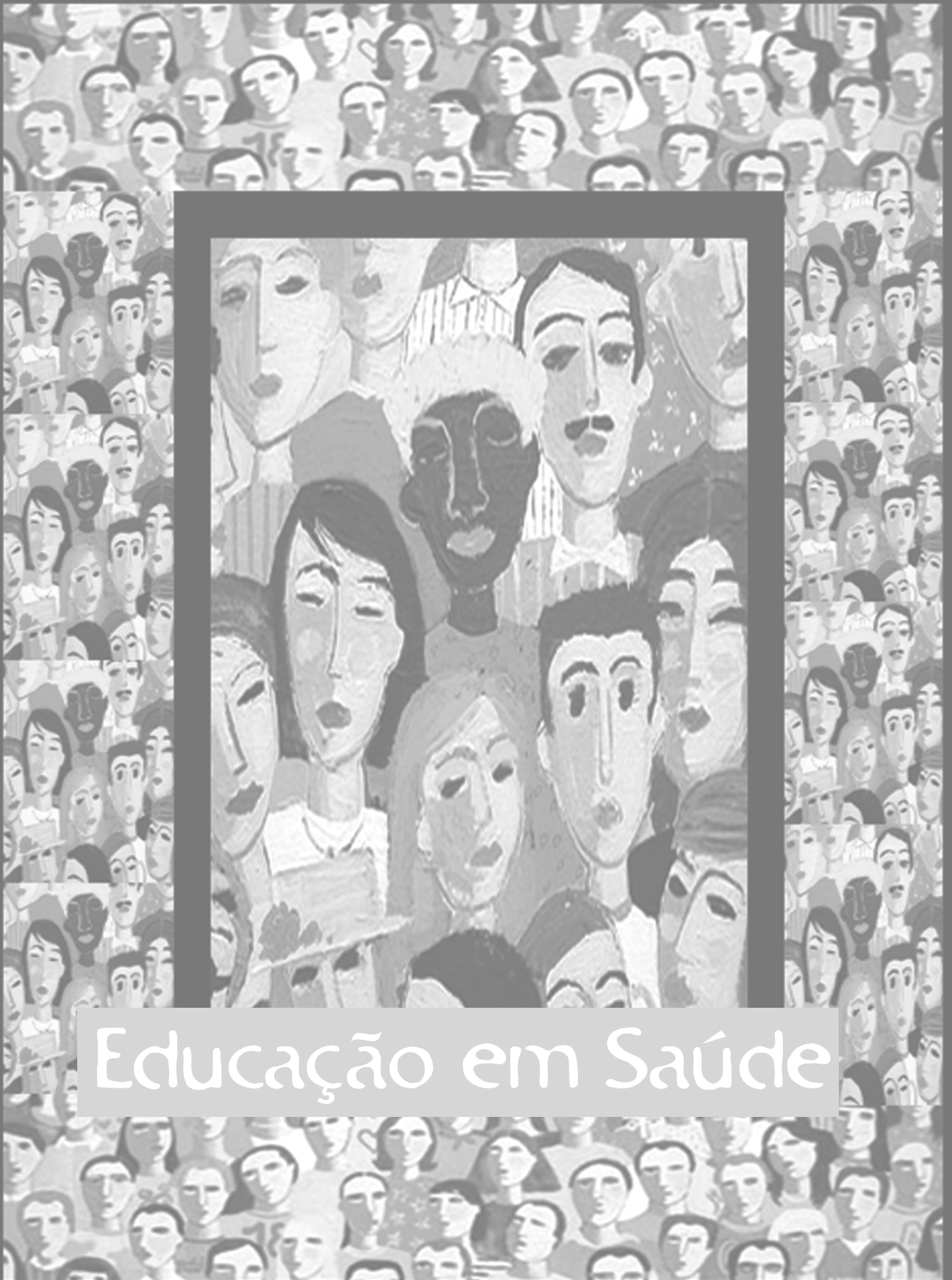
Ministério da Educação  
[www.mec.gov.br](http://www.mec.gov.br) -

Laboratório de Educação em Saúde  
da FIOCRUZ  
[www.cpqrr.fiocruz.br/labes](http://www.cpqrr.fiocruz.br/labes) -

Biblioteca Virtual de Educação do  
MEC  
[www.bve.cibec.inep.gov.br](http://www.bve.cibec.inep.gov.br) -

Secretaria de Estado da Educação de  
São Paulo  
[www.educacao.sp.gov.br](http://www.educacao.sp.gov.br)

Site sobre Educação, formação e Trabalho  
[www.educaweb.com](http://www.educaweb.com)



# Educação em Saúde