



OFICINA DO CES

ces

Centro de Estudos Sociais
Laboratório Associado
Faculdade de Economia
Universidade de Coimbra

CLAUDIA TERESA VIEIRA DE SOUZA

**A CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA CIENTÍFICA PARA A
PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA DE
PRODUÇÃO COMPARTILHADA DE CONHECIMENTO**

**Outubro de 2011
Oficina nº 374**

Claudia Teresa Vieira de Souza

**A construção da cidadania científica para a promoção da saúde: uma
experiência de produção compartilhada de conhecimento**

**Oficina do CES n.º 374
Outubro de 2011**

OFICINA DO CES
Publicação seriada do
Centro de Estudos Sociais
Praça D. Dinis
Colégio de S. Jerónimo, Coimbra

Correspondência:
Apartado 3087
3001-401 COIMBRA, Portugal

Claudia Teresa Vieira de Souza*

Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz

A construção da cidadania científica para a promoção da saúde: uma experiência de produção compartilhada de conhecimento

Resumo: O Grupo de Estudo em Epidemiologia e Prevenção das Doenças Infecciosas e Parasitárias do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas é uma iniciativa direcionada a pacientes, seus amigos/familiares e também aos trabalhadores da Fundação Oswaldo Cruz, e vem possibilitando a todos estes atores sociais partilhar experiências, trocar e adquirir conhecimentos acerca da promoção da saúde e a prevenção de doenças/agravos à saúde. Construimos assim outras possibilidades de fazer o processo educativo em saúde onde todos participam na construção de um cotidiano permeado pela humanização, contribuindo para uma sociedade mais democrática, promovendo a partilha do conhecimento científico e o desenvolvimento das potencialidades e capacidades pessoais, enquanto exercício de solidariedade e cidadania.

Introdução

A educação em saúde como área de conhecimento requer uma visão corporificada de distintas ciências, tanto da educação como da saúde, integrando disciplinas como psicologia, sociologia, filosofia e antropologia. Esse entendimento é reforçado ao se afirmar a educação em saúde como um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre os seres humanos e a sociedade (Schall e Struchiner, 1999).

O conceito de educação em saúde está, assim, ancorado no conceito de promoção da saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana, e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Esta noção baseia-se no conceito de saúde como um estado positivo e dinâmico em busca de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais (ausência de doença), ambientais, pessoais e sociais (Machado *et al.*, 2007).

* Pesquisadora titular em Saúde Pública do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. Este artigo é produto do pós-doutorado realizado no CES (linha de investigação: Estudos de Ciência e Tecnologia do Núcleo de Estudos Ciência, Economia e Sociedade).

Destaca-se assim a educação em saúde como parte fundamental de uma estratégia de promoção da saúde, enquanto processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidades e de direitos à saúde, estimulando ações inspiradas nos princípios de universalidade, integralidade, equidade e democraticidade, em que assenta o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. A partir deste enfoque, ao se eleger estratégias didáticas de carácter dialógico que conduzam a uma transformação dos indivíduos socialmente inseridos no mundo, amplia-se a capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável (Catrib *et al.*, 2003).

Ainda dentro desta discussão, Candeias (1997) assinala a diversidade dos princípios e os conceitos que fundamentam a prática da educação em saúde e da promoção da saúde. Assim, esta autora destaca que o primeiro termo procura desencadear mudanças de comportamento individual, enquanto o segundo, muito embora abranja sempre a educação em saúde, visa provocar mudanças de comportamento organizacional, capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população, particularmente, ainda que não exclusivamente, por meio da legislação e de políticas específicas.

Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, Buss (2000) afirma que a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução. O mesmo autor relata ainda que, decorridos pouco mais de vinte anos após a divulgação da Carta de Ottawa, um dos documentos fundadores da promoção da saúde atual, este termo encontra-se associado a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Isto é, trabalha com a ideia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas identificados, seja pelas soluções propostas para os mesmos.

Defesa da saúde, capacitação e mediação são, segundo a Carta de Ottawa, as três estratégias fundamentais da promoção da saúde (WHO, 1986). A defesa da saúde consiste em lutar para que os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos sejam cada vez mais favoráveis à saúde.

A promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios (capacitação) que permitam a todas as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde. Os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para viver melhor, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis, estão entre os principais elementos que favorecem a capacitação dos indivíduos.

Podemos então entender que a promoção da saúde representa uma forma de objetivação dos direitos humanos fundamentais, visto que estes se manifestam na autodeterminação consciente e responsável da própria vida (Shiratori *et al.*, 2004), mas também na intervenção, através de políticas públicas, sobre os determinantes sociais e ambientais da saúde.

Os profissionais e grupos sociais, assim como o pessoal de saúde, têm a responsabilidade de facilitar diálogos e de realizar a mediação entre os diferentes interesses existentes na sociedade em relação à saúde.

A Carta de Ottawa (WHO, 1986) propõe cinco campos centrais de ação: a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação do sistema de saúde.

Assim, de acordo com esta proposta, Buss (2000) realça que os profissionais de saúde, os movimentos sociais e as organizações populares, os políticos e as autoridades públicas têm responsabilidades perante as repercussões positivas ou negativas que as políticas públicas têm sobre a situação de saúde e as condições de vida. A mediação intersetorial e entre população e poder público, assim como a capacitação para o exercício da cidadania e do controle social, são contribuições inestimáveis que a prática da promoção da saúde, por profissionais e ativistas da saúde, pode trazer ao movimento social.

Sob esta ótica, Machado *et al.* (2007) enfatizam que a construção do processo educativo em saúde requer a participação ativa da população na leitura e reflexão crítica de sua realidade, frente ao modo de viver em sociedade, exercendo sua cidadania. Estes mesmos autores acentuam ainda que a educação em saúde é um processo político/pedagógico que requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, que permite desvelar a realidade e que propõe ações transformadoras que conduzam o indivíduo à sua autonomia e emancipação enquanto sujeito histórico e social capaz de

propor decisões de saúde, bem como opinar sobre elas, para cuidar de si, de sua família e da coletividade.

As considerações apresentadas e abordadas devem ser refletidas com cuidado. Por isso, destacamos a necessidade de diferenciarmos os conceitos de promoção, prevenção e educação em saúde, que muitas vezes são utilizados simultaneamente, como se fossem sinônimos, ocasionando confusões até mesmo entre profissionais de saúde (Souza e Grundy, 2004).

A principal diferença encontrada entre prevenção e promoção está no olhar sobre o conceito de saúde: a prevenção é vista simplesmente como ausência de doenças, enquanto a promoção da saúde é encarada como conceito positivo e multidimensional, resultando desta maneira num modelo participativo de saúde na promoção, em oposição ao modelo médico de intervenção (Freitas, 2003).

Resumidamente, pode-se afirmar que se entende por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vista a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde, enquanto a promoção da saúde é uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde (Candeias, 1997).

Outro aspecto a sublinhar é o fato de que a promoção de saúde adota uma gama de estratégias políticas que abrange desde posturas conservadoras até perspectivas críticas ditas radicais ou libertárias. Sob a ótica mais conservadora, a promoção de saúde seria um meio de direcionar os indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua saúde, e, ao assim fazerem, reduzirem o peso financeiro na assistência de saúde. Noutra via, reformista, a promoção da saúde atuaria como estratégia para criar mudanças na relação entre os cidadãos e o Estado, pela ênfase em políticas públicas e ação intersetorial. Pode ainda constituir-se numa perspectiva libertária, que busca mudanças sociais mais profundas, como são as propostas de educação popular (Castiel, 2004). A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)¹, aprovada em 30 de março de 2006, define diretrizes e aponta estratégias de organização das ações de promoção da saúde nos três níveis de gestão do SUS – federal, estadual e municipal - para garantir a integralidade

¹ O Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se o Pacto pela Vida, que constitui um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um. A publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde ratifica o compromisso da atual gestão do Ministério da Saúde na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde. Para mais detalhes, ver Brasil (2010).

do cuidado. A PNPS é uma das estratégias do setor saúde para buscar a melhoria da qualidade de vida da população. Seu objetivo é produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e co-responsabilidade. Na perspectiva ampliada de saúde, como ela é definida no âmbito da Reforma Sanitária brasileira, do SUS e das Cartas de Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária. Elas estendem-se aos modos como o sujeito e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencentes à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da própria vida (Brasil, 2010).

O caminho mais produtivo para a resposta ao desafio colocado pelas estratégias de promoção de saúde deverá passar pelo processo de co-produção ou construção da saúde como conhecimento, como experiência, como ação coletiva e como direito, das ontologias e epistemologias associadas a diferentes práticas e políticas ontológicas, ou seja, a diferentes modos de fazer a diferença no mundo através de intervenções orientadas para a solidariedade (Nunes, 2009).

Após esta contextualização de conceitos, definições² e argumentações éticas e políticas envolvendo o processo educativo em saúde, nossa pretensão é apresentar uma experiência na criação de espaços para o desenvolvimento de uma cultura acadêmico-científica, onde todos participem na construção de um cotidiano permeado pela humanização, contribuindo para uma sociedade mais democrática, comprometida com a partilha do conhecimento científico e com o desenvolvimento das potencialidades dos indivíduos, num exercício de solidariedade e cidadania.

Situando a investigação: um breve histórico

É importante resgatar brevemente o histórico da criação do projeto que aqui é abordado. Desde agosto de 2002, vem sendo desenvolvido um projeto de pesquisa pelo Laboratório de Epidemiologia Clínica do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC) da Fundação Oswaldo Cruz, voltado para a prevenção da tuberculose em pacientes portadores da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (Souza

² Para uma discussão mais aprofundada sobre promoção da saúde e educação em saúde, veja-se Candeias (1997) e Buss (2000).

et al., 2009).³ Cabe aqui ressaltar que a infecção pelo HIV é o maior fator de risco para se adoecer por tuberculose em indivíduos previamente infectados pelo bacilo.

O IPEC é uma unidade técnico científica da Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro/Brasil, e tem como missão contribuir para a melhoria das condições de saúde da população brasileira através de ações integradas de pesquisa clínica, desenvolvimento tecnológico, ensino e assistência de referência na área de doenças infecciosas. Tem como objectivo ser reconhecido no âmbito nacional e internacional pela sua excelência em pesquisa clínica em doenças infecciosas.

Em 2005, durante a consulta de saúde pública, realizámos uma sondagem preliminar, junto dos pacientes pelo projeto de prevenção em tuberculose em acompanhamento sobre a opinião destes e o seu interesse na criação e na participação num grupo de estudo (GE). Esta ideia surgiu a partir da consulta de saúde pública, pois, durante o atendimento, os familiares e amigos dos pacientes relatavam à nossa equipe histórias únicas, vivenciadas principalmente por pacientes portadores de doenças infecciosas e parasitárias – DIPs (como vírus da imunodeficiência humana/HIV, tuberculose, leishmanioses e outras). Vale a pena ressaltar que todos os pacientes incluídos no projeto estavam infectados pelo HIV e não apresentavam tuberculose-doença. No entanto, alguns apresentam outras doenças infecciosas e parasitárias concomitantes como, por exemplo, hanseníase, doença de Chagas, sífilis, amebíase, etc. (Souza *et al.*, 2008).

Uma característica identificada por nossa equipe foi a baixa escolaridade deste grupo específico e o interesse demonstrado pela grande maioria em continuar estudando, ou seja, retornar algum dia à sala de aula para simplesmente aprender. Nosso projeto está subsidiado pela premissa de que a aprendizagem sobre a prevenção de doenças e outros agravos à saúde deve ocorrer paralelamente às ações educativas de saúde pública.

O contato com as histórias de nossos pacientes associados ao perfil epidemiológico das doenças mencionadas teve como desdobramento do projeto inicial uma linha de pesquisa que foi designada de “Educação em Saúde: Epidemiologia e Prevenção das Doenças Infecciosas e Parasitárias”.

³ Para mais detalhes sobre o projeto “Estudo clínico-epidemiológico e operacional da quimioprofilaxia para tuberculose em pessoas co-infectadas por TB/HIV”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj), ver Souza *et al.*, 2009.

A partir deste estudo preliminar, cujos resultados foram animadores, formámos o primeiro grupo de estudo, direcionado à clientela do IPEC, que denominámos “I Grupo de Estudo em Epidemiologia e Prevenção das Doenças Infecciosas e Parasitárias”, e cujo objetivo foi resgatar os conceitos adquiridos durante o ensino formal para facilitar o entendimento das DIPs e conseqüentemente a prevenção destas. Idealizámos alcançar esse objetivo de forma dialógica, desenvolvendo mecanismos de integração e de partilha de conhecimentos entre a equipe de saúde e os participantes no GE.

A operacionalização do I GE (2005) nos estimulou a darmos continuidade a este trabalho. Foram realizados, nos anos seguintes, mais quatro grupos de estudo.

Como desdobramento desta iniciativa foi elaborado um livro educativo, *Noções básicas de epidemiologia e prevenção das doenças infecciosas e parasitárias*,⁴ baseado na apostila solicitada pelos pacientes, com a ampliação dos conteúdos teóricos ministrados. Foi preservada a estrutura de organização dos temas abordados inicialmente. Este livro foi lançado em abril de 2008, juntamente com a finalização do II GE. Os participantes deste último foram trabalhadores de saúde de diversos setores e serviços do IPEC (pessoal administrativo, laboratórios, limpeza, farmácia, entre outros) que manifestaram interesse e solicitaram a formação de um GE, a partir da divulgação do nosso trabalho no “Fiocruz pra Você”. Trata-se de um evento que é realizado anualmente pela Fiocruz, coincidindo com a Campanha Nacional de Vacinação Infantil e incluindo uma Feira de Ciências para os visitantes, onde os pesquisadores divulgam seus projetos.

A partir da análise dos resultados deste II GE (abril de 2008), os gestores do IPEC passaram a dispor de mais ferramentas para trabalhar o cuidado e o relacionamento entre pacientes, familiares destes e trabalhadores no ambiente de trabalho (Rocha *et al.*, 2009).

Conseqüentemente, pensámos em realizar o III GE (outubro de 2008) e o IV GE (outubro de 2009), ambos compostos por um grupo misto incluindo 25 pacientes, familiares/amigos e trabalhadores do IPEC (de diversas categorias profissionais). Foram acrescentados dois novos temas: Acidentes com Animais Peçonhentos e Pesquisa Clínica. A seguir à abordagem de cada tema (em todos os GEs), eram realizadas discussões em grupo. Foram avançadas sugestões de novas estratégias, visando a

⁴ Para mais detalhes sobre o livro, ver Souza (2008).

divulgação do nosso trabalho. Realizámos até o momento 4 GEs (2005-2009), totalizando aproximadamente 85 participantes.

No final do IV GE, lançámos a 2^a edição ampliada e revisada (2009) do livro *Noções básicas de epidemiologia e prevenção das doenças infecciosas e parasitárias*.⁵

Desde 2008, foram incluídas no GE, como atividades complementares, visitas dos participantes a exposições científicas. Convidámos aproximadamente 40 participantes, aleatoriamente, dos 4 GEs realizados (2005-2009) para a visita às exposições “Corpo Humano: Real e Fascinante”, no Museu Histórico Nacional (2008), e “Epidemik” no Centro Cultural de Ação da Cidadania (2009), ambas no Rio de Janeiro. A deslocação dos grupos foi possível graças à disponibilização de um ônibus.

A primeira exposição foi uma oportunidade para o grupo explorar os mistérios da própria existência através de 16 corpos e 225 órgãos verdadeiros, dissecados. Já a segunda contou com a retrospectiva histórica das grandes epidemias mundiais e com um *video game* coletivo, montado num grande tabuleiro eletrônico, no qual os jogadores, simultaneamente e de forma colaborativa, simulavam e enfrentavam situações de crise epidêmica. Todos os participantes relataram que as duas exposições foram enriquecedoras, tanto no plano da aquisição de conhecimento científico como no das relações interpessoais (motivação e valorização da autoestima, inclusão e participação social), sendo uma experiência inédita.

Tentar resgatar algum conteúdo aprendido no ensino formal e adequá-lo ao ensino não formal (formação para a cidadania e aprendizagem por meio das práticas sociais) e informal (através de conversas e experiências vivenciadas e compartilhadas pelos aprendizes) constitui um passo fundamental para os aprendizes poderem construir um mecanismo próprio de aprendizagem. Esta discussão está diretamente relacionada com a teoria de Ausubel⁶. Este autor enfatiza que uma das funções do professor/educador é ensinar utilizando recursos e princípios que facilitem a aquisição da estrutura conceitual. Logo, trata-se de auxiliar o aprendiz a assimilar a estrutura da matéria de ensino de uma maneira significativa e a organizar sua própria estrutura cognitiva nessa área de

⁵ Para mais detalhes sobre este livro, ver Souza (2009).

⁶ Aprendizagem significativa é o conceito central da teoria da aprendizagem de David Ausubel. Segundo Marco Antônio Moreira, "a aprendizagem significativa é um processo por meio do qual uma nova informação relaciona-se, de maneira substantiva (não-literal) e não-arbitrária, a um aspecto relevante da estrutura de conhecimento do indivíduo". Em outras palavras, os novos conhecimentos que se adquirem relacionam-se com o conhecimento prévio que o aluno possui. Ver mais detalhes sobre esta teoria em Moreira (1995).

conhecimentos, por aquisição de significados claros, estáveis e transferíveis, levando-o a identificar a estrutura cognitiva preexistente (Moreira, 1995).

O desafio de favorecer a aprendizagem significativa de saberes essenciais sobre prevenção das doenças e/ou agravos à saúde está na explicitação dos conceitos centrais sobre o tema, na identificação dos saberes preexistentes e no desenvolvimento de estratégias de ensino que considerem todos esses fatores e o contexto em questão (Souza *et al.*, 2008).

Partimos do postulado de que a formação e o amadurecimento do indivíduo estão diretamente relacionados com as aprendizagens realizadas em diferentes momentos da vida, seja na escola, no convívio familiar ou nas relações sociais. Esta iniciativa valoriza saberes e experiências dos participantes (pacientes, familiares, amigos destes pacientes e os próprios integrantes da equipe de educadores da saúde), acabando por reproduzir no nível individual e coletivo todo um processo de desenvolvimento, de descoberta e redescoberta na área da educação em saúde (*ibidem*).

A prática educativa em saúde, além de promover a valorização do saber do educando, mobilizando-o para a transformação de sua realidade e de si mesmo, possibilita efetivação do direito dos participantes às informações, de forma a estabelecer sua participação ativa nas ações de saúde. Favorece assim o desenvolvimento contínuo de habilidades humanas e técnicas no trabalhador de saúde, estimulando o trabalho criativo. Estas características e conseqüências convergem para a criação de uma sociedade mais democrática, que promova a disseminação de informações e conhecimento científico e o desenvolvimento das potencialidades dos indivíduos e coletividades, em consonância com os princípios e diretrizes da promoção da saúde (Pereira, 2003).

Acreditamos que essas iniciativas contribuem para a partilha do conhecimento científico com – e entre – os que não são especialistas em saúde, sejam eles portadores de doenças (infecciosas ou não) ou trabalhadores que participaram dessas atividades. A apropriação e posterior mobilização desse conhecimento pode ocorrer de formas distintas para diferentes pessoas e em contextos diversos, mas é nossa convicção que, nas sociedades contemporâneas, o conhecimento científico constitui um recurso central para o desenvolvimento humano e para a promoção do bem-estar da população, estando envolvido em transformações que podem ser significativas no cotidiano das pessoas (Souza *et al.*, 2008).

Reforçamos que esta iniciativa vem contribuindo para a capacitação de todos os envolvidos neste processo para atuarem na melhoria da qualidade de vida e saúde de cada um. Trata-se de uma estratégia de aprendizagem que favorece o diálogo, a troca e a transdisciplinaridade⁷ entre os distintos saberes formais e não formais que vêm contribuindo para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo.

O objetivo deste texto é a divulgação do trabalho que vem sendo desenvolvido no âmbito da educação em saúde como parte de uma estratégia de promoção da saúde, por uma equipe multidisciplinar envolvida na partilha do conhecimento científico enquanto exercício de cidadania. Nossos objetivos foram avaliar a efetividade dos GEs em Epidemiologia e Prevenção das Doenças Infecciosas, através dos testemunhos dos que participaram dos GEs, analisar o impacto desta abordagem como estratégia motivadora da autoestima e dos cuidados básicos para a promoção da saúde e prevenção de doenças.

Percurso metodológico

Este projeto constitui-se em subprojeto de uma pesquisa mais ampla, “Grupo de Estudo em Epidemiologia e Prevenção das Doenças Infecciosas e Parasitárias: uma iniciativa permeada pela humanização na construção compartilhada de conhecimentos”.⁸ A população-alvo deste estudo foi constituída por pacientes, familiares e trabalhadores da Fundação Oswaldo Cruz que participaram dos GEs em Epidemiologia e Prevenção das Doenças Infecciosas e Parasitárias realizados no período de 2005 a 2009.

O recrutamento para a realização das entrevistas foi realizado por contato telefônico, sendo as pessoas contatadas informadas sobre o interesse, os objetivos, o método, os possíveis benefícios e a aplicabilidade do estudo. A título de incentivo à participação, foram fornecidas ajudas de custo para transporte e um lanche para os pacientes/familiares que compareceram às entrevistas.

⁷ A transdisciplinaridade é uma nova abordagem científica, cultural, espiritual e social. Seu objetivo é a compreensão do mundo presente, para a qual um dos imperativos é a unidade de conhecimento. Luz (2009) trata da crescente complexidade do campo conhecido como Saúde Coletiva, em termos paradigmáticos, que é expressa na convivência atual de três paradigmas (multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, transdisciplinaridade), construídos em termos de saberes e práticas. Essa complexidade se traduz também na profusão de disciplinas que compõem o campo, oriundas tanto das biociências, como das ciências humanas e ambientais.

⁸ Projeto financiado pela Fundação para o Amparo da Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj) e pelo Programa Estratégico de Apoio à Pesquisa em Saúde da Fiocruz (PAPES V), aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do IPEC (Protocolo n.º 0031.0.009.000-06).

A abordagem utilizada foi de tipo qualitativo. Essa escolha justifica-se pelo objetivo da pesquisa, que foi o de dar voz aos entrevistados e às suas experiências. A realização de entrevistas presenciais permitiu uma aproximação entre entrevistadora e entrevistados/as, possibilitando a observação das formas de expressão, da linguagem gestual, do olhar, dos silêncios e, em geral, dos significados atribuíveis às falas das pessoas entrevistadas. A adoção de um roteiro de entrevista semi-estruturado permitiu uma maior flexibilidade no diálogo entre entrevistadora e pessoas entrevistadas (Minayo, 2002).

O roteiro iniciava-se por uma questão indutora da pesquisa: “Fale sobre a sua participação no GE em Epidemiologia e Prevenção das Doenças Infecciosas e Parasitárias”. Ao longo da entrevista, procurou-se indagar o interesse da pessoa entrevistada em participar do GE e abordaram-se diversos aspectos como a autoavaliação da participação no GE, os momentos marcantes deste, as mudanças de comportamento associadas à experiência da participação, os pontos positivos e negativos do GE, a contribuição deste para o conhecimento a respeito das doenças infecciosas e outras questões de saúde, a intenção de participar em futuras atividades educativas semelhantes. Pediram-se ainda sugestões de temas para os próximos GEs.

O roteiro e a operacionalização deste foram testados previamente através da realização de entrevistas com um grupo piloto, constituído por cinco pacientes e trabalhadores que não puderam concluir um dos GEs.

As entrevistas foram realizadas por uma enfermeira contratada para o efeito, que não participou de nenhum dos GEs. Todas as entrevistas foram objeto de gravação áudio, e realizadas em condições que garantiam a privacidade. Cada entrevista foi integralmente transcrita.

A análise das entrevistas foi realizada recorrendo à técnica do discurso do sujeito coletivo (DSC), uma técnica da pesquisa qualitativa, utilizada em pesquisas de opinião, que consiste na análise de depoimentos provenientes de questões abertas. Os estratos dos depoimentos de sentido semelhante foram agrupados em discursos-síntese redigidos na primeira pessoa do singular, como se uma coletividade estivesse falando (Lefèvre e Lefèvre, 2003). O fato de se tratar de uma técnica de análise amplamente utilizada na pesquisa sobre educação em saúde, propícia à comparação entre experiências neste domínio, tornou aconselhável a sua utilização neste estudo.

O DSC consiste basicamente em agregar num único discurso redigido na primeira pessoa do singular, a partir das figuras metodológicas, as expressões-chaves (ECHs)

semelhantes dos diferentes depoimentos. As ECHs podem ser descritas como “pedaços” ou trechos de entrevistas, que são transcrições literais dos depoimentos, revelando conteúdo central das representações ou das teorias subjacentes a estas, que estão presentes nestes depoimentos. De uma perspectiva verticalizante ou paradigmática, a diversidade e pluralidade semântica é obtida por meio da ideia central (IC), que é um nome ou expressão linguística que revela e descreve, da maneira mais sintética e precisa possível, o sentido presente nas expressões-chaves selecionadas de cada uma das respostas (pode haver uma ou mais ICs). Outra figura metodológica que pode ser utilizada é a ancoragem (AC), uma manifestação linguística de uma dada teoria, ideologia ou crença que o autor do discurso professa. Trata-se de uma afirmação genérica do enunciador do discurso para enquadrar uma situação específica. Na presente investigação, optámos por não recorrer à AC. Assim, foram elaborados Quadros Esquemáticos dos DSCs dos pacientes/familiares/amigos e dos trabalhadores, deles constando características sociodemográficas dos sujeitos da pesquisa, a IC e a ECH, a partir do roteiro elaborado com perguntas semi-estruturadas. Como qualquer método, o DSC tem os seus limites, não se adequando à análise das diferenças no interior do universo de discurso estudado, ou seja, não tem em conta as diferenças entre os depoimentos dos participantes. Esse tipo de análise terá de ser realizado como parte de outro trabalho, utilizando outros procedimentos metodológicos.

Apresentação dos resultados

Descrição da amostra

Começamos por caracterizar a amostra que serviu de base a nosso estudo. Essa amostra foi composta por todos os ex-participantes (n=83) dos GEs realizados no período de 2005 a 2009.

A infecção pelo HIV era a principal patologia apresentada pelos pacientes (n=23), afetando 88,5% do total. Seguiam-se dois pacientes com doença de Chagas e um portador do vírus T-linfotrópicos humanos (HTLV), um retrovírus da mesma família do HIV, que infecta a célula T humana, um tipo de linfócito importante para o sistema de defesa do organismo.

Os trabalhadores que participaram dos GEs pertenciam a diversos setores e serviços do IPEC (pessoal administrativo, de laboratório, de limpeza, da farmácia, de segurança, um pedagogo, um enfermeiro, uma jornalista, entre outros). Cabe destacar que dentro deste grupo havia quatro trabalhadores com deficiência auditiva assistidos

pela Federação Nacional de Educação e Integração (FENEIS), que integram o projeto social da Fiocruz. Para atender a esta demanda contamos com a participação de um intérprete da FENEIS, que comunicou com esses trabalhadores através da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS).

Foi possível contactar (via telefone e/ou recado) 65% da amostra sob estudo e todos os que foram convidados, sem exceção, se dispuseram a participar do presente estudo (Tabela 1). Os principais motivos pelos quais não conseguimos realizar as entrevistas com os restantes ex-participantes foram os seguintes: para os trabalhadores, situações de férias, licença médica ou transferência de unidade; para os pacientes, familiares e amigos, o trabalho, a mudança de endereço e/ou de telefone.

Tabela 1

Distribuição dos ex-participantes dos Grupos de Estudo em Epidemiologia e Prevenção das Doenças Infecciosas e Parasitárias (2005-2009) no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/Fiocruz

Categoria	Participantes n (%)	Entrevistas realizadas n (%)
Familiar/Amigo	08 (9,6)	03 (3,8)
Paciente	26 (31,4)	17 (65,4)
Trabalhador	49 (59,0)	34 (69,4)
Total	83 (100,0)	54 (65,1)

Podemos verificar, pela Tabela 2, que a idade média dos pacientes entre os pacientes/familiares (49,7 anos) foi superior à dos trabalhadores (42,0 anos), mas essa circunstância não influenciou a interação entre os grupos durante as atividades do GE. O fato de o sexo feminino ser predominante no grupo de trabalhadores se justifica pelo grande número de mulheres que trabalha na área da saúde (Tomasi *et al.*, 2008).

Quanto ao nível de escolaridade, mais da metade do grupo de pacientes e familiares cursaram o nível médio. Essa distribuição já se apresenta diferenciada entre o grupo dos trabalhadores, onde observamos que 85,0% deste grupo tem pelo menos o nível médio concluído, o que se deve ao facto de vigorar esta exigência para o ingresso nos cursos técnicos na área da saúde (técnico de laboratório, de enfermagem, em administração, etc).

Outro fato que deve ser mencionado é que a maioria dos ex-participantes, tanto no grupo de pacientes/familiares (70,0%) como no dos trabalhadores (82,4%), reside no

município do Rio de Janeiro, o que é explicado pela localização da Fiocruz, situada na Avenida Brasil, dentro do perímetro da cidade. Por essa avenida passa o maior fluxo viário da cidade, facilitando o deslocamento diário de milhares de cidadãos da Baixada Fluminense e da Zona Norte e Zona Oeste ao Centro da cidade do Rio de Janeiro.

Tabela 2

Características sociodemográficas dos ex-participantes dos Grupos de Estudo em Epidemiologia e Prevenção das Doenças Infecciosas e Parasitárias (2005-2009) no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/Fiocruz

Variáveis		Pacientes/Familiares N= 20	Trabalhadores N= 34
Idade (média, md, DP)		49,7; 49,0; 8,1	41,0; 42,0; 10,6
Sexo	Masculino	10 (50,0%)	117 (39,8%)
	Feminino	10 (50,0%)	171 (58,2%)
Nível educacional	Analfabeto	02 (10,0)	-
	Fundamental *	07 (35,0)	05 (14,7%)
	Ensino Médio**	11 (55,0%)	19 (55,9%)
	Superior***	-	10 (29,4%)
Local de Moradia	Município	14 (70,0%)	28 (82,4%)
	Outro Município	06 (30,0%)	06 (17,6%)

Obs: * \leq 8 anos de instrução, ** $>$ 11 anos de instrução, *** 60% destes trabalhadores tinham especialização (n=2), mestre (n=1), cursando mestrado/doutorado (n=2), pós-doutoramento (n=1)

Avaliação dos resultados dos GEs

Os resultados obtidos a partir da entrevista (dados qualitativos) serão apresentados em dois blocos, por se referirem a dois grupos distintos, a que chamamos o grupo dos pacientes (n=20) e o grupo dos trabalhadores (n=54). Como o número total de entrevistados familiares e amigos foi de apenas três, estes serão incluídos no grupo dos pacientes.

Selecionamos cinco questões do roteiro da entrevista que permitiram avaliar a efetividade dos GEs. Os resultados da análise de DSC para cada questão e para cada um dos grupos (pacientes/familiares e trabalhadores) são apresentados separadamente.

Consolidámos os discursos individuais, extraíndo as ECHs a partir da ideia central mais frequente (categoria), que expressassem no final um pensamento do grupo, ou seja, o DSC dos pacientes/familiares e o DSC dos trabalhadores.

De acordo com os resultados apresentados, verificámos a semelhança entre os discursos dos dois grupos, por isso optámos por analisá-los conjuntamente.

Questão: Como foi o dia a dia no GE?

DSC– Pacientes/familiares

... cada dia era especial porque falava de um assunto diferente, interessantíssimo... Eu não sabia dos nossos inimigos invisíveis. Maravilhoso conhecer novas pessoas, um falando com o outro, abraçando o outro, era como se fôssemos uma família, todos íamos embora juntos, sempre muita alegria... Além do conhecimento tivemos um contato humano muito grande... Muito boa a aula, cada professor falou de maneira que eu consegui entender. Participei bastante. Conteúdo riquíssimo. A forma que foi dita, falada e ensinada foi muito legal. Aquela parte de órgãos eu achei muito interessante. Foi muito proveitoso o trabalho em conjunto... Cada dia foi rico. Muita amizade. Ah, pra mim foi muito bom tudo... várias atividades legal...

DSC - Trabalhadores

...ótimo. O contato com as peças anatômicas foi uma experiência muito enriquecedora. A parte do medicamento foi muito boa, o teatro... Foi produtivo. Eu gostei do dia a dia, pelo contato com as pessoas, relacionamento maravilhoso. O conteúdo prende a nossa atenção. Consegui me emocionar com a mistura de tudo. Eu me sinto até emocionado em ver que aprendi tudo isso. Os surdos se sentiram muito à vontade, os professores trouxeram várias atividades...

As categorias “Ótimo/Muito bom” do grupo de pacientes/familiares (85%) e do grupo dos trabalhadores (62%) foram as mais frequentes enquanto categorias geradoras de DSCs. Nos surpreendemos com a forma espontânea como ambos os grupos avaliaram positivamente a experiência. Podemos verificar nos discursos, referentes a esta questão, a valorização do acesso ao conhecimento científico, do estreitamento da relação interpessoal, do acolhimento da equipe e entrosamento dos demais participantes, independentemente das deficiências (auditivas) e das limitações de cada um (níveis de escolaridade, culturas diferenciadas, estado emocional), e do exercício de superação individual e coletiva que representou o GE, sem manifestação óbvia de preconceito ou atitudes discriminatórias entre participantes, pacientes/familiares ou trabalhadores.

Dois temas merecem uma referência especial. O primeiro tem a ver com o próprio conhecimento adquirido pelos participantes, em que é destacado o acesso aos “nossos inimigos invisíveis” e o “contato com as peças anatômicas”, que proporcionam recursos que poderão ser mobilizados pelos participantes para transformar sua compreensão das doenças infecciosas e parasitárias, mas também dos modos como os diferentes órgãos

respondem às agressões que interferem com as suas funções. Torna-se possível, assim, pensar de outro modo as formas de somatização da infecção ou de outras perturbações orgânicas ou a ação dos medicamentos.

O segundo tema refere-se à organização e ao funcionamento do Grupo de Estudos. O “contato com as pessoas”, o “contato humano” e o trabalho em conjunto possibilitam a emergência de novas formas de sociabilidade. A referência à emoção aparece associada à descoberta, pelos pacientes, das suas capacidades, mas também à “mistura de tudo” (contato, relacionamento, novos conhecimentos...). A relação com os professores é aferida, por sua vez, através da acessibilidade e compreensibilidade daquilo que estes ofereciam, da maneira como os temas eram apresentados, e da existência de atividades envolvendo os participantes. Expressões como “enriquecedor”, “proveitoso”, “produtivo”, “rico” aparecem como centrais na caracterização feita pelos participantes.

Os discursos salientam, através dos seus vocabulários próprios, a importância atribuída às ações de educação em saúde como estratégia constituinte de um saber coletivo, que proporciona ao indivíduo recursos para a sua autonomia e emancipação e para a afirmação dos seus direitos como cidadão.⁹ Nesta perspectiva, a constituição desse saber coletivo proporciona recursos tanto para a emancipação coletiva, enquanto emancipação de uma classe ou grupo – neste caso de pacientes e seus familiares e de trabalhadores da FIOCRUZ –, como para uma concepção mais ampla de uma cidadania ativa, comprometida com a emancipação geral dos cidadãos. Uma e outra, como sublinha Santos (2007), são interdependentes.

A concepção crítica da educação que pretende ser uma educação para a conscientização, a mudança e a libertação solicita uma relação de proximidade entre os profissionais e a população. Nessa relação educativa, a produção do conhecimento passa a ser coletiva, gerando uma modificação mútua, entre os diferentes atores sociais porque são portadores de conhecimentos distintos (Machado *et al.*, 2007). À medida que se observa a progressiva importância conferida às representações e saberes do senso comum¹⁰ na relação dos sujeitos com a doença, mais apurada é a crítica ao absolutismo

⁹ A pesquisa em saúde nas ciências sociais, que vem crescendo ao longo das três últimas décadas, é certamente um fator da maior importância para a partilha e produção compartilhada de conhecimento neste campo. Nunes (2006) discute as implicações cognitivas, éticas e políticas da pesquisa em ciências sociais e da intervenção dos cientistas sociais neste domínio. Ver também Nunes (2009).

¹⁰ A obra *Um discurso sobre as Ciências* de Boaventura de Sousa Santos (2003) apresenta em suas primeiras páginas a crise de identidade das ciências no tempo em que vivemos. Esse assunto é desdobrado ao longo da obra, onde se analisam aspectos históricos das ciências naturais e sociais, bem como o atual

e à autonomia do saber científico (Gazzinelli *et al.*, 2005). Porém, neste processo, se vão configurando apropriações inovadoras e críticas deste último.

Podemos também identificar a relação positiva estabelecida entre a equipe, os participantes do GE, no que se refere à inexistência de discriminação e de preconceito relatados pelos grupos, o que é um fato incomum quando se lida com pessoas portadoras de doenças infecciosas, principalmente de HIV/AIDS.

Um artigo recente aborda a questão do estigma e do preconceito envolvendo não só profissionais de saúde e funcionários de hospitais, mas também a população em geral, incluindo amigos e familiares de pacientes portadores do HIV/AIDS. Trata-se de um aspecto que constitui um elemento crítico no combate à pandemia global (Ullah, 2011). A importância de se estabelecer uma relação interpessoal e de diálogo com pacientes, através da sua prática cotidiana, valoriza a relação humana afetiva (Almeida *et al.*, 2005; Rolim *et al.*, 2005), uma relação que inclui também, no cenário aqui considerado, os trabalhadores de saúde (Santos, 2007; Guimarães e Silva, 2010) e os deficientes auditivos (Santos e Shiratori, 2004).

Questão: Quais foram os momentos marcantes?

DSC – Pacientes/familiares

... A parte que estuda o corpo humano, na aula de anatomia, mostrou o coração, fígado, pulmão, o toque dos órgãos reais, botaram uma luva... Tabagismo como fica o pulmão tudo assim... Aula de animais peçonhentos... Higiene com as mãos... Sobre fungo, parte de doença acho que era pele... Sobre as doenças, como a AIDS... Aquele do mosquito do barbeiro, as aulas de Ciências... Aprendi o negócio de como se pega as doenças, a farmácia, remédio... Palestra falando sobre a evolução do vírus da Dengue, achei muito interessante... O entrosamento na sala com os professores... Fizemos tipo um teatrinho sobre a mordida de algum bicho e eu participava como atendente, tipo uma doutora. Eu adorei aquela maquete do museu, que mostra a Fundação toda, foi ali que pegamos o trenzinho para visitar o Castelo! naquele grupo assim não havia nenhum tipo de preconceito...

DSC – Trabalhadores

... Gostei muito da aula de anatomia, os órgãos humanos, as peças anatômicas, poder tocar, explicou cada parte do corpo humano. Quando eles mostraram o fígado, e eu lá sabia pra onde ficava o fígado?...Eu achei muito interessante, muito legal, pra mim foi uma grande experiência, eu sempre lembro disso! O manuseio do coração, pulmão... Aquilo ali é inesquecível! O cérebro é a parte do corpo mais importante e isso me chamou muito atenção... A aula de células também foi

contexto científico em que nos encontramos e as perspectivas para o futuro. Uma de suas preocupações é aproximar a ciência do senso comum, permitindo assim a emergência de um senso comum renovado, com vista a ampliar o acesso ao conhecimento.

ótimo, a aula de animais peçonhentos... A brincadeira sobre a Dengue... Lavagem das mãos que a menina veio com as mãos vermelhas mostrando as bactérias onde não tinha... O uso do jaleco, pra evitar doenças, foi bem marcante pra mim... A aula de vetores... O teatro que fizemos sobre medicamentos foi muito interessante... Eu lembro de outros momentos marcantes, aulas com slides maravilhosos abordando doenças infecciosas... Tudo foi muito bom, prende atenção da gente.

Os entrevistados enfatizaram o interesse pelas aulas práticas (anatomia, caixa de vetores, medicamentos, etc.), a visualização e o manuseio como forma efetiva de aprendizagem, o entrosamento entre participantes e equipe, as formas lúdicas de aprender (teatro, visitas, passeios ao *campus* da Fiocruz) e, mais uma vez, a ausência de atitudes preconceituosas e discriminantes.

Um aspecto que é interessante realçar é a aparente efetividade da aprendizagem, por via visual e tátil, da dimensão, da forma e da textura dos órgãos, que torna possível não só uma melhor compreensão da sua função e das perturbações e patologias que os atingem, mas também da relação entre estas e os modos da sua somatização. O envolvimento com outros temas, como as células ou os animais peçonhentos, terá beneficiado, igualmente, desse envolvimento corpóreo pela visão e pelo tacto.

Os discursos sugerem ainda que, para além das possibilidades que abre de partilha e apropriação de novos conhecimentos, o GE vem possibilitando o estreitamento das relações solidárias, afetivas e cognitivas entre pacientes, seus familiares e amigos, como também destes com trabalhadores e equipes de saúde, a partir da construção das formas de sociabilidade referidas anteriormente.

A integração entre a teoria e a prática é entendida como uma condição para uma aprendizagem efetiva (Rocha e Souza, 2008; Souza *et al.*, 2008; Neves *et al.*, 2009; Montes e Souza, 2010). A experiência do GE ilustra uma forma possível de realizar essa integração. Parecem verificar-se, neste caso, as condições do que Ausubel (*apud* Moreira, 1995) designa de aprendizagem significativa, onde as pessoas constroem os seus conhecimentos a partir de uma intenção deliberada de promover articulações entre o que já conhecem e a nova informação que pretendem apropriar.

Nos discursos, é evidente ainda a valorização dos conteúdos apresentados pelos professores e a adequação da sua forma ao contexto e à composição do GE. Uma das funções do professor (educador em saúde) é utilizar recursos e princípios que facilitem a aquisição da estrutura conceitual, ou seja, trata-se de auxiliar o aluno a assimilar a estrutura da matéria de ensino de uma maneira significativa e a organizar sua própria

estrutura cognitiva nessa área de conhecimentos, por aquisição de significados claros, estáveis e transferíveis, identificando a estrutura cognitiva preexistente (Moreira, 1995). O ensino deve ser guiado pela "descoberta", o *insight*, estimulando a curiosidade, a reflexão e o intercâmbio de conhecimentos, bem como aumentando a possibilidade do aluno de autorrealização e de compromisso social (Schall, 2000).

Questão: O que mudou na sua vida a partir dessa experiência?

DSC – Pacientes/familiares

... Mudou, mudou sim, a forma de eu começar a enxergar as doença em si... Lavar as mãos, eu trabalho em área de hospital, hoje eu chego a casa e tenho mais cuidado com as mãos. A gente tem inimigos na mão, bactérias e fungos... Levei pros meus filhos e amigos o que aprendi, mais cuidados com a saúde, asseio com os alimentos, os animais que nos rodeiam. Eu tinha medo, as pessoas assim com HIV, como pega e não pega, aprendi muito. A gente que aprende um pouquinho tenta passar pra quem não sabe. Mudou porque eu aprendi coisas que eu desconhecia... Eu comecei a me preocupar com o dia a dia, exercícios, alimentação... O asseio do ambiente, eu fazia, mas não era aquela limpeza. Ah, mudou muita coisa, e pra mim foi uma informação muito boa...

DSC – Trabalhadores

... Acho que para todos foi muito enriquecedor, para quem trabalha aqui fora da assistência, acho que foi fantástico porque passa a entender melhor sobre lavagem das mãos. Tive oportunidade de aprender muitas coisas.. Eu passei a ter muitos cuidados inclusive em casa, cuidados no trabalho, foi muito enriquecedor... Mudou muito, já passei para meus filhos, netos o que aprendi nas palestras. Foco da Dengue, água parada, planta com água, vamos tirar isso e colocar uma terra no vaso de planta... Eu comecei a me interessar pela pesquisa... Desmistifica assim um monte de coisa... O curso sempre te atualiza e isso é muito bom, muda a gente de certa forma, conhecimento, interação... Esse material didático que recebemos ao final do curso, eu pego e explico, para mim isso foi muito importante... Eu, como surdo, pude participar do curso e posso aproveitar e passar essa informação para outros surdos... A anatomia foi um aprendizado que a gente leva pra vida toda. Eu não sabia que tinham escorpiões no Rio de Janeiro...

A partir da experiência vivenciada no GE, as principais mudanças na vida diária dos entrevistados incidiram, em primeiro lugar, no próprio repertório de conhecimentos sobre o seu corpo, sobre os micro-organismos e, em geral, sobre entidades invisíveis na vida cotidiana, mas afetando a saúde, o “enxergar a doença em si”. Para além disso, é atribuído particular significado ao que podemos designar de auto-cuidado, a aquisição ou manutenção de hábitos de vida saudáveis, de práticas que, a partir do novo conhecimento do corpo, da doença e dos “inimigos” que a provocam, permitem configurar, de forma mais geral, um conjunto de atitudes e práticas orientadas para a

promoção da saúde. Além disso, observou-se a superação de preconceitos e discriminações em função do conhecimento adquirido durante as atividades realizadas. O desejo destes participantes de, socorrendo-se do material didático (o livro), serem agentes multiplicadores, valorizados pela família, amigos e colegas, foi manifestado pelos entrevistados, como um exercício de cidadania e de ampliação da partilha do conhecimento e das capacidades a ele associadas para agir sobre os determinantes da saúde e da doença. Nesta perspectiva, os aspectos abordados nos DSCs tratam o acesso aos cuidados de saúde como condição básica de construção da cidadania e como um direito reivindicado pelos entrevistados.

Questão: No que a participação no GE contribuiu para o seu conhecimento a respeito das doenças infecciosas e outras questões de saúde?

DSC – Pacientes/familiares

... Conhecimento dos nossos inimigos invisíveis, exemplo, os voluntários da associação usavam jaleco e isso foi abolido depois do grupo... Hoje quando como uma fruta, eu penso em lavar... Hoje eu ajudo as pessoas e mostro como lavar as mãos, não basta só pegar e passar o sabão ... Aprendemos também como se pega e como se evita pegar doenças, isso foi muito bom. Como a gente deve se preservar das doenças oportunistas e a gente teve um ensinamento de como evitar de se contrair... Explicação sobre barbeiro, antes eu tomava caldo de cana... assim açai..agora eu alerto as pessoas assim... pra não fazer... Hoje me sinto mais esperto em cada detalhe... Remédios que às vezes eu tomava, assim, ah é bom pra fulano e bom pra mim, o rapaz da farmácia me ensinou, hoje eu faço uso de muita coisa que eu aprendi na aula, muita coisa... A gente tá sempre limpando a caixa d'água para não entrar ratos, mosquitos, baratas, antes eu não dava aquela limpeza, agora eu faço aquela limpeza...Contribuiu na minha casa com meus familiares, o que eu aprendi aqui, eu levo pra outras pessoas... A população precisa ser educada para isso... Eu estou sempre mostrando o livro para minha filha... Poxa, foi muito bom em minha vida, tenho mais cuidados, mais atenção, tenho mais preocupação comigo, com minha família... A gente aprende a amar a gente mesmo e aquele que está ao lado também... tudo que foi falado é um despertador de nossa consciência...

DSC – Trabalhadores

... Agora, a gente fica mais atento, em relação à tuberculose, lavagem das mãos, como usar EPI.¹¹ Tirar o jaleco na hora de almoçar ... No caso da dengue, eu pude contribuir com os meus vizinhos, principalmente no caso de fumar. Antes as coisas passavam despercebidas. Após o grupo a nossa visão fica mais ampla. Uma pessoa infectada pode estar em qualquer lugar, no ônibus, na sala de aula. Agora me sinto outra pessoa. Muitas coisas eu não sabia sobre doenças transmissíveis, me deixou muito comovida, aprendi muito e passo para minha família... Eu adoro gato e pra mim gato não tinha doença, eu não sabia que a leishmaniose se pegava

¹¹ Sigla de Equipamento de Proteção Individual. Para mais detalhes, ver Coelho (2009).

pelo gato... Agora, eu já consigo identificar os diversos tipos de aranha, antes eu achava tudo igual e depois do curso, eu vi que não... Ter mais cuidado com nosso corpo, prestar atenção porque o corpo fala, isso é importante, por exemplo, quando você solta a caneta em algum lugar e distraidamente leva à boca, é uma coisa importante, agora eu não posso fazer isso, são detalhezinhos que enriquecem... Ajo mais com precaução, quando vejo uma doença eu investigo mais... A roupa que a gente trabalha aqui, a gente lava separado, não junta com as outras coisas de casa... Meu sapato eu deixo na porta. A gente sai promotor da saúde, acho que todos no IPEC temos que ser especialistas no combate a infecções... Muito embora a gente tenha informação na televisão, a gente mesmo tem que ler para poder entender.. São várias responsabilidades que temos que ter ...

A contribuição do GE para a aquisição do conhecimento científico dos entrevistados em relação às doenças infecciosas e a outras questões de saúde realizou-se de uma forma bastante ampla, abrangendo vários aspectos relacionados a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Enfatizou-se ainda a importância do cidadão comum enquanto multiplicador dos conhecimentos, capaz de despertar sentimentos humanitários e responsabilidades individuais.¹²

É importante realçar, em relação a este ponto, a ênfase dos participantes no conhecimento não só dos “inimigos invisíveis”, seja por, pela sua dimensão, não serem visíveis a olho nu, seja por não serem facilmente detectados, como alguns animais peçonhentos. Aqui adquire especial significado a compreensão dos processos através dos quais se dá a infecção e a transmissão. A essa compreensão associa-se nos participantes a identificação das ações necessárias para prevenir a infecção, assim como, mais uma vez, a intenção declarada de partilhar esse conhecimento e de o promover junto de suas famílias e das comunidades onde vivem. É de notar ainda a afirmação da importância da informação contida no livro distribuído no GE (“a gente tem mesmo que ler para poder entender”). A atenção ao modo como o corpo “responde” às perturbações ou ameaças (“o corpo fala”), dando forma, mais uma vez, à ideia da somatização do conhecimento, é outro aspecto digno de nota, assim como a atenção à dimensão ambiental da vulnerabilidade à infecção.

¹² O livro de Luis David Castiel e Carlos Álvarez-Dardet Diaz, *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*, analisa a questão da atribuição de responsabilidades no âmbito da promoção da saúde. Trata-se de uma reflexão teórica que transita pelos principais autores da sociologia e da filosofia contemporânea. Vemos circular ali uma diversidade de temáticas e questões absolutamente relevantes para compreender os problemas com os quais se defronta a sociedade contemporânea em geral e a saúde pública em particular (ver Castiel e Diaz, 2007). Outra discussão recente que aborda, entre outras questões, a responsabilidade individual pode ser encontrada em Nunes (2009).

Tais considerações reforçam a importância da educação em saúde como processo político pedagógico, pois esta requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, que permite desvelar a realidade e propor ações transformadoras, constituindo sujeitos históricos e sociais capazes de propor decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade, e sobre elas opinar (Machado *et al.*, 2007). Nesse contexto, Castiel e Diaz (2007) tecem considerações sobre o glossário de promoção da saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), enfatizando a importância que o estilo de vida tem na saúde dos indivíduos. Mas sinalizam também que, se a saúde deve ser aperfeiçoada ao capacitar indivíduos a modificar seus estilos de vida, a ação precisa, contudo, de ser dirigida não apenas ao indivíduo, mas também às condições sociais e de vida que interagem para produzir e manter estes padrões de comportamento. De fato, as aptidões pessoais, interpessoais, cognitivas e físicas, que permitem aos indivíduos controlar e dirigir suas vidas e desenvolver a capacidade de conviver e produzir mudanças em seu meio ambiente decorre, segundo os mesmos autores, de condições que exigem intervenções coletivas sobre as situações e as condições que geram a vulnerabilidade coletiva à doença.

Deve ser realçada, ainda, a ligação explícita estabelecida pelos participantes entre conhecimento e reconhecimento da responsabilidade no enfrentamento das condições que propiciam a doença. É possível propor uma leitura dessa ligação como uma formulação específica da responsabilidade social no campo da saúde e da educação sanitária. Esta é realizada através do que se configura como uma rede de solidariedade entre educadores e educandos (pacientes/familiares e trabalhadores), na qual buscam-se a partilha e o desenvolvimento de potencialidades, contribuindo-se, além disso, para o crescimento e o amadurecimento pessoal de uns e de outros (Almeida *et al.*, 2005). Isto se traduz numa tentativa de ultrapassar limites e dificuldades, capaz de outorgar autonomia aos sujeitos envolvidos (Smeke e Oliveira *apud* Gazzinelli *et al.*, 2005: 203).

Questão: Deseja falar mais alguma coisa?

DSC – Pacientes/familiares

...Não tenho nada a acrescentar, o modo que está sendo conduzido está muito bom. A mistura das classes sociais e isso foi muito bom. A equipe está de parabéns, foi muito gratificante! Eu gostaria de participar de todos os grupos que tiverem no futuro... Eu gostaria de dizer que amo estar aqui... Achei tudo muito organizado, acho que nós fomos valorizados, saber que tem pessoas que se preocupam com a gente, eleva a nossa autoestima... Excelente. Tudo foi feito com

muito amor, deu pra perceber. Se tivesse mais curso eu queria fazer, ser convocado... Se tiver outro não deixa de me convidar...

DSC – Trabalhadores

... Acho que essa oportunidade em ter pessoas diferentes, sem distinção de nível, foi muito bom... Eu nunca vi nada eclético aqui na fundação... Um trabalho rico, que não passa somente conhecimento teórico, passa contato humano, integração, eu nunca tive uma oportunidade como essa que ela proporcionou. A gente aprende com paciente, com o pessoal da limpeza, acho que esse grupo não pode parar, deve continuar a se multiplicar... Era legal estender para todos os funcionários... Acho que deveria ter outras atividades complementares que já são propostas.. Abordar questões ambientais, cursos com novos temas... Eu queria parabenizar todas as pessoas que participaram, os orientandos e os profissionais que deram as aulas, as informações foram muito bem detalhadas, muito bem explicadas, foram passadas com muito carinho... Que vocês continuem cada vez mais atingindo o objetivo de vocês com maior número de pessoas possível, isso é importante para a sociedade. Que esse trabalho se fortaleça, com muito sucesso e que não morra né?

Esta questão foi a última da entrevista, e com ela procuramos dar aos entrevistados a possibilidade de fazerem qualquer observação que desejassem. A categoria “Não tenho nada a acrescentar” foi a mais frequente, tanto no grupo de pacientes/familiares como no grupo dos trabalhadores (30% e 35%, respectivamente). Assim, discutiremos a segunda categoria mais frequente entre as respostas a esta questão. Destacou-se nos DSCs a referência às relações afetivas estabelecidas, independentemente de condições socioculturais, continuidade do trabalho e desdobramentos, o que estimula a vontade de participação destes mesmos indivíduos em outras atividades educativas a serem realizadas em um futuro próximo. Mas vale a pena sublinhar um aspecto que, embora tivesse sido abordado noutros momentos das entrevistas, nomeadamente a partir do tema da ausência de discriminação, é aqui articulado de forma mais ampla, que é o da heterogeneidade do grupo de participantes e da riqueza percebida na passagem por essa experiência de trabalhar de forma colaborativa com pessoas com trajetórias e histórias distintas.

É tempo de voltar a alguns temas já abordados anteriormente, mas que podem agora ser revisitados a partir dos resultados da avaliação do GE.

Neste momento, no âmbito sanitário, perante a possibilidade de participação nas decisões envolvendo ciência, tecnologia ou riscos, é importante que o maior número possível de pessoas conheçam aspectos e detalhes relativos a estas complexas dimensões (Castiel e Diaz, 2007). Estes mesmos autores reconhecem que, apesar das

evidentes dificuldades, é importante criar condições para que os cidadãos participem em processos de aprendizagem que reconheçam as construções leigas existentes.

A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos na sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores de saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores –, na análise e na formulação de ações que visem a melhoria de qualidade de vida (Brasil, 2010).

Dentro deste contexto, a garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, incluindo a educação em saúde. Procura-se, por isso, estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, o encontro e o diálogo transdisciplinar, envolvendo os distintos saberes formais e não formais que contribuem para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo (Machado *et al.*, 2007). Essa é uma condição para que os participantes em iniciativas como o GE, independentemente de serem pacientes/familiares ou trabalhadores de saúde, possam assumir maior controle sobre sua saúde e suas vidas, na busca de uma verdadeira cidadania compartilhada e humanizada (Shiratori *et al.*, 2004; Santos e Shiratori, 2004; Silva *et al.*, 2010).

Torna-se assim necessário que os gestores e educadores em saúde tenham sensibilidade e flexibilidade para conhecerem de maneira mais rigorosa e cuidada os princípios, propostas de organização e práticas que fundamentam as duas principais definições sobre os conceitos de educação e promoção da saúde, apresentadas no início deste texto, e que são fundamentais para a realização do objetivo da humanização da saúde e do SUS.¹³ Para que a oferta de tecnologias e dispositivos para a configuração e o fortalecimento de redes de saúde seja permeada pela humanização, são indispensáveis novos arranjos e pactos sustentáveis, envolvendo trabalhadores e gestores do SUS,¹⁴ mas o seu sucesso depende da participação efetiva da população e da sua capacidade de intervir no próprio governo do SUS, de modo a que sejam promovidas inovações baseadas no compartilhamento de todas as práticas de cuidado e de gestão (Brasil,

¹³ Por humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde.

¹⁴ Instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) foi formulada a partir da sistematização de experiências do chamado "SUS que dá certo". O HumanizaSUS tem o objetivo de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos.

2009). A partilha e produção compartilhada de conhecimento através de iniciativas como o GE deverá ser considerada como uma peça de especial relevância no empoderamento e na capacitação de cidadãos ativos no campo da saúde.

Para além das apreciações positivas do GE que foram discutidas, uma parte, ainda que minoritária, dos entrevistados encontrou também alguns motivos para críticas. Quando inquiridos sobre os pontos negativos que teriam encontrado na iniciativa, a categoria mais frequente em ambos os grupos foi “Nenhum ponto negativo” (75% dos pacientes/familiares e 59% dos trabalhadores). Aqueles que explicitaram críticas fizeram incidir estas principalmente na curta duração do GE e no número limitado de participantes. Por motivos operacionais, não é possível estender o GE por mais de um mês (duas vezes por semana no horário da manhã), devido a haver poucas salas disponíveis no IPEC e às obrigações profissionais de ambos os grupos, pois há pacientes e familiares que exercem funções laborais. Quanto ao número de participantes, existe um limite de ocupação de salas, até um máximo de 25 lugares. Um GE com um número maior de participantes comprometeria a qualidade das atividades. Os GEs são oferecidos semestralmente, o que possibilita a inserção diversificada e ampliada de pacientes/familiares e de trabalhadores.

Considerações finais

Nossa intenção com a apresentação deste texto foi avaliar a efetividade dos GEs em epidemiologia e prevenção das doenças infecciosas e parasitárias. Não temos a pretensão de esgotar os inúmeros desdobramentos, discussões e reflexões que os resultados aqui apresentados possam gerar no âmbito da epidemiologia social,¹⁵ sociologia, antropologia e outras ciências.

De uma maneira geral, pudemos verificar o impacto que esta atividade educativa representou na vida dos ex-participantes dos Ges, não somente em relação ao acesso ao conhecimento científico (com ênfase na promoção à saúde, prevenção de doenças/agravos e questões ambientais), como também na valorização como cidadã(o)s e na sua autoestima.

A prática educativa em saúde é uma ferramenta importante para a estimulação dos princípios que regem a noção de auto-cuidado, ou seja, é por meio dela que se busca um

¹⁵ A epidemiologia social é definida como o ramo da epidemiologia que estuda a distribuição e a influência dos fatores sociais da saúde. Para mais detalhes, ver Berckman e Kawachi (2000). Ver também Krieger (2001); Muntaner *et al.* (2006a); Muntaner *et al.* (2006b); Hadden *et al.* (2007), que oferecem um glossário com uma seleção de termos relevantes para a epidemiologia social.

viver saudável. Além de propor caminhos alternativos aos cuidadores¹⁶ e multiplicadores, também merece destaque por propiciar a aquisição de autoconsciência crítica para rever conceitos e valores (Souza *et al.*, 2007). Ao promover a saúde, mediante estratégias educativas apropriadas, principalmente numa base dialógica, como é proposto neste trabalho, está-se a promover, de maneira mais ampla, o empoderamento para o exercício de uma cidadania ativa e para a luta pela dignidade, pela liberdade e pela autonomia dos cidadãos, pelo direito à saúde e ao ambiente, através da experimentação com formatos e procedimentos adequados ao contexto e às características dos participantes. O caráter multifacetado, na prática, dos processos educativos, muito mais dinâmicos e complexos do que pode admitir qualquer recorte teórico, confirma-se na experiência do GE, ao longo das suas várias edições. O que inclusivamente se verifica na extensão e ampliação deste trabalho, em boa medida por solicitação dos próprios participantes, para além do enfoque nas doenças infecciosas, incidindo igualmente sobre as co-morbidades (câncer, diabetes e outras doenças crônicas não infecciosas) e as questões ambientais ligadas à saúde.¹⁷

É importante sublinhar um aspecto referido com alguma frequência nas entrevistas, o da dimensão emocional associada à participação no GE. Essa dimensão atravessa as relações com família, amigos, colegas de trabalho e trabalhadores de saúde, na participação cotidiana em espaços e atividades comuns, no ambiente hospitalar ou doméstico, nos lugares de trabalho ou no espaço da comunidade ou do bairro. O estabelecimento de uma relação de amizade, a troca de conhecimentos e o apoio mútuo são formas de conferir densidade e sentido às relações interpessoais, através da participação comum em atividades que empoderam e que contribuem para ampliar capacidades. Essas atividades configuram novas formas de produção, mobilização e apropriação de conhecimentos biomédicos e científico-sociais num quadro em que as ciências e os saberes técnico-científicos encontram novas formas de afirmar a sua

¹⁶ O Ministério de Saúde elaborou o *Guia prático do cuidador*, que tem como objetivo esclarecer, de modo simples e ilustrativo, os pontos mais comuns do cuidado no domicílio, ajudar o cuidador e a pessoa cuidada, estimular o envolvimento da família, da equipe de saúde e da comunidade nos cuidados, e promover melhor qualidade de vida do cuidador e da pessoa cuidada. Para mais detalhes, ver Brasil (2008).

¹⁷ Em 2010, obtivemos financiamento da Faperj para a realização do projeto “Atividades complementares em saúde e ambiente do Grupo de Estudo em Epidemiologia e Prevenção das Doenças Infecciosas e Parasitárias: uma iniciativa de difusão e popularização da ciência”, cujo objetivo é realizar atividades complementares em saúde e ambiente, visando cumprir o seu papel na difusão e popularização do conhecimento científico através de visitas a exposições científicas, centros e museus de ciência, espaços não formais de ensino, entre outros, nos próximos dois anos (2011-2012).

relevância e a sua responsabilidade social, num diálogo e numa articulação com os saberes baseados na experiência (Nunes, 2006).

Numa revisão de literatura relacionada com as principais tendências da produção do conhecimento na educação em saúde no Brasil e com os referenciais pedagógicos a ela associados discutidos nessas pesquisas, Vila e Vila (2007) apontam como exemplos estudos construídos com o objetivo de promover a educação em saúde por meio de estratégias participativas com o envolvimento da comunidade. Com base nos referenciais teóricos analisados, ressaltou a necessidade de novas propostas educacionais baseadas na percepção crítica, na análise reflexiva, no diálogo, no envolvimento, no respeito e na conscientização.

Percebe-se que são imprescindíveis novos estudos como forma de contribuição para a implementação de programas educativos que atendam a toda a comunidade, propostas de mudanças curriculares que adotem o referencial participativo e problematizador, novas pesquisas relacionadas com a educação em saúde, uma vez que, certamente, contribuirão para intermediar a relação entre teoria e prática dos profissionais de saúde (Vila e Vila, 2007). A participação da comunidade é importante para a elaboração de políticas sociais e de saúde, reduz a exclusão social e é susceptível de melhorar a qualidade geral de vida da comunidade (Baum *et al.*, 2000).

Sabemos que o conhecimento científico não se encontra distribuído socialmente de forma equitativa (Souza *et al.*, 2007). Tal representa um enorme desafio, particularmente em países como o Brasil, onde práticas que requerem participação e conscientização social para a redução das desigualdades socioeconômicas e, conseqüentemente, das desigualdades na saúde, põem em risco interesses políticos que se sobrepõem ao desenvolvimento coletivo (Souza e Grundy, 2004).

O reconhecimento desse desafio reforça o compromisso histórico da epidemiologia¹⁸ com a melhoria da saúde das populações e com a redução das desigualdades sociais, obrigando todos os epidemiologistas, que se reconhecem como atores na arena da saúde coletiva, a prosseguirem no desenvolvimento de novas teorias, novas estratégias de investigação e novas ferramentas de análise que possam fornecer, cada vez mais, elementos corretos para orientar as intervenções sociais no campo da saúde e a formulação de políticas públicas baseadas no reconhecimento dos direitos de

¹⁸ Sobre a contribuição da epidemiologia para as ciências da saúde ver Almeida Filho (2000).

cidadania, na garantia das liberdades democráticas e na busca da felicidade humana (Barata, 2005).

Conquistamos este espaço no campo da educação não formal, com uma filosofia sobre o processo de construção do conhecimento, além de promovermos uma reflexão sobre o papel da educação na nossa sociedade. Consideramos a educação em saúde como um esforço conjunto, para, em colaboração com os pacientes e seus familiares e com os trabalhadores de saúde, construirmos um conhecimento que os capacite para uma cidadania ativa e para a participação na sociedade.

Esperamos ainda que o nosso trabalho possa gerar reflexões teóricas e metodológicas na área da educação em saúde e no estreitamento das relações entre as ciências sociais e humanas e a epidemiologia, mais especificamente a epidemiologia social. Trata-se de um esforço coletivo que exigirá a todos os cientistas, independentemente da área ou da disciplina em que trabalhem, a contestação da estigmatização e da discriminação do outro (ser humano) e o pensar a saúde como um direito social e humano.

Agradecimentos

Agradeço aos membros da equipe associada a esta pesquisa, Valdiléa Gonçalves Veloso dos Santos (Diretora do IPEC), que apoia e incentiva o trabalho, Odílio de Souza Lino (Gerente do projeto), que vem acompanhando todas as etapas desta pesquisa, aos professores Marco Aurélio de Azambuja Montes, Sonia Maria Medeiros Ferraz Neves, Sidnei Silva, José Liporage, Rosany Bochner, Judith Tiommy Fizon, Marília Santini, que ministraram as aulas teórico-práticas nos GEs, aos demais colegas Dinair Leal da Hora, Elida Azevedo Hennington e José Henrique Pilotto, que contribuíram com sugestões valiosas para o êxito desta investigação. Destaco a participação de Dinair e Marco Aurélio na revisão final deste texto.

Agradeço à mestranda Michele Machado Meirelles de Barros, também membro da equipe, que colaborou na consolidação dos resultados e participou ativamente em todo o processo desta pesquisa.

Agradeço aos participantes dos GEs (pacientes, familiares, amigos e trabalhadores do IPEC), ao Presidente da Associação Lutando pra Viver amigos do IPEC, Marcos Maurício Braga Cardozo, e aos demais membros da associação pela confiança e carinho com que se mobilizaram e participaram ativamente neste trabalho.

Agradeço à Maria Helena Barros de Oliveira, coordenadora do Convênio para Cooperação da Fiocruz, e ao Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra (CES/UC) pela dedicação com que vêm estimulando a nossa equipe e buscando com essa cooperação técnica a construção de um espaço de diálogo acadêmico científico, que favoreça a construção de práticas e produção de conhecimentos, entre as duas instituições.

Um agradecimento especial à Professora Rita Serra e ao doutorando Daniel Neves pelo carinho com que me acolheram no Núcleo de Estudos sobre Ciência, Tecnologia e Sociedade do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra.

Agradeço especialmente o carinho e os encaminhamentos científicos do Professor João Arriscado Nunes, que foi responsável, no CES, pelo acompanhamento deste projeto.

Referências bibliográficas

- Almeida, Vitória de Cássia Félix de; Lopes, Marcos Venícios de Oliveira; Damasceno, Marta Maria Coelho (2005), “Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum”, *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 39(2), 202-210.
- Almeida Filho, Naomar de (2000), “A ciência da saúde”. São Paulo: HUCITEC.
- Barata, Rita Barradas (2005), “Epidemiologia social”, *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo/Brasil, 8(1), 7-17.
- Baum, Frances; Bush, Robert A.; Modra, Carolyn C.; Murray, Charlie J.; Cox, Eva M.; Alexander, Kathy M.; Potter, Robert C. (2000), “Epidemiology of Participation: An Australian community study”, *Journal Epidemiology Community Health*; 54, 414-423.
- Berkman, Lisa; Kawachi, Ichiro (2000), “A Historic Framework for Social Epidemiology”, in Lisa Berkman; Ichiro Kawachi (orgs.), *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 3-12.
- Brasil, Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde (2008), “Guia prático do cuidador”, *Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília/Brasil.
- Brasil, Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde (2009), “O HumanizaSUS na Atenção Básica”. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*, Série B: Textos Básicos de Saúde, Brasília/Brasil.

- Brasil, Ministério da Saúde (2010), “Política Nacional de Saúde”, *Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde*, Brasília/Brasil [3ª edição].
- Buss, Paulo Marchiori (2000), “Promoção da saúde e qualidade de vida”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177.
- Candeias, Nely Martins Ferreira (1997), “Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais”, *Revista de Saúde Pública*, São Paulo/Brasil, 31(2), 209-213.
- Castiel, Luis David (2004), “Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria ‘comunidade’”, *Revista de Saúde Pública*, São Paulo/Brasil, 38(5), 615-622.
- Castiel, Luis David; Diaz, Carlos Álvarez-Dardet (2007), “Discursos sobre riscos e comportamentos sadios baseados em evidências”, in Luis David Castiel e Carlos Álvarez-Dardet Diaz (orgs.), *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro/Brasil: Editora Fiocruz, 25-33.
- Catrib, Ana Maria Fontenelle; Pordeus, Augediva Maria Jucá; Ataíde, Marcia Barroso Camilo; Albuquerque, Vera Lígia Montenegro; Vieira, Neiva Francenely Cunha (2003), “Promoção da Saúde: saber, fazer em construção”, in Maria Grasiela Teixeira Barroso; Zulene Maria de Vasconcelos Varela; Neiva Francenely Cunha Vieira (orgs.), *Educação em saúde: no contexto da promoção humana*. Fortaleza: Demócrito Rocha, 39-46.
- Coelho, Hamilton (2009), “Equipamentos de proteção individual e equipamentos de proteção coletiva”, in Marco Antonio Ferreira da Costa e Maria de Fátima Barroso da Costa (orgs.), *Biossegurança Geral: para cursos técnicos da área de saúde*. Rio de Janeiro: Publit, 195-203.
- Freitas, Carlos Machado de (2003), “Vigilância da saúde para a promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências”, in Dina Czeresnia (org.), *Promoção da saúde: conceitos e tendências*. Rio de Janeiro/Brasil: Editora Fiocruz, 141-159.
- Gazzinelli, Maria Flávia; Gazzinelli, Andréa; Reis, Dener Carlos dos; Penna, Claudia Maria de Mattos (2005), “Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença”, *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 200-206.
- Guimarães, Denise Alves; Silva, Eduardo Sergio da (2010), “Formação em ciências da saúde: diálogos em saúde coletiva e a educação para a cidadania”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2551-2562.

- Hadden, W. C.; Muntaner, Carles; Benach, J.; Gimeno, D.; Benavides, F. G. (2007), “A Glossary for the Social Epidemiology of Work Organisation: Part 3, Terms from the Sociology of Labour Markets”, *Journal Epidemiology Community Health*, 61(1), 6-8.
- Krieger, Nancy (2001), “A Glossary for Social Epidemiology”, *Journal Epidemiology Community Health*, 55(10), 693-700.
- Lefèvre, Fernando e Lefèvre, Ana Maria (2003), *O discurso do sujeito coletivo: um enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)*. Caxias do Sul, Rio Grande do Sul/Brasil: Editora EDUCS.
- Luz, Madel (2009), “Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática”, *Saúde e Sociedade*, São Paulo/Brasil, 18(2), 304-311.
- Machado, Maria de Fátima Antero Sousa; Monteiro, Estela Maria Leite Meirelles; Queiroz, Danielle Teixeira; Vieira, Neiva Francenely; Barroso, Maria Graziela Teixeira (2007), “Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 81-118.
- Minayo, Maria Cecília de Souza (org.) (2002), *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro/Brasil. Editora Vozes, 2002.
- Montes, Marco Aurélio de Azambuja; Souza, Claudia Teresa Vieira de (2010), “Estratégia de ensino-aprendizagem de anatomia humana para acadêmicos de medicina”, *Revista Eletrônica Ciências & Cognição*, 15(3), 2-12.
- Moreira, Marco Antônio (1995), “A teoria da aprendizagem significativa de Ausubel”, *in* Marco Antônio Moreira, *Teorias de Aprendizagem*. São Paulo/Brasil: Ed. Pedagógica e Universitária, 151-165.
- Muntaner, Carles; Benach, J.; Hadden, W. C.; Gimeno, D.; Benavides, F. G. (2006a), “A Glossary for the Social Epidemiology of Work Organisation: Part 1, Terms from the Social Psychologys”, *Journal Epidemiology Community Health*, 60, 914-916.
- Muntaner, Carles; Benach, J.; Hadden, W. C.; Gimeno, D.; Benavides, F. G. (2006b), “A Glossary for the Social Epidemiology of Work Organisation: Part 2, Terms from the Sociology of Work and Organizations”, *Journal Epidemiology Community Health*, 60(12), 1010-1012.

- Neves, Sonia Maria Medeiros Ferraz; Montes, Marco Aurélio de Azambuja; Souza, Claudia Teresa Vieira de (2009), “Educação em saúde para clientes externos do Instituto de Pesquisa Evandro Chagas/Fundação Oswaldo Cruz (IPEC/FIOCRUZ): uma estratégia preventiva de transmissão de microrganismos multiresistentes na comunidade”, *Alexandria Revista de Educação em Ciencia e Tecnologia*, 2(3),107-119.
- Nunes, João Arriscado (2006), “A pesquisa em saúde nas ciências sociais e humanas: tendências contemporâneas”, *Oficina do CES*, 253.
- Nunes, João Arriscado (2009), “Saúde, direito à saúde e justiça sanitária”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 87,143-163.
- Pereira, Adriana Lenho de Figueredo (2003), “As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde”, *Cadernos de Saúde Pública*,19(5), 1-8.
- Rocha, Ivanea Moura da; Hora, Dinair Leal da; Meirelles, Michelle Machado; Menezes, Andréia Oliveira de; Lino, Odílio de Souza; Jorge, Marcelino José; Souza, Claudia Teresa Vieira de (2009), “Monitoramento para melhoria da gestão do trabalho em saúde a partir do ensino não formal no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz”, *Revista Eletrônica do Mestrado Profissional em Ensino de Ciências/Ensino Saúde e Ambiente*, 2(1), 7-21.
- Rocha, José Carlos Coelho da; Souza, Claudia Teresa Vieira de (2008), “Implementação do laboratório móvel de bioclimatologia animal como estratégia de ensino para o curso de zootecnia da Faculdade de Ciências Agro – Ambientais/FAGRAM”, *Revista Eletrônica do Mestrado Profissional em Ensino, Saúde e Ambiente de Ciências da Saúde*, 1(2), 76-86.
- Rolim, Karla Maria Carneiro; Pagliuca, Lorita Marlena Freitag; Cardoso, Maria Vera Lúcia M. Leitão (2005), “Análise da teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido”, *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13(3), 432-440.
- Santos, Boaventura de Sousa, (2003), *Um discurso sobre as ciências*. São Paulo/Brasil: Editora Cortez.
- Santos, Boaventura de Sousa (2007), “Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 78, 3-46.
- Santos, Érika Machado; Shiratori, Kaneji (2004), “As necessidades de saúde no mundo do silêncio: um diálogo com os surdos”, *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(1), 68-76.

- Schall, Virgínia Torres (2000), “Science Education and Popularization of Science in the Biomedical Area: Its role for the future of science and of society”, *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 95 (supl. 1), 71-77.
- Schall, Virgínia Torres; Struchiner, Miriam (1999), “Educação em saúde: novas perspectivas”, *Cadernos de Saúde Pública*, 2, 4-5.
- Shiratori, Kaneji; Costa, Tadeu Lessa da; Formozo, Gláucia Alexandre; Silva, Simone de Aguiar da (2004), “Educação em saúde como estratégia para garantir a dignidade da pessoa humana”, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5), 617-619.
- Souza, Claudia Teresa Vieira de (org.) (2008), *Noções básicas de epidemiologia e prevenção das doenças infecciosas e parasitárias*. Rio de Janeiro/Brasil: Editora Armazén das Letras.
- Souza, Claudia Teresa Vieira de (org.) (2009), *Noções básicas de epidemiologia e prevenção das doenças infecciosas e parasitárias*. Rio de Janeiro/Brasil: Editora Armazén das Letras [2^a edição revista e ampliada].
- Souza, Claudia Teresa Vieira de; Montes, Marco Aurélio de Azambuja; Neves, Sonia Maria Medeiros Ferraz (2008), “Avaliação do Grupo de Estudo em Epidemiologia e Prevenção das Doenças Infecciosas e Parasitárias no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas”, *Alexandria Revista de Educação em Ciência e Tecnologia*, 1(3), 101-120.
- Souza, Claudia Teresa Vieira de; Hökerberg, Yara Hahr Marques; Pacheco, Sandro Javier Bedoya; Rolla, Valéria Cavalcanti; Passos, Sonia Regina Lambert (2009), “Effectiveness and Safety of Isoniazid Chemoprophylaxis for HIV-1 Infected Patients from Rio de Janeiro”, *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 104(3), 462-467.
- Souza, Elza Maria de; Grundy, Emily (2004), “Promoção da saúde, epidemiologia social: interrelações e perspectivas para a saúde pública”, *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1354-1360.
- Souza, Luccas Melo de; Wegner, William; Gorini, Maria Isabel Pinto Coelho (2007), “Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo”, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(2), 337-343.
- Silva, Cristiane Maria da Costa; Meneghim, Marcelo de Castro; Pereira, Antonio Carlos; Mialhe, Fábio Luiz (2010), “Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2539-2550.

- Tomasi, Elaine; Facchini, Luiz Augusto; Piccini, Roberto Xavier; Thumé, Elaine; Silveira, Denise Silva da; Siqueira, Fernando Vinholes; Rodrigues, Maria Aparecida; Paniz, Vera Vieira; Teixeira, Vanessa Andina (2008), “Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil”, *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (supl. 1), S193-S201.
- Ullah, Akm Ahsan (2011), “HIV/AIDS-Related Stigma and Discrimination: A study on health care providers in Bangladesh”, *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*, 10, 97-104. Consultado a 05/07/2011, em <http://jia.sagepub.com/content/early/2011/01/27/1545109710381926>.
- Vila, Ana Carolina Dias; Vila, Vanessa da Silva Carvalho (2007), “Trends of Knowledge Production in Health Education in Brazil”, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(6), 1177-1183.
- WHO – World Health Organization (1986), “Carta de Ottawa”, in Ministério da Saúde/FIOCRUZ, Brasil. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Ministério da Saúde/IEC, Brasília, 11-18.