



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

FERNANDO MENDES MASSIGNAM

**PERCEPÇÕES DAS PESSOAS ENVOLVIDAS EM DUAS  
COMUNIDADES DE FLORIANÓPOLIS SOBRE UMA  
EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO INTERDISCIPLINAR DE  
EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Florianópolis, SC  
2010

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



FERNANDO MENDES MASSIGNAM

**PERCEPÇÕES DAS PESSOAS ENVOLVIDAS EM DUAS  
COMUNIDADES DE FLORIANÓPOLIS SOBRE UMA  
EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO INTERDISCIPLINAR DE  
EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Florianópolis, SC  
2010



FERNANDO MENDES MASSIGNAM

**PERCEPÇÕES DAS PESSOAS ENVOLVIDAS EM DUAS  
COMUNIDADES DE FLORIANÓPOLIS SOBRE UMA  
EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO INTERDISCIPLINAR DE  
EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros

Florianópolis, SC  
2010

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da  
Universidade Federal de Santa Catarina

M418p Massignam, Fernando Mendes

Percepções das pessoas envolvidas em duas comunidades de Florianópolis sobre uma experiência de extensão interdisciplinar de educação em saúde [dissertação] / Fernando Mendes Massignam ; orientador, Marco Aurélio Da Ros. - Florianópolis, SC, 2010.

146 p.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.

Inclui referências

1. Saúde pública. 2. Extensão comunitária. 3. Educação em saúde. 4. Participação comunitária. 5. Pesquisa qualitativa. I. Da Ros, Marco Aurélio. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. III. Título.

CDU 614



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**“Percepções das pessoas envolvidas em duas comunidades de Florianópolis sobre uma experiência de extensão interdisciplinar de educação em saúde”**

AUTOR: **Fernando Mendes Massignam**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO  
TÍTULO DE:

**MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Ciências Humanas e Políticas Públicas**

**Prof. Dr. Sérgio Fernando de Torres Freitas**

Coordenador do Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA:

**Prof. Dr. Marco Aurélio da Ros**

(Presidente)

**Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo**

(Membro)

**Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi**

(Membro)

**Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires**

(Suplente)





*A todos que, de alguma maneira,  
dedicam seus esforços diários na  
construção de uma sociedade  
menos iníqua.*



## AGRADECIMENTOS

*Quem acolhe um benefício com gratidão,  
paga a primeira prestação da sua dívida.*  
**Sêneca**

*Gratidão [sf (lat gratitudine) 1 Qualidade de quem é grato. 2 Agradecimento, reconhecimento.]*<sup>1</sup> Mas com certeza é mais. É um sentimento permeado de diversas emoções que expressam um pouco do quanto podemos ser grato às pessoas e momentos que de alguma forma contribuíram para a realização deste sonho. Mas tamanho é meu sentimento de gratidão que sei: as palavras, todas as possíveis, são insuficientes para traduzi-lo. Ficam alguns agradecimentos aos que foram importantes para mim neste processo, e se por um lapso esqueci alguém, saibam que por todos tenho muita gratidão.

Agradeço a *Deus* por iluminar os meus caminhos, principalmente nos momentos críticos, possibilitando refletir e aprender sempre.

Aos *ventos da mudança* que passaram na minha vida e me presentearam com a possibilidade da escolha de novos rumos, e que hoje tenho certeza valeu a pena, e muito!

Ao bem mais precioso que tenho nesse mundo: *minha família*.

À minha mãe pela pessoa grandiosa que é, por confiar, incentivar e apoiar incondicionalmente, e por ter me dado bases sólidas que sempre me fazem lutar e nunca desistir. Essa conquista também é sua!

Aos meus irmãos pelo exemplo, pela dedicação, pelo afeto e pela confiança depositada em mim. Aos meus sobrinhos por compreenderem a minha “ausência”. Vocês certamente me fizeram mais seguro e certo de que a família é fundamental para a formação dos valores mais preciosos. Sem família eu seria nada. Amo muito vocês.

Ao *Marcão*, que sem dúvida foi mais que o melhor orientador. Foi amizade, compreensão, afeto, paciência, solidariedade, incentivo e transformação. Contigo aprendi outro jeito de pensar e sentir a vida, a sociedade, a saúde e a educação. *Quando eu crescer, quero ser como você!* Obrigado pelos mais que especiais momentos de conversas e reflexões, oportunidades ricas de aprendizado e de crescimento, que estarão sempre presentes na memória e no caminho a ser trilhado na direção de um mundo melhor.

---

<sup>1</sup> MICHAELIS. *Moderno dicionário da Língua Portuguesa*. Editora Melhoramentos, 2009.

As comunidades que receberam o pessoal do projeto de extensão, oportunizando a construção do conhecimento no cotidiano vivido. A seus conselheiros e lideranças, os “sujeitos” desta pesquisa que gentilmente disponibilizaram tempo para contribuir e foram fundamentais em todo o processo.

Aos estudantes do projeto de extensão pela dedicação e pela convivência que aumentaram a certeza de que é possível a construção de espaços solidários de compartilhamento de saberes. A *Suzana Gonzaga* pela especial ajuda com os arquivos e documentos do projeto.

Ao professor *Edgar Matiello Junior*, companheiro do Projeto de Extensão, pela solidariedade que propiciou momentos de muito aprendizado e pela disponibilidade em colaborar com este trabalho.

Às amigas *Denise Severo*, *Monica Netto Mello* e *Etel Matiello* pelo companheirismo, pelo exemplo e pelas ricas contribuições a este trabalho. A *Carla Ribeiro* por colaborar com os rumos desta pesquisa.

À amiga *Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima*, meu agradecimento especial pelas oportunidades de dividir *lágrimas e sorrisos*. Sua amizade foi um presente durante este processo. Obrigado pelo incondicional e incansável incentivo com o exemplo de força, de solidariedade e de ternura que refletem da sua mão amiga sempre pronta a ajudar. Pelo *riassunto*, e por todas as contribuições e apoio, que foram fundamentais para a finalização deste trabalho!

Aos membros da banca de qualificação pelas importantes contribuições, ao percurso da pesquisa, que certamente fizeram a diferença. Sinto me honrado por comporem, também, a banca de defesa.

A professora *Marta Verdi*, pela maneira “inezquecível” como me acolheu na Pós Graduação, pelo presente que foi o convívio e as oportunidades de refletir e contextualizar a Bioética, e por contribuir para esta pesquisa.

Ao professor *Rodrigo Otávio Moretti-Pires* pela paciência em ensinar e pela ajuda decisiva ao percurso metodológico deste trabalho.

Ao professor *Luiz Roberto Agea Cutolo* pelas oportunidades de aprendizado e pelas ricas contribuições para esta pesquisa.

A professora *Sandra Caponi* pela oportunidade de mergulhar nos mares da Filosofia e da Epistemologia, ampliando os novos horizontes.

Aos professores *Maria Cristina Calvo*, *Josimari Telino de Lacerda* e *Sergio Fernando Torres de Freitas* pelas inúmeras oportunidades de aprendizado, em especial na disciplina de Avaliação em Saúde e no estágio de docência.

A turma de mestrado 2008, que para mim sempre será a melhor. Conviver com este grupo foi um grande aprendizado, construído com momentos de reflexão e trocas de saberes que serão sempre lembrados. Assim como os amigos que conheci nesta turma: *Alexandra, Ramona, Maruí, Maria, Tanise, Kleber, Lucas, Simone, Vanessa, Anne, Mauro e Emilene.*

Ao Seminário de Dissertação pela oportunidade de compartilharmos nossas angústias e aprimorarmos nossos projetos.

A todos os professores do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva pelo aprendizado e pelas oportunidades de crescimento. A *Rita de Cássia Silva* pelo carinho e pela amizade sempre acolhedores no Departamento de Saúde Pública.

A Coordenação do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, novamente ao professor *Sergio Fernando Torres de Freitas* pela paciência e pela disponibilidade em ajudar sempre que precisei.

Ao *Rodrigo Botelho* pelo auxílio e pelos esclarecimentos.

A Universidade Federal de Santa Catarina por me receber e proporcionar a oportunidade de realizar esta conquista.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES pelo auxílio financeiro recebido na forma de bolsa durante o período de realização da pós-graduação.

Aos queridos amigos: *Ana Cardoso* e *Eduardo Losso* pela amizade e pelos momentos de conversas que muitas vezes aliviaram a tensão do trabalho. Ao *Eduard Marquardt* também pelo incentivo nos momentos críticos do processo e por contribuir muito com a revisão final deste trabalho. Ao *Thiago Botelho de Córdoba* pela ajuda com o percurso metodológico. À *Fabiola Stolf Brzozowski* pelas dicas mais que úteis para as transcrições.

À *Sonia SThiago* pela disponibilidade em ajudar.

E a todas as pessoas queridas, também muito importantes, que de alguma forma compartilham momentos dessa caminhada comigo, meus sinceros agradecimentos pela paciência, companheirismo e solidariedade que certamente me fortaleceram nos momentos críticos dessa jornada.



*Ando devagar porque já tive pressa,  
E levo esse sorriso, porque já chorei demais,  
Hoje me sinto mais forte, mais feliz quem sabe,  
Só levo a certeza de que muito pouco eu sei, ou  
Nada sei, conhecer as manhas e as manhãs,  
O sabor das massas e das maçãs.  
É preciso amor pra poder pulsar, é preciso paz  
Pra poder sorrir, é preciso a chuva para florir.*

*Penso que cumprir a vida, seja simplesmente  
Compreender a marcha, ir tocando em frente,  
Como um velho boiadeiro, levando a boiada  
Eu vou tocando os dias pela longa estrada, eu vou,  
Estrada eu sou, conhecer as manhas e as manhãs,  
O sabor das massas e das maçãs,  
É preciso amor pra poder pulsar, é preciso paz  
Pra poder sorrir, é preciso a chuva para florir*

*Todo mundo ama um dia, todo mundo chora,  
Um dia a gente chega, no outro vai embora,  
Cada um de nos compõe a sua história, cada ser em si  
Carrega o dom de ser capaz, e ser feliz,  
Conhecer as manhas e as manhãs,  
O sabor das massas e das maçãs,  
É preciso amor pra poder pulsar, é preciso paz  
Pra poder sorrir, é preciso a chuva para florir*

*Ando devagar porque já tive pressa,  
E levo esse sorriso, porque já chorei de mais,  
Cada um de nos compõe a sua história, cada ser em si  
Carrega o dom de ser capaz, e ser feliz*

**Tocando em frente**  
Renato Teixeira





MASSIGNAM, Fernando Mendes. **Percepções das pessoas envolvidas em duas comunidades de Florianópolis sobre uma experiência de extensão interdisciplinar de educação em saúde.** Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, SC, 2010.

## RESUMO

Esta pesquisa exploratório-descritiva de caráter qualitativo discute e analisa o modo como as pessoas diretamente envolvidas em seu cotidiano com os conselhos locais de saúde de duas comunidades de Florianópolis perceberam a vivência com um Projeto de Extensão Interdisciplinar de Educação em Saúde. Com base em investigação iniciada mediante análise documental e entrevista com informantes-chave, membros da universidade que atuaram no projeto, chegou-se a um universo de oito sujeitos, entre conselheiros e lideranças comunitárias que participaram diretamente deste trabalho. Para a coleta de dados, utilizou-se de entrevistas semiestruturadas, transcritas e tratadas inicialmente pela análise de conteúdo. Desta, emergiram oito categorias que, reordenadas, finalizaram em cinco categorias e duas subcategorias. Na tentativa de superar a descrição, a análise foi redirecionada para a Hermenêutico-Dialética, que possibilitou a crítica e a superação dos resultados encontrados, emergindo quatro sínteses/categorias. Da comparação dos resultados encontrados nas duas análises destacam-se algumas reflexões, sintetizadas em quatro categorias finais, a saber: 1) A horizontalidade das relações na proposta integradora; 2) Quando é dialógico todos ganham; 3) O papel social da universidade, e 4) Empoderamento dos conselhos locais de saúde pela extensão. Esta última categoria encontra-se discutida no artigo científico, constante na Parte II deste trabalho.

**PALAVRAS-CHAVE:** Extensão comunitária; Educação em saúde; Participação comunitária; Pesquisa Qualitativa.



MASSIGNAM, Fernando Mendes. **Perceptions of individuals involved in the two communities of Florianópolis about an experience of extension in health education interdisciplinary.** Dissertation (Master) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, SC, 2010.

### **ABSTRACT**

This research, exploratory and descriptive qualitative approach, discusses and analyze how the people directly involved in its daily with local health councils of two communities in Florianópolis, State of Santa Catarina, Brazil, realized the experience with an Interdisciplinary Extension Project of Health Education. Based on investigation that was started with document analysis and interviews with key informants, members of the university who worked on the project. Came up with a universe of eight people, among counselors and community leaders, who participated directly in this work. For data collect was used semi structured interviews, which were transcribed and initially they were treated by content analysis. Thus, eight categories were emerged, reordered and it was finished in five categories and two subcategories. In an attempt to overcome the description, the analyze was redirected to the hermeneutic-dialectic that led to the criticism and overcoming the results, and this emerged four synthesis/categories. The comparison of results of these two analyses can be highlighting some reflections, and it was summarized into four final categories, namely: 1) the horizontal relationships in the integrative propose, 2) when the relationships are dialogical everyone wins, 3) the social role of the university, and 4) empowerment of local health councils by the extension. This last category is discussed in a scientific paper and it was in the article appearing in the Part II of this paper.

**KEYWORDS:** community-institutional relations; health education; consumer participation; qualitative research;



MASSIGNAM, Fernando Mendes. **Percezioni delle persone coinvolte in due comunità di Florianópolis rispetto ad un'esperienza di estensione interdisciplinare di educazione in salute.** Tesi di laurea (master) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, SC, 2010.

## RIASSUNTO

Questa ricerca qualitativa di tipo esplorativo-descrittivo discute ed analizza il modo in cui persone direttamente coinvolte nella loro quotidianità con i Consigli Locali di Salute di due comunità di Florianópolis hanno percepito l'esperienza con un Progetto Universitario Interdisciplinare di Educazione in Salute. Partendo da una ricerca iniziata mediante analisi di documenti ed interviste con informatori chiave, membri dell'università che hanno messo in pratica il progetto, si è giunti ad un universo di otto soggetti, tra membri dei consigli e *leader* comunitari che hanno partecipato direttamente a questo lavoro. Per la raccolta dei dati si sono utilizzate interviste semistrutturate, trascritte e trattate inizialmente per mezzo di analisi di contenuto. Da questa sono emerse otto categorie che riordinate hanno dato luogo a cinque categorie e due sottocategorie. Nell'intento di superare la descrizione, è stata fatta un'analisi ermeneutico-dialettica che ha reso possibile la critica ed il superamento dei risultati ottenuti, e da cui sono emerse quattro sintesi/categorie. Dal confronto tra i risultati delle due analisi derivano alcune riflessioni, sintetizzate in quattro categorie finali, ossia: 1) L'orizzontalità delle relazioni nella proposta integratrice; 2) Quando è dialogico tutti ci guadagnano; 3) Il ruolo sociale dell'università, e 4) *Empowerment* dei Consigli Locali di Salute da parte dell'estensione. Quest'ultima categoria viene discussa nell'articolo e consta nella Parte II di questo lavoro.

**PAROLE CHIAVE:** Estensione comunitaria; Educazione in salute; Partecipazione comunitaria; Ricerca Qualitativa.



## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Ilha do Campeche, 2004 .....	31
FIGURA 2 – Ponte Hercílio Luz, Florianópolis, SC, 2007 ....	41
FIGURA 3 – Lagoa da Conceição, Florianópolis, SC, 2005	45
FIGURA 4 – Multidisciplinaridade .....	54
FIGURA 5 – Pluridisciplinaridade .....	54
FIGURA 6 – Interdisciplinaridade .....	55
FIGURA 7 – Transdisciplinaridade .....	55
FIGURA 8 – Metadisciplinaridade .....	56
FIGURA 9 – Interdisciplinaridade auxiliar .....	56
FIGURA 10 – Transdisciplinaridade .....	57
FIGURA 11 – Praia da Armação, Ilha de Santa Catarina, 2006.....	73
FIGURA 12 – Lagoinha do Leste, Ilha de Santa Catarina, 2006 .....	83
FIGURA 13 – Lagoa do Peri, Ilha de Santa Catarina, 2008	105
FIGURA 14 – Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.....	109
FIGURA 15 – Ribeirão da Ilha, Florianópolis, Santa Catarina, 2006 .....	119





## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Processo hermenêutico-dialético através de matriz interpretativa crítico-reflexiva proposta por Moretti-Pires (2009) .....	100
QUADRO 2 – Síntese Hermenêutico-Dialética .....	101
QUADRO 3 – Comparativo entre as categorias da Análise de Conteúdo e da Hermenêutica-dialética .....	102



## SUMÁRIO

<b>PARTE I – PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO .....</b>	<b>29</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>33</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>43</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>47</b>
<b>3.1 Extensão Universitária .....</b>	<b>47</b>
<b>3.2 Interdisciplinaridade .....</b>	<b>52</b>
<b>3.3 Educação em Saúde .....</b>	<b>59</b>
3.3.1 Educação Popular em Saúde .....	63
<b>3.4 Promoção da Saúde .....</b>	<b>65</b>
<b>3.5 Participação Social .....</b>	<b>69</b>
<b>3.6 Controle Social do SUS .....</b>	<b>71</b>
<b>4 UM POUCO DA HISTÓRIA DO PROJETO DE EXTENSÃO .....</b>	<b>75</b>
<b>5 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>85</b>
<b>5.1 Sujeitos da Pesquisa .....</b>	<b>86</b>
<b>5.2 Coleta de Dados .....</b>	<b>88</b>
<b>5.3 Análise e tratamento dos dados .....</b>	<b>91</b>
5.3.1 As categorias da primeira análise .....	94
<b>5.4 Repensando a análise dos dados .....</b>	<b>95</b>
<b>6 ASPECTOS ÉTICOS .....</b>	<b>107</b>
<b>7 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>111</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>119</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido .....</b>	<b>121</b>
<b>APÊNDICE B – Roteiro para entrevista .....</b>	<b>123</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>125</b>
<b>ANEXO A – Certificado de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) .....</b>	<b>127</b>
<b>PARTE II – ARTIGO CIENTÍFICO .....</b>	<b>129</b>
<b>ROMPENDO MUROS OU ABRINDO PORTAS? A colaboração de um projeto de extensão para o “empoderamento” de Conselhos Locais de Saúde .....</b>	<b>131</b>



## **PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO**

---



*O homem é o obreiro de sua libertação [...] Os obstáculos acumulados em seu caminho são meramente meios de obrigar a sair da indiferença e a utilizar suas forças latentes.*  
**Léon Denis**



FIGURA 1 – Ilha do Campeche, 2004.  
Fonte: o autor.

---

## 1 INTRODUÇÃO





# 1 INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 define a educação como um direito de todos e dever do Estado e da família, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. No artigo 207, determina que “*as universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão*”. (BRASIL, 1988)

Garantida constitucionalmente, a implementação da extensão nas universidades brasileiras tem-se constituído num processo caracterizado por avanços e retrocessos, definições e redefinições nos planos acadêmico, político e institucional. Desde as primeiras experiências na Universidade de São Paulo, no início do século passado, com a oferta de conferências públicas e gratuitas, ao reconhecimento por parte do Ministério da Educação, na década de 30, como atividade-fim na universidade, bem como da necessidade da relação e comprometimento das instituições de ensino superior com a sociedade, e culminando com o estabelecimento da atividade como preceito constitucional, o papel da extensão oscila entre uma atuação ainda limitada, por vezes meramente assistencialista. Há casos em que a extensão assume um papel mediador entre universidade e sociedade, porém há também outros, finalmente, em que ela opera como agente transformador, envolvido diretamente nas discussões de políticas e nas práticas sociais. (HENNINGTON, 2005)

A ação de extensão, portanto, no conceito que supera o assistencialismo, deve ser direcionada, prioritariamente, às questões sociais que implicam necessidade de transformação de dada realidade, tendo em vista a qualidade de vida, o desenvolvimento sustentável e a responsabilidade humana sobre os fenômenos da vida. (GUIMARÃES *et al*, 2008)

Os programas de extensão universitária podem, desta forma, desvelar a importância de sua existência na relação estabelecida entre instituição e sociedade, consolidando-se através da aproximação e troca de conhecimentos e experiências entre professores, alunos e população. Também pela possibilidade de desenvolvimento de processos de ensino-aprendizagem a partir de práticas cotidianas coadunadas com o

ensino e pesquisa e, especialmente, pelo fato de propiciar o confronto da teoria com o mundo real de necessidades e desejos. Hennington (2005) afirma ainda que na área da saúde, estes programas assumem particular importância na medida em que se integram à rede assistencial e podem servir de espaço diferenciado para novas experiências voltadas à humanização, ao cuidado e à qualificação da atenção à saúde.

O exercício de uma prática educativa crítica – por exemplo, na área da saúde, objeto deste trabalho – como experiência especificamente humana, constitui uma forma de intervenção no mundo comprometida com o princípio de democracia que rejeita qualquer forma de discriminação, dominação e integra uma atitude de inovação e renovação na crença de que é possível mudar. Neste sentido, compreende-se a educação em saúde através dos pensamentos de Paulo Freire (1996: 112), *“coerente e competente, que testemunha seu gosto pela vida, sua esperança no mundo melhor, que atesta sua capacidade de luta, seu respeito às diferenças da realidade, a maneira consistente com que vive sua presença no mundo”*. Assim, para educar em saúde, é necessário estar aberto ao contorno geográfico, social, político e cultural do indivíduo, família e comunidade. (FREIRE, 1996; MACHADO *et. al*, 2007)

A educação em saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população. Diferentes concepções e práticas têm marcado a história da educação em saúde no Brasil, mas até a década de 1970, a educação em saúde, proposta pelo Estado, no Brasil foi basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas e, portanto, subordinada aos seus interesses. Voltava-se à imposição de normas e comportamentos por elas considerados adequados. Vasconcelos (2004) relata que o governo militar, imposto em 1964, criou contraditoriamente condições para a emergência de uma série de experiências de educação em saúde que significaram uma ruptura com o padrão acima descrito. Nessa época, a política de saúde voltou-se para a expansão de serviços médicos privados, principalmente hospitais, onde as ações educativas não tinham espaço significativo. A “tranquilidade” social imposta pela repressão política e militar permitiu que o regime voltasse sua atenção para a expansão da economia, diminuindo os gastos com as políticas

sociais. Com os partidos e sindicatos esvaziados, a população foi aos poucos buscando novas formas de resistência. O método da Educação Popular, sistematizado por Paulo Freire, constituiu-se como norte da relação entre intelectuais e classes populares. Muitos profissionais de saúde, insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços de saúde, engajaram-se nesse processo.

A convivência cotidiana dos profissionais com a população, na medida em que permite um contato muito próximo entre os vários atores envolvidos no processo educativo, possibilita um rico aprendizado dos caminhos para uma educação em saúde que respeite a autonomia e valorize a criatividade dos educandos. Neste sentido, os conhecimentos construídos nessas experiências mais localizadas são fundamentais para o norteamento das práticas educativas com uma metodologia participativa. É preciso superar a atual situação, em que as grandes campanhas educativas em saúde são organizadas por grandes empresas de comunicação, muito pouco articuladas com o cotidiano de relação entre os profissionais de saúde e a população. (VASCONCELOS, 2004: 70)

Por outro lado, existem diversos componentes envolvidos na discussão sobre educação e saúde. Um deles é o princípio da integralidade. Como eixo norteador das ações de educação em saúde, deve estar direcionado à urgência em se corrigir a tendência de um agir em saúde fragmentado e desarticulado. Embasado em uma postura autoritária, verticalizada, de imposição de um saber científico descontextualizado, é inerte dos anseios e desejos da população no tocante a sua saúde e condições de vida. Para Machado *et al.* (2007) evidencia-se, assim, a necessidade de se perceber a integralidade como princípio em vários níveis de discussões e das práticas na área de saúde, alicerçado em um novo paradigma preparado para ouvir, entender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas, grupos e coletividades.

A possibilidade de atenção integral implica ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de seu repertório de compreensão e ação e, ao mesmo tempo, no reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de

indivíduos e populações. Ceccim e Feuerwerker (2004a) destacam que a atenção integral implica mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde (para que efetivamente constituam uma equipe multiprofissional) e entre profissionais de saúde e usuários (para que se amplie efetivamente sua autonomia). Essa compreensão coloca o trabalho interdisciplinar e multiprofissional como uma estratégia de fundamental importância. Mais exequível e desejável do que a tentativa de criar superprofissionais de saúde, formar profissionais competentes para o atendimento de toda e qualquer necessidade dos usuários, mesmo as não percebidas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Na tentativa de mudança no processo nesta direção, a sociedade civil organizada, principalmente através das Associações de Ensino das profissões da área da saúde, propuseram ao Ministério da Educação (MEC) formas de estruturar o ensino universitário brasileiro.

Em sua maioria aprovadas entre 2001 e 2002, as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde afirmaram que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (formação de profissionais em 14 áreas). Ceccim e Feuerwerker (2004a: 1402), reafirmando a posição de orientação ao sistema de saúde vigente, discorrem que a formação do profissional deve *“atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde, às necessidades sociais, assegurando a integralidade da atenção e pela qualidade e humanização do atendimento”*. As diretrizes curriculares, no entanto, constituem-se apenas em uma indicação, uma recomendação, já que, no Brasil, as universidades gozam de autonomia. A autonomia universitária é definida na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), e tem exorbitado seus limites diante da natureza pública ou responsabilidade social da educação das novas gerações profissionais do país. A universidade não pode ser independente da regulação e direção política do Estado, e é papel dos governos, particularmente do governo federal, desenvolver políticas que induzam explicitamente as universidades ao cumprimento de seu papel social. (FEUERWERKER, 2003) A universidade exerce um mandato público, socialmente outorgado, e não uma soberania acadêmica como se a formação

profissional superior, a produção de conhecimento, a produção científica e tecnológica ou a promoção da informação, da arte e da cultura pudessem ser independentes dos interesses da sociedade ou da sua relevância pública.

Construir práticas pedagógicas comprometidas com estes referenciais não é nada fácil. A implementação de novos projetos é e continuará sendo um desafio para o delineamento de uma formação humanizada, exigida pela sociedade contemporânea e norteadas pelas diretrizes curriculares dos cursos de graduação em saúde. Buss (2003) descreve que tais mudanças na formação acadêmica e suas futuras práticas devem ser construídas permanentemente com reflexão crítica e em parceria entre universidades, serviços de saúde e comunidade, pois nenhum desses atores participantes possui todas as respostas e ferramentas necessárias à sua implementação e desenvolvimento.

Coerente com isso, no Departamento de Saúde Pública (DSP), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), desde 2005 vem se discutindo e construindo coletivamente uma proposta de disciplina interdisciplinar, com ações que colaborem com essas questões. Como o formato de disciplina não teve viabilidade, em 2007 foi aprovada neste Departamento, como Projeto de Extensão, a proposta *Educação em Saúde: colaborando no empoderamento com um trabalho interdisciplinar*. Na tentativa de contemplar uma contribuição real da universidade para a população, na área de controle social, de promoção de saúde e de educação em saúde, o projeto propõe contribuir com a interdisciplinaridade, em um trabalho conjunto entre departamentos, rompendo com a cultura dos “castelos corporativos”. Propõe também a inclusão do grupo de pesquisa Educação em Saúde para trabalhar acompanhando, simultaneamente, a proposta de **ensino**, de trabalho de **extensão** com a comunidade, e de **pesquisa**, gerando trabalhos de conclusão de curso e dissertações úteis para a comunidade, e assim completando o verdadeiro sentido do que se espera da universidade.

As atividades do Projeto de Extensão, após aprovação em outubro de 2007, iniciaram com alguns integrantes do grupo que se reuniram, convidando e selecionando os estudantes, que já haviam demonstrado interesse com a participação em oficina realizada anteriormente. Reuniu-se o grande grupo com a

realização de três seminários iniciais. Através de dinâmicas e discussões teóricas, facilitando a integração de todos, procurou-se contextualizar o principal objetivo do Projeto de Extensão: vivenciar com a comunidade experiências relacionadas principalmente à formação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) e fortalecimento do Controle Social do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como propiciar espaços de promoção da saúde. Assim, o convite foi intencional a quatro comunidades, e aconteceu por via dos CLS e seus representantes, sendo que três demonstraram interesse. Em uma delas, da Comunidade Leste, o CLS encontrava-se em fase de recomposição e não pode levar o Projeto a cabo.

O grupo envolvido com a construção do Projeto de Extensão iniciou a aproximação com as três comunidades antes das atividades de campo, por meio de encontros nos quais discutiu-se o Projeto, seus objetivos e metodologia, de modo que representantes do CLS das três comunidades colaborassem no delineamento inicial da proposta. O trabalho foi realizado com as duas que aceitaram, uma do Sul e outra do Norte da Ilha de Santa Catarina.

A metodologia de trabalho adotada no Projeto incluiu atividades semanais que alternavam participação nas reuniões e atividades dos CLS e encontros teóricos entre estudantes e facilitadores, destinados à reflexão sobre o cotidiano vivido nestas experiências. Dado que a realidade sócio-cultural das comunidades era muito distinta, desde o início da implementação deste Projeto as práticas e o andamento de cada grupo (Norte e Sul da Ilha) diferenciou-se bastante, ainda que se mantivesse a metodologia referida. Portanto, várias e distintas ações foram desenvolvidas *com* as comunidades ao longo do ano.

No decorrer deste período, as atividades do grupo vinculado ao Sul da Ilha concentraram-se mais fortemente na interação e cooperação com o fortalecimento do CLS e com as ações desenvolvidas pelos Grupos de Trabalho (GTs) já estruturados no CLS, que se encontrava em fase de retomada dos trabalhos por uma nova gestão que recentemente havia assumido.

Por outro lado, o grupo do Norte da Ilha voltou-se, desde o início, para ações mais relacionadas à interagência, visando à promoção da saúde, uma vez que nessa comunidade já haviam grupos organizados, de uma área de baixo poder aquisitivo, que

desenvolviam algumas ações que os estudantes puderam se envolver e corroborar o processo. Nesta localidade, o CLS encontrava-se aparentemente mais coeso e organizado, motivo que determinou o andamento dos trabalhos de modo diferente da comunidade do Sul da Ilha.

Neste sentido, havia a expectativa de que as atividades desenvolvidas nas diferentes comunidades envolvidas tivessem características, e provavelmente repercussões, muito particulares, uma vez que se adequaram à realidade social, bem como buscaram respeitar o cotidiano de vida e o imaginário coletivo dos sujeitos que a compunham. Não houve esta constatação. Os dois grupos caminharam na mesma direção, de colaborar com os CLS, tendo a expressão da singularidade de cada contexto como elemento diferenciador no processo.

Com base no exposto, este estudo propõe a seguinte investigação:

**Como as pessoas diretamente envolvidas das comunidades perceberam o trabalho com o Projeto de Extensão Interdisciplinar de Educação em Saúde?**





*[...] nem tudo é verdadeiro, mas em todo lugar e a todo o momento existe uma verdade a ser dita e a ser vista, uma verdade talvez adormecida, mas que, no entanto, está somente à espera de nosso olhar para aparecer, à espera de nossa mão para ser desvelada. A nós cabe achar as boas perspectivas, o ângulo correto, os instrumentos necessários, pois de qualquer maneira ela está presente aqui e em todo lugar.*

**Michel Foucault**



FIGURA 2 – Ponte Hercílio Luz, Florianópolis, SC, 2007.  
Fonte: o autor.

---

## **2 OBJETIVOS**



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar as percepções das pessoas diretamente envolvidas das comunidades sobre o Projeto de Extensão Interdisciplinar de Educação em Saúde.

### **2.2 Específicos**

- Identificar as interações entre os estudantes, facilitadores e comunidade;
- Analisar a percepção dos conselheiros e lideranças envolvidos no projeto de extensão interdisciplinar em relação à universidade;
- Identificar as contribuições do projeto de extensão interdisciplinar para o fortalecimento dos conselhos locais de saúde nas comunidades envolvidas;
- Descrever as aproximações e distanciamentos da universidade com as comunidades envolvidas.



*Não é a consciência do homem que lhe determina o ser, mas, ao contrário, o seu ser social que lhe determina a consciência.*

**Karl Marx**



FIGURA 3 – Lagoa da Conceição, Florianópolis, SC, 2005.  
Fonte: o autor.

---

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

A pesquisa bibliográfica, além de um tópico importante e fundamental em trabalhos acadêmicos, é instrumento que pode direcionar desde a formulação do problema de pesquisa até a análise e discussão dos resultados encontrados. É revisando a literatura pertinente à área ou assunto que se podem esclarecer os questionamentos iniciais, encontrando estudos já realizados e bases teóricas que possam esclarecer e conceituar os meios de se atingir os objetivos propostos e responder as perguntas de pesquisa. (STUMPF, 2006)

Neste processo, os referenciais iniciais descritos no projeto foram importantes para a sustentação do processo de pesquisa até a ida a campo, e assim se mantiveram descritos abaixo. Surgiu a necessidade, entretanto, advinda da dialética das reflexões e dos resultados que emergiram da base, de ampliar esse referencial. Novos apontamentos teóricos, que dão suporte e orientam as categorias que emergiram deste estudo, não foram previstos, sequer imaginados antes do tratamento dos dados. Daí a riqueza da dialética.

Os aprofundamentos teóricos relacionados à discussão e a fundamentação de uma ou mais das categorias deste estudo estão apresentados no manuscrito (artigo) que compõe o formato desse trabalho.

#### 3.1 Extensão Universitária

Em *Extensão ou Comunicação?* (1992), Paulo Freire pratica uma análise do termo “*extensão*”, partindo de pontos de vista diferentes: 1) sentido linguístico da palavra, 2) crítica a partir da teoria filosófica do conhecimento e 3) estudo de suas relações com o conceito de “invasão cultural”.

Um dos sentidos do termo extensão, para Freire (1992), indica a ação de estender e de estender em sua regência sintática de verbo transitivo relativo, de dupla complementação: estender *algo a*. Nesta acepção, quem estende, estende alguma coisa (objeto direto da ação verbal) *a* ou *até* alguém – (objeto indireto da ação verbal) – aquele que recebe o conteúdo do objeto da ação verbal.

O que busca o extensionista não é estender suas mãos, mas seus conhecimentos e suas técnicas. Em uma zona de



reforma agrária, por exemplo, que esteja sofrendo o fenômeno da erosão, que obstaculiza sua produtividade, a ação extensionista se dirige diretamente até a área que está se desgastando ou até os camponeses que se encontram mediatizados pela realidade de sua região, na qual se verifica o fenômeno da erosão. Se sua ação extensionista se desse diretamente sobre o fenômeno ou sobre o desafio, neste caso, da erosão, sem considerar sempre a presença humana dos camponeses, o conceito de extensão, aplicado a sua ação, não teria sentido. (FREIRE, 1992)

*Mas, precisamente porque sua ação de extensão se dá no domínio do humano e não do natural, o que equivale dizer que a extensão de seus conhecimentos e de suas técnicas se faz aos homens para que possam transformar melhor o mundo em que estão o conceito de extensão também não tem sentido do ponto de vista humanista. E não de um humanismo abstrato, mas concreto, científico. (FREIRE, 1992:11)*

Os primeiros registros oficiais sobre Extensão Universitária aparecem no Estatuto da Universidade Brasileira/Decreto-Lei nº 19.851, de 1931 e na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 4.024, de 1961, centrados na modalidade de transmissão de conhecimentos e assistência. A Reforma Universitária de 1968, Lei 5.540, tornou a extensão obrigatória em todos os estabelecimentos de ensino superior e nas universidades, como cursos e serviços especiais estendidos à comunidade. Essa lei exaltava a extensão como sendo o braço da universidade, cujo objetivo seria assumir a responsabilidade de compromisso social, realizando vinculações entre o ensino e a pesquisa. Assim, deveria ser apresentada como objeto do processo, capaz de promover a vinculação da instituição com a sociedade. (FORPROEX, 2007)

Com o fortalecimento da sociedade civil durante os anos 80 foi discutido um novo paradigma para a universidade brasileira, sua relação com a sociedade e o papel da extensão. Nesse movimento foi criado, em reunião na UnB, o Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas (1987), que expressa o seu novo conceito no I Encontro Nacional de Pró-

Reitores de Extensão (FORPROEX, 2007). Em 1988, foi aprovado na Constituição, no artigo 207, o princípio da indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão. (BRASIL, 1988)

O conceito de extensão definido pelo Fórum, naquela época, foi básico para o desenvolvimento conceitual, expresso no Plano Nacional de Extensão que explicita sua práxis nos princípios da indissociabilidade e ação transformadora com interação social e interdisciplinaridade:

*A Extensão Universitária é o processo educativo, cultural e científico que articula o Ensino e a Pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre Universidade e Sociedade. A Extensão é uma via de mão-dupla, com trânsito assegurado à comunidade acadêmica, que encontrará, na sociedade, a oportunidade de elaboração da práxis de um conhecimento acadêmico. No retorno à Universidade, docentes e discentes trarão um aprendizado que, submetido à reflexão teórica, será acrescido àquele conhecimento. Esse fluxo, que estabelece a troca de saberes sistematizados, acadêmico e popular, terá como consequências a produção do conhecimento resultante do confronto com a realidade brasileira e regional, a democratização do conhecimento acadêmico e a participação efetiva da comunidade na atuação da Universidade. Além de instrumentalizadora deste processo dialético de teoria/prática, a Extensão é um trabalho interdisciplinar que favorece a visão integrada do social. (Plano Nacional de Extensão, 1988). (FORPROEX, 2007:12)*

A definição elaborada no I Fórum de Pró-Reitores de extensão já vislumbrava a preocupação com a “produção do conhecimento acadêmico e a participação efetiva da comunidade na atuação da universidade”. Fazer extensão pressupõe a ação propriamente dita, pois esta não se enquadra em mera perspectiva contemplativa da realidade. Neste sentido, é importante ressaltar a conclusão do Fórum:

*[...] a intervenção na realidade não visa levar a universidade a substituir funções de responsabilidade do Estado, mas sim produzir saberes, tanto científico e tecnológico quanto artísticos e filosóficos, tornando-os acessíveis à população, ou seja, a compreensão da natureza pública da universidade se confirma na proporção em que diferentes setores da população brasileira usufruam dos resultados produzidos pela atividade acadêmica, o que não significa ter que, necessariamente, frequentar seus cursos regulares. (BRASIL, 2001:6)*

As ações de extensão são classificadas em programa, projeto, curso, evento e prestação de serviços. Conforme relatado no documento da FORPROEX (2007), o Plano Nacional de Extensão define Diretrizes para a Extensão Universitária que devem estar presentes em todas as ações de Extensão. Sejam elas:

- **Impacto e transformação** – Relação entre a universidade e outros setores da sociedade, com vistas a uma atuação transformadora, voltada para os interesses e necessidades da maioria da população e implementadora de desenvolvimento regional e de políticas públicas.

- **Interação dialógica** – Desenvolvimento de relações entre universidade e setores sociais marcadas pelo diálogo, pela ação de mão-dupla, de troca de saberes, de superação do discurso da hegemonia acadêmica – que ainda marca uma concepção ultrapassada de extensão.

- **Interdisciplinaridade** – Caracterizada pela interação de modelos e conceitos complementares, de material analítico e de metodologias, buscando consistência teórica e operacional que estructure o trabalho dos atores do processo social e que conduza à interinstitucionalidade, construída na interação e inter-relação de organizações, profissionais e pessoas;

- **Indissociabilidade ensino/pesquisa/extensão** – Reafirma a extensão como processo acadêmico – justificando-lhe o adjetivo “universitária” –, em que toda ação de extensão deverá estar vinculada ao processo de formação de pessoas e

de geração de conhecimento, tendo o aluno como protagonista de sua formação técnica para obtenção de competências necessárias à atuação profissional, e de sua formação cidadã.

A história da extensão está ligada à origem das Universidades europeias, caracterizando-se por campanhas de saúde e assistência às populações carentes e apontando para uma atividade pensada para redimir a Universidade do seu distanciamento de um determinado grupo social que não tinha acesso a ela. O que se nota desde a sua origem é que, além do caráter opcional, a extensão sempre apareceu como a maneira de aproximar a Universidade da população, principalmente de forma assistencial, esvaziada de qualquer significado emancipatório, mas como uma forma de realização das políticas de governo. Porém, os avanços na reflexão sobre a extensão universitária e os questionamentos feitos ao longo do tempo, trazem para o debate acadêmico a discussão de sua verdadeira função e quais deverão ser suas características. Não se quer com isso subscrever a tese de que a extensão universitária é a articuladora da universidade com a sociedade e que a redenção da universidade se fará através dela, pois este é um assunto para o ensino, à pesquisa e a extensão. (CASTRO; MATTOS, 2004)

O que se verifica na extensão é um fazer que invariavelmente pressupõe a presença de outro que não é somente aluno ou professor, mas um ouvinte. Esta ampliação de cenário permite, por sua vez, uma ampliação da experiência onde narrador e ouvinte se misturam e se revezam nos papéis. Quando a experiência é construída numa relação emancipatória, nascem outros narradores e outros ouvintes. (CASTRO; MATTOS, 2004)

Assim, a revalorização da extensão não é alheia às atualizações na formação acadêmica:

*A nova visão de extensão universitária passa a se constituir parte integrante da dinâmica pedagógica curricular do processo de formação e produção do conhecimento, envolvendo professores e alunos de forma dialógica, promovendo a alteração da estrutura rígida dos cursos para uma flexibilidade curricular que possibilite a formação crítica. (JEZINE, 2004:3)*

A formação do aluno, dessa forma, vai além da aquisição de conhecimentos técnico-científicos, até porque estes se esvaziam quando não integrados à realidade. Para uma abordagem inovadora, a aprendizagem deve ir além da aplicação imediata, impulsionando o sujeito a criar e responder a desafios, a ser capaz de gerar tecnologias e de manter a habilidade de aprender e recriar permanentemente; ou seja, a graduação deve se transformar no *lócus* de construção/produção do conhecimento, em que o aluno atue como sujeito da aprendizagem (MELLO, 2009)

A complexidade que caracteriza o mundo atual e, particularmente, o cenário de saúde exige o desenvolvimento de programas interdisciplinares de ensino com vistas a alcançar novo tipo de pensamento e a formação do profissional de saúde comprometido com a reconstrução social. (VILELA; MENDES, 2003)

### **3.2 Interdisciplinaridade**

O conceito de interdisciplinaridade nasceu no século XX e só a partir da década de 60 começou a ser enfatizado pela necessidade de ultrapassar o conhecimento fragmentado, embora sempre tivesse existido, em maior ou menor escala, certa tendência à unidade do saber ao longo da história. (VILELA; MENDES, 2003)

Japiassu (1976) descreve que, na tradição grega, havia um programa de ensino chamado *Enkúklios Paideia*, o qual foi retomado pelos romanos e transmitido à Idade Média. Esses modelos estudavam a totalidade do saber como ideal de educação e tinham como objetivo a formação da personalidade integral. As disciplinas articulavam-se entre si, formando uma unidade e conservavam a integridade epistemológica naquela época, à qual correspondia uma pedagogia também unitária. A integração dos saberes também se manteve presente no Movimento Iluminista, no século XVIII, quando a enciclopédia foi tomada como modelo na defesa da unidade do conhecimento.

No entanto, conforme afirma Almeida Filho (1997), o advento da Modernidade, por volta do século XVII, provocou um processo de desintegração crescente da unidade do saber. A era moderna foi um período marcado por grande efervescência

cultural, quando se destacou Descartes, que inaugurou definitivamente o pensamento moderno ao propor o uso disciplinado da razão como via para o conhecimento verdadeiro e definitivo da realidade. Ele também formulou os princípios dessa nova forma de produção de saberes, caracterizado por várias operações de decomposição da coisa a conhecer e pela redução às suas partes mais simples. Esse modelo é conhecido como modelo cartesiano e tornou-se um paradigma.

O paradigma cartesiano mostrou-se bastante conveniente para construir e tratar objetos simples e proporcionou uma simbiose entre ciência e técnica, atendendo às necessidades da industrialização. Dessa maneira, abriu-se o caminho para a fragmentação do conhecimento, uma vez que as indústrias necessitavam urgentemente de especialistas para enfrentar os problemas e objetivos específicos de seus processos de produção e comercialização. Dessa maneira, o século XIX marca a consolidação das especializações. (ALMEIDA FILHO, 1997)

Para Almeida Filho (1997), ainda, a ciência ocidental se desenvolveu com base na noção de especialização, a qual foi se valorizando cada vez mais e, no campo das práticas sociais, novas profissões foram criadas e um novo sistema de ensino e formação foi se estruturando, com base na estratégia da disciplinaridade, caracterizada pela fragmentação do objeto e pela crescente especialização do sujeito científico.

Se a visão cartesiana de mundo permitiu, conforme Vilela e Mendes (2003), o desenvolvimento científico-tecnológico, presente no mundo atual, o reducionismo que o caracteriza apresenta um perigo na medida em que reconhece o método analítico como sendo capaz de oferecer a explicação mais completa e a única forma válida de produzir conhecimento.

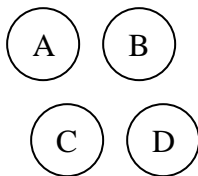
Admite-se, no entanto, que a produção do conhecimento é histórica, social e culturalmente determinada, sendo assim, o modelo de pensamento desenvolvido nos séculos XVI e XVII passa, hoje, por revisão, em função das novas perspectivas e desafios que se apresentam à ciência. O racionalismo da modernidade já apresenta sinais de esgotamento e essa constatação foi possível graças ao avanço da ciência proporcionado pelo próprio modelo. É nesse contexto que se coloca a interdisciplinaridade que, ao invés de se apresentar como alternativa para substituição de um modo de produzir e transmitir conhecimento, propõe-se a ampliar a nossa visão de

mundo no propósito de superar a visão disciplinar. (VILELA; MENDES, 2003)

A interdisciplinaridade tem sido objeto permanente de pauta quando se pretende discutir as ciências da saúde. Esse neologismo pode ter sentidos amplos e diversificados e consequentes usos. Assim, utilizar-se-á a definição a interdisciplinaridade como a relação articulada entre as diferentes profissões, de acordo com Cutolo (2007), que utilizando as categorias epistemológicas de Fleck, ainda qualifica as diferentes profissões em Coletivos de Pensamento, onde cada uma tem seu Estilo de Pensamento, ou seja, um conjunto de regras para abordagem e resolução dos problemas segundo sua formação específica.

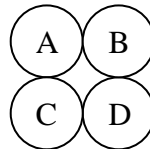
Conforme as aproximações de Japiassú (1976), modificadas por Cutolo (2007), tem-se: *multidisciplinaridade*, *pluridisciplinaridade*, *interdisciplinaridade* e *transdisciplinaridade*. A *multidisciplinaridade* é a execução de disciplinas desprovidas de objetivos comuns sem que ocorra qualquer aproximação ou cooperação (FIGURA 4). Já na *pluridisciplinaridade*, há um toque, um tangenciamento, certa relação entre as disciplinas, mas sem ordenação (FIGURA 5).

FIGURA 4 – Multidisciplinaridade



Fonte: Cutolo, 2007.

FIGURA 5 – Pluridisciplinaridade



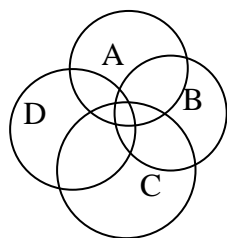
Fonte: Cutolo, 2007.

À *multidisciplinaridade*, Almeida Filho (2005) acrescenta como sendo um sistema que funciona através da justaposição de disciplinas em um único nível, ausente uma cooperação sistemática entre os diversos campos disciplinares. Para Almeida Filho (2005), *pluridisciplinaridade* implica a justaposição de diferentes disciplinas científicas que efetivamente desenvolveriam relações entre si, portanto, ainda um sistema de um só nível, porém os objetivos são comuns, podendo existir

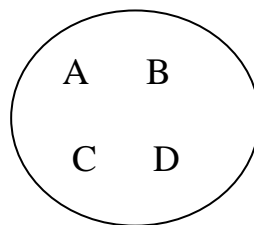
algum grau de cooperação mútua entre as disciplinas. De todo modo, envolvendo campos disciplinares situados num mesmo nível hierárquico, há uma clara perspectiva de complementaridade, sem, no entanto, ocorrer coordenação de ações nem qualquer pretensão de criar uma axiomática comum.

No caso da *interdisciplinaridade*, é a possibilidade de trabalho conjunto na busca de soluções, respeitando-se as bases disciplinares específicas (FIGURA 6). E, finalmente, a *transdisciplinaridade* refere-se ao trabalho coletivo que compartilha conceitos, construindo teorias compartilhadamente, conceitos e abordagens para lidar com problemas comuns. (CUTOLO, 2007) Nesse caso, não há limites precisos entre as disciplinas (FIGURA 7).

FIGURA 6 – Interdisciplinaridade FIGURA 7 – Transdisciplinaridade



Fonte: Cutolo, 2007.



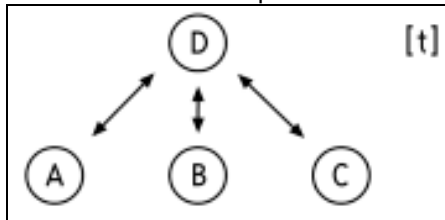
Fonte Cutolo, 2007.

Almeida Filho (2005) ainda discorre sobre *metadisciplinaridade* (FIGURA 8), destacando-a como uma contribuição de Bibeau (1996). Situa-se num nível epistemológico superior que assegura a relação e as inter-relações entre as disciplinas. Atua como mediadora da comunicação entre as disciplinas do campo. No campo da saúde coletiva, a clínica bem poderia ocupar esta posição metadisciplinar. Outro termo adicional é a *interdisciplinaridade auxiliar* (FIGURA 9), interação de diferentes disciplinas científicas (A, B, C e D), sob a dominação de uma delas (no caso D), que se impõe às outras enquanto campo integrador e coordenador. A *interdisciplinaridade* implica uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas A, B, C e D, cujas relações são definidas



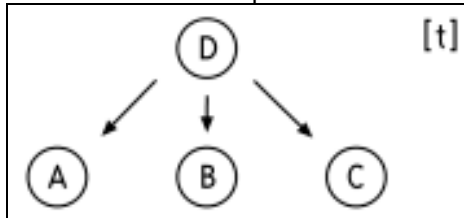
a partir de um nível hierárquico superior, ocupado por uma delas (no caso, D). Esta última, geralmente determinada por referência à sua proximidade da temática comum, atua não somente como integradora e mediadora da circulação dos discursos disciplinares, mas principalmente como coordenadora do campo disciplinar.

FIGURA 8 – Metadisciplinaridade



Fonte: ALMEIDA FILHO, 2005

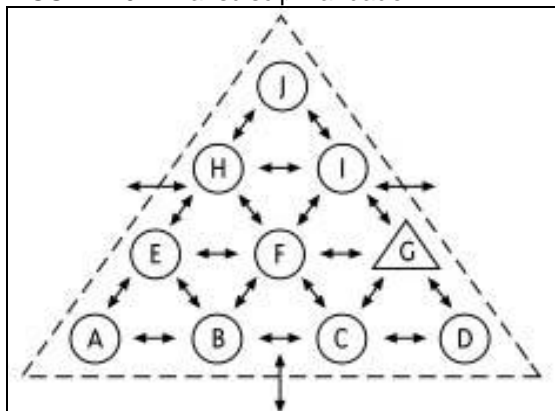
FIGURA 9 – Interdisciplinaridade auxiliar



Fonte: ALMEIDA FILHO, 2005

*Transdisciplinaridade* (FIGURA 10) trata-se do efeito de uma integração das disciplinas de um campo particular sobre a base de uma axiomática geral compartilhada. Baseada em um sistema de vários níveis e com objetivos diversificados, sua coordenação é assegurada por referência a uma finalidade comum, com tendência à horizontalização das relações de poder. Implica criação de um campo novo que idealmente desenvolverá uma autonomia teórica e metodológica perante as disciplinas que o compõem. A transdisciplinaridade significa uma radicalização da interdisciplinaridade, com a criação de um campo teórico, operacional ou disciplinar de tipo novo e mais amplo. (ALMEIDA FILHO, 2005)

FIGURA 10 – Transdisciplinaridade



Fonte: ALMEIDA FILHO, 2005

Furtado (2007) ressalta que tanto a disciplinaridade quanto a interdisciplinaridade são construções históricas e produto de tensões entre o sujeito pensante e as condições materiais e objetivas de existência que o cercam e que, inexoravelmente, interferem nessas produções e elaborações. Desse modo, as relações entre disciplinas não poderiam ser reduzidas a criações oriundas de um sujeito abstrato inserido apenas no mundo das ideias e apartado de seu objeto. Tais críticas buscam contribuir para o avanço na compreensão e eventual operacionalização do conceito ao apontar algumas de suas lacunas.

A interdisciplinaridade assume grande importância na medida em que identifica e nomeia uma mediação possível entre saberes e competências e garante a convivência criativa com as diferenças. Além disso, ela aponta a insuficiência dos diversos campos disciplinares, abre caminhos e legitima o tráfego de sujeitos concretos e de conceitos e métodos entre as diferentes áreas do conhecimento. Assim sendo, representa uma ferramenta fundamental na ciência, não devendo ser tomada como um fim em si mesmo ou uma nova ciência a ser constituída. Contudo, sua função como tal só se realizará a medida que sua inserção epistemológica criar pontes com as práticas concretas. (FURTADO, 2007) Conforme Almeida Filho (1997), a ideia de interação disciplinar e profissional só é possível e ganha sentido na prática.

A colaboração profissional e o profissionalismo são dois lados em constante oposição, apesar de um depender do outro. Por um lado, o primeiro requer ou promove interações nas quais os profissionais partilham seus conhecimentos, especialização, experiência e habilidades entre si, com vistas a proporcionar melhor atenção ao paciente. Ela carrega valores humanistas e resposta a diversos impasses como a complexidade dos problemas clínicos, a alienação do trabalhador e a duplicação de cuidados. Por outro lado, o segundo é a delimitação estrita de territórios de cada grupo profissional, é a assimilação de saberes específicos em suas respectivas faculdades vinculados a associações, conselhos de classe e código de ética. (FURTADO, 2007)

Abordar o tema da colaboração implica considerar duas forças antagônicas: a primeira, representada pelas corporações profissionais, tenta continuamente garantir um mercado inviolável e sua autonomia para elevar seu grau de dominação e controle sobre outras categorias (diferenciação). A outra, por sua vez, aponta para a necessidade de colocar em comum e partilhar conhecimentos, especialidades, experiências, habilidades e, inclusive, a intersubjetividade (integração). Desta forma, discutir interdisciplinaridade para o campo das práticas é enfrentar a diferenciação e a integração cuja predominância pode variar ao longo do tempo, ao longo de uma situação vivida pelo profissional e sofrer influências da organização institucional e outras estruturas maiores e englobantes o que não depende apenas da vontade dos profissionais. (FURTADO, 2007)

Por outro lado, Vilela e Mendes (2003) acrescentam que interdisciplinaridade também é uma questão de atitude. “É uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida diante do problema do conhecimento, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentária, para unitária, do ser humano”. Está também associada ao desenvolvimento de certos traços da personalidade, tais como flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, aceitação de riscos, aprender a agir na diversidade, aceitar novos papéis.

Entre as dificuldades para a construção da proposta interdisciplinar, na área da saúde, destacam-se: o mito de que a ciência “pura e imaculada” conduz necessariamente ao

progresso; os obstáculos de ordem psicossocial de dominação dos saberes, em que os processos de competição, de posição defensiva e de segurança econômica assumem papel fundamental, de forma que os processos acabam se constituindo num problema epistemológico. São também considerados obstáculos à interdisciplinaridade no campo da Saúde Coletiva: a forte tradição positivista e biocêntrica no tratamento dos problemas de saúde, os espaços de poder que a disciplinarização significa a estrutura das instituições de ensino e pesquisa em departamentos, na maioria das vezes, sem nenhuma comunicação entre si, as dificuldades inerentes à experiência interdisciplinar, tais como a operacionalização de conceitos, métodos e práticas entre as disciplinas. (VILELA; MENDES, 2003)

Um dos aspectos importantes de enfrentamento dos obstáculos à interdisciplinaridade é a construção de um novo cenário na formação dos profissionais de saúde, voltado mais à promoção da saúde e à educação popular. Para isso, é necessário que a universidade lance mão de uma “pedagogia não-normativa, problematizadora e dialogal” do tipo proposto por Freire (1992).

### 3.3 Educação em Saúde

Há que se diferenciar as formas de educar apresentadas na saúde, podendo ser sintetizadas em pelo menos três modelos: a **educação para a saúde**, a **educação em saúde** e a **educação popular e saúde**. **Educar para a saúde** é levar à população a compreensão e as soluções corretas que os profissionais conscientes, politizados e conhecedores da ciência descobriram. Para Vasconcellos (1991), neste modelo, educar é conscientizar o povo que ainda não se conscientizou. Grosso modo, a educação aqui figura como um instrumento autoritário para se atingir o objetivo da saúde.

Já a **educação em saúde** é entendida como uma educação baseada no diálogo, na troca de saberes. Um intercâmbio entre o saber científico e o popular, em que cada um deles tem muito a ensinar e aprender. A educação, como um processo de diálogo, indagação, reflexão, questionamento e ação partilhada, propõe, como objetivo principal, tornar as pessoas cada vez mais capazes de pensar e de encontrar

formas alternativas de resolver seus problemas, não apenas de seguir normas recomendadas de como ter mais saúde ou evitar doenças. (VASCONCELLOS, 1991)

A **educação popular em saúde** nasce da efetiva integração dos movimentos sociais com a saúde, sendo o processo educativo a mola propulsora da construção da cidadania. Assim, para Vasconcellos (1991), um dos espaços mais representativos desta vertente encontra-se nos mecanismos de participação popular e controle social no e do SUS.

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 o homem e a sociedade. (MACHADO *et. al*, 2007)

Dessa forma, o conceito de educação em saúde está 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. Machado *et. al*, 2007 afirma ainda que essa noção está baseada em um conceito de saúde, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais (ausência de doença), ambiental, pessoal e social.

Uma educação em saúde nos moldes da integralidade inclui políticas públicas, ambientes apropriados para além dos tratamentos clínicos e curativos, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, envolvidas na melhoria da qualidade de vida e na promoção do homem. (MACHADO *et al*, 2007)

A educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade. (MACHADO *et al*, 2007)

As primeiras práticas educativas ligadas à saúde pública no Brasil datam do começo do século XX, sendo marcadas por uma postura autoritária e normatizadora. Pautadas na modificação compulsória de padrões de comportamentos da população, por meio da reprodução de informações acerca da história natural da doença e da culpabilização do indivíduo (DA ROS, 2005), constituíram o que ainda hoje chamamos Educação Sanitária (DA ROS, 2000). Estas práticas, implementadas pelo Estado, eram definidas pela elite política e técnico-científica da época e representavam os interesses do poder dominante (VASCONCELOS, 2001).

Até o final do século XX, conforme Da Ros (2000), existia duas grandes tendências da educação em saúde no Brasil relacionadas à saúde coletiva, polarizadas nos dois maiores centros de pesquisa da área, a Universidade de São Paulo (USP) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ): A Educação Sanitária e a Educação em Saúde, respectivamente.

A educação sanitária sustenta-se na ideia de que a educação pode transformar a realidade social, especialmente a partir da ação isolada dos sujeitos através de mudanças em seu comportamento. Tinha como seus teóricos e disseminadores os pesquisadores da USP. Possuíam algumas características comuns:

*[...] higiene (ou cuidados) individual para evitar doenças- que são responsabilidade dos indivíduos (ou de seus pais que não lhe garantem educação) -; estes cuidados, embora sejam pensados de várias maneiras, por exemplo, saneamento do meio ambiente, combate a fatores de risco, existência de habitação arejada, etc., características da multicausalidade, são defendidas para evitar a entrada do agente causal- portanto, de concepção claramente biologicista. Há uma negação explícita da determinação social no processo saúde- doença sendo o educador conhecedor da “verdade científica” e que deve inculcar tal conhecimento em uma população, objeto do planejamento em saúde dos técnicos. (DA ROS, 2000: 134)*

A constituição da linha de pesquisa em Saúde Coletiva na ENSP a partir de 1976, quando se instaurou a área de Educação em Saúde propôs outro estilo de pensamento. Algumas peculiaridades da educação em saúde, relatadas por Da Ros (2000) são: *“a relação entre educador/pesquisador – educando/pesquisado é biunívoca; o conceito de saúde utilizado é o da determinação social do processo saúde – doença; a concepção de mundo está calcada basicamente no materialismo histórico”* (:138). Esta educação assume-se como prática libertadora, nela inexistindo a neutralidade do pesquisador. Alguns dos trabalhos examinados por Da Ros (2000) criticam a postura ideológica da educação sanitária, desde a formação de profissionais que serão inculcados para atuar, como a sua prática verticalista, dona de verdades a serem passadas ao “povo”, que será o objeto de suas informações e ações. Criticam, ainda, a ineficiência das ações para o resultado proposto.

Nesta direção, surgiram no Brasil, também na durante a década de 70, novas tendências de pensamento em saúde que propuseram a (re)significar o papel da educação em saúde, dando origem às práticas de educação popular em saúde. Naquele momento histórico, a conjuntura política do país evidenciava intensas crises sociais e econômicas e o aprofundamento das desigualdades sociais se expressava cada vez mais na precariedade das condições de vida da maioria da população, o que causava um imenso descontentamento nos cidadãos. Com a repressão patrocinada pelo regime militar e o enfraquecimento dos espaços populares articulados, como sindicatos, partidos políticos e associações, a população passou a buscar novas formas de resistência e encontrou na Igreja Católica, por meio de sua ala progressista, apoio e proteção. (VASCONCELOS, 2001).

A inclusão de diversos intelectuais em um meio de propagação de suas ideias e do seu descontentamento com a política estatal que privilegiava a prática mercantilista na saúde. Surgiram então algumas experiências autônomas de serviço de saúde comunitário. Grupos de profissionais insatisfeitos com a mercantilização da saúde e com as más condições de vida da população começaram a se aproximar das classes populares dando início a uma nova forma de comunicação entre os mesmos e à implantação de ações realmente integradas à dinâmica local (VASCONCELOS, 2001).

A participação de profissionais de saúde nas experiências de educação popular a partir dos anos 70 trouxe para o setor saúde uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde. Difundiram-se então nesse meio as ideias e teorias de Paulo Freire, as quais se tornaram norteadoras das relações entre as classes populares e os intelectuais. (VASCONCELOS, 2001).

### 3.3.1 Educação popular em saúde

Tradicionalmente, a educação em saúde tem sido um instrumento de dominação, de afirmação de um saber dominante, de responsabilização dos indivíduos pela redução dos riscos à saúde. A educação em saúde hegemônica ensinada nas universidades pouco tem atuado na promoção da saúde de forma mais ampla. As críticas a essa política dominante têm levado muitos profissionais a trabalhar com outro modo de promover educação em saúde, dentre as quais se destacam aquelas referenciadas na educação popular. (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004)

Segundo esses autores, a educação popular pode ser um instrumento auxiliar na incorporação dessas novas práticas pelos profissionais e serviços de saúde. Sua concepção teórica valoriza o saber do outro e entende que o conhecimento é um processo de construção coletiva e visa a um novo entendimento das ações de saúde como ações educativas.

Na saúde, Vasconcelos (2001) lembra que a origem da utilização da educação popular remonta ao início da década de 1970, período no qual as experiências alternativas de saúde começam a se reestruturar, em paralelo às Comunidades Eclesiais de Base, com o ressurgimento dos movimentos sociais de luta contra a ditadura. O autor relata que

*[...] a participação de profissionais de saúde nas experiências de educação popular, a partir dos anos 70, trouxe para o setor saúde uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde. (VASCONCELOS, 2001:14)*



A metodologia da educação popular, na forma concebida por Paulo Freire, era o referencial dessas experiências da época, o que o Vasconcelos (2001) considera como um elemento estruturante fundamental.

Vasconcelos (2001) ainda define a educação popular como um modo de participação para a organização de um trabalho político que abre caminho para a conquista da liberdade e de direitos. Ela objetiva trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, incentivando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento.

O despertar desta percepção do *estar no mundo* faz parte da essência da educação popular em saúde e revela que, *“antes de um método, ela constitui um modo de se relacionar ‘com’ o outro, uma forma de ‘perceber, estar e atuar’ no mundo num dado momento histórico”* (SEVERO *et al*, 2007:242).

Entretanto, é comum entre os profissionais de saúde pensar que o saber clínico e a formação acadêmica são suficientes para fazer educação em saúde. Com esse raciocínio, é frequente encontrar atividades educativas que fazem uma transposição da prática clínica individual e prescritiva para o grupo, tratando a população usuária de forma passiva, transmitindo conhecimentos técnicos sobre as doenças e como cuidar da saúde, sem levar em conta o saber popular e as condições de vida dessas populações. Muitas vezes, a culpabilização do próprio paciente por sua doença predomina na fala do profissional de saúde, mesmo que este conscientemente até saiba dos determinantes sociais do processo saúde-doença. (VALLA, 1999)

Hoje a educação popular possui coordenação dentro do Ministério da Saúde (MS), uma importante ação para o incentivo desse tema na formação acadêmica. O MS reorganizou as ações de educação, criando o Departamento de Gestão da Educação em Saúde (DEGETES) que vem incentivando também os movimentos e práticas de educação popular em saúde de todo o país. Além disso, foi criada a ANEPS, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde. Também foram realizados encontros nacionais, lançados livros específicos

sobre o tema e criou-se um grupo de trabalho junto à Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva). (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004)

### 3.4 Promoção da Saúde

O conceito de Promoção da Saúde surgiu na década de 40, de forma latente em 1946, com Sigerist, que foi um dos primeiros autores a referir o termo, quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação, e afirmou que a saúde se promove proporcionando condições de vida decente, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso, para o que pediu o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos. A estes, como especialistas em saúde, caberia definir normas e fixar padrões. (BUSS, 2000b)

O moderno movimento de promoção da saúde surgiu formalmente no Canadá, em maio de 1974, com a divulgação do documento *A New Perspective on the Health of Canadians*, também conhecido como *Informe Lalonde* (1974). Lalonde era então Ministro da Saúde daquele país. Conforme descreve Buss (2000b), a motivação central do documento parece ter sido política, técnica e econômica, pois visava enfrentar os custos crescentes da assistência médica, ao mesmo tempo em que se apoiava no questionamento da abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas, pelos resultados pouco significativos que aquela apresentava.

Os fundamentos do Informe Lalonde encontram-se no conceito de campo da saúde, que reúne os chamados *determinantes da saúde*. Esse conceito contempla a decomposição do campo da saúde em quatro amplos componentes: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde, dentro dos quais se distribuem inúmeros fatores que a influenciam. O documento concluiu que quase todos os esforços da sociedade canadense destinados a melhorar a saúde, bem como a maior parte dos gastos diretos em matéria de saúde, concentravam-se na organização da assistência médica. No entanto, as causas principais das enfermidades e mortes tinham suas origens nos

outros três componentes: biologia humana, meio ambiente e estilos de vida. (BUSS, 2000b)

A promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, bem como a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução. (BUSS, 2000a)

*Neste sentido, a promoção da saúde surge como uma revalorização do social como fonte de explicação dos problemas de saúde e como recurso a ser mobilizado para enfrentar os mesmos, representando uma importante reação a biologização da saúde pública que marcou os primeiros 70 anos deste século, desde o surgimento da teoria bacteriológica. (BUSS, 2000a:16)*

Como uma das estratégias de produção, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, a promoção da saúde contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. (BRASIL, 2006)

No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso país – como, por exemplo, violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada. Potencializa, em suma, formas mais amplas de se intervir em saúde. (BRASIL, 2006)

Para Carvalho (2005), a Promoção da Saúde vem apresentando abordagens distintas. Uma de suas correntes é a chamada Behaviorista, que preconiza a adoção de comportamentos saudáveis, o que impõe limites teóricos e

práticos ao entendimento do processo saúde-doença, uma vez que desconsidera a importância da relação entre o modo como a sociedade se organiza e a saúde da população. Para Buss (2000b), essa visão é equivocada, pois se confunde com prevenção de doenças, à medida que trabalha com enfoque no biológico, evitando as causas das mesmas.

A prevenção difere-se da promoção, para Buss (2003), porque se orienta mais às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupo de enfermidades ou de uma enfermidade específica; seu foco é a doença e os mecanismos para atacá-la, mediante o impacto sobre os fatores mais íntimos que a geram ou precipitam.

Para a prevenção, evitar a enfermidade é o objetivo final e, portanto, a ausência de doenças seria um objetivo suficiente. Já para a promoção da saúde, seu objetivo é contínuo, um nível ótimo de vida e de saúde; então, a ausência de doenças não basta, já que perante qualquer nível de saúde registrado em um indivíduo sempre haverá algo a ser feito para promover um nível de saúde melhor e condições de vida mais satisfatórias. (GUTIERREZ et al apud BUSS, 2003)

A Carta de Ottawa, documento formulado na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada no Canadá em 1986, propõe como medidas de revigoramento do ideário da Promoção a necessidade de transformar as condições de vida dos mais desfavorecidos, a defesa do seu envolvimento e participação nas decisões referentes à saúde, a priorização de ações voltadas à capacitação de indivíduos e coletivos para a tomada de decisões e a importância dos profissionais e serviços de atenção primária para a educação e defesa da saúde. Esta visão torna-se conhecida por alguns estudiosos como a “Nova Promoção da Saúde”. (CARVALHO, 2005)

*Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde*

*deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (Carta de Ottawa, OMS, 1986)*

Na perspectiva da “Nova Promoção da Saúde”, os trabalhadores da saúde devem procurar estabelecer vínculos e criar laços de corresponsabilidade com os sujeitos que irão decidir o que é bom para si, de acordo com suas próprias crenças, valores, expectativas e necessidades. (CARVALHO, 2005)

Desta forma, as ações de promoção da saúde são entendidas como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo sua maior participação no controle desse processo. Segundo Buss (2003), a promoção da saúde busca resgatar a dimensão da educação em saúde avançando com a ideia de empoderamento, ou seja, a importância do processo de capacitação (aquisição de conhecimentos) e consciência política comunitária. A percepção de que essa mudança no estilo de educação em saúde deve acompanhar a formação dos profissionais de saúde também está presente na declaração resultante desta conferência.

Ao levar em conta todos os fatores causais da saúde e da doença, essa nova corrente da promoção da saúde, que amplia o alcance de suas atividades para além dos parâmetros tradicionais da saúde pública e da prevenção de doenças, pode contribuir para a ruptura entre velhas e novas práticas. Por outro lado, apesar de seu discurso politicamente correto, há uma dificuldade para a implementação dessas estratégias, uma vez que em nome do consenso ela pode significar tudo para todos e, precisamente por isso, mostra-se pouco capaz para prover meios para uma estratégia clara de soerguimento da Saúde Pública. Carvalho (2005) ainda explica essa dificuldade pela incorporação pragmática de categorias dos distintos saberes que faz com que o conceito *empowerment* (empoderamento, participação

comunitária) careça de adjetivações que indiquem com maior precisão o significado desejado. O autor argumenta que distintos profissionais analisam a promoção da saúde com base em referenciais de sua especialidade, o que tem gerado mal-entendido e contribuído para a fragmentação das práticas.

A construção das mudanças necessárias no cotidiano das práticas profissionais de saúde, conforme Verdi e Caponi (2005:87), precisam ser refletidas na direção das *“implicações éticas das ações dos trabalhadores como agentes morais”*, assim como compreender o caráter dinâmico da sociedade como um espaço em permanente disputa de interesses políticos e desejos individuais e coletivos, que envolvem forças díspares, valores diversos e crenças divergentes. Nesse sentido, pensar em *“promoção da saúde na nossa realidade concreta é pensar em políticas públicas voltadas para a diminuição das iniquidades existentes na sociedade”*, em especial a brasileira, evidenciadas nas desigualdades em saúde, mas cujas raízes situam-se nas desigualdades de acesso ao conjunto de condições mínimas para a saúde. Pensar em políticas públicas saudáveis neste cenário implica, sem dúvida, em primeiro lugar, ter como diretriz política a eliminação das múltiplas carências cotidianas da vida individual e coletiva, que passam pela pobreza, pela fome, pela exclusão social, inclusive de acesso aos serviços práticas de saúde. Implica, também, em situar estes objetivos no vértice da pirâmide de prioridades políticas, visto serem os verdadeiros determinantes do desequilíbrio social e sanitário forjado em nossa sociedade.

### **3.5 Participação Social**

A participação, além de ser um meio para a solução de problemas cotidianos, é, sobretudo, *“[...] uma necessidade fundamental do ser humano, como a comida, o sono e a saúde.”* (BORDENAVE, 1983:16) É portanto através da participação que as pessoas se realizam e desenvolvem seu potencial. Através dela é que se realizam e se fazem coisas, afirma-se a si mesmo como sujeito no mundo. *“Apesar de a participação ser uma necessidade básica, o homem não nasce sabendo participar. A participação é uma habilidade que se aprende e se aperfeiçoa”*. (:46)

A participação popular e a descentralização das decisões mostram-se como caminhos mais adequados para enfrentar os problemas. Ela facilita o desenvolvimento da consciência crítica da população e aumenta a possibilidade de resolver e/ou encontrar soluções para as problemáticas de modo pacífico.

*Ela [a participação] pode ser aprendida e aperfeiçoada pela prática e a reflexão. A qualidade de participação se eleva quando as pessoas aprendem a conhecer sua realidade; a refletir; a superar condições reais ou aparentes; a identificar premissas subjacentes, a antecipar consequências; a entender novos significados das palavras; a distinguir efeitos de causas, observações de inferências e fatos de julgamentos. A qualidade da participação aumenta quando as pessoas aprendem a manejar conflitos; clarificar sentimentos e comportamentos; tolerar divergências; respeitar opiniões; adiar gratificações. A qualidade é incrementada quando as pessoas aprendem a organizar e coordenar encontro, assembleias e mutirões; a formar comissões de trabalho; pesquisar problemas; elaborar relatórios; usar meios e técnicas de comunicação. (BORDENAVE, 1983:72)*

A participação social como elemento estruturante do sistema de saúde, em suas diferentes esferas, esteve presente desde início da proposta do Movimento da Reforma Sanitária, o qual, já nos anos 70, compreendia como indissociáveis as lutas contra a ditadura militar, pela democratização do poder público e pela garantia da saúde como direito do cidadão e dever do Estado (SCOREL; MOREIRA, 2008).

Outras instâncias de participação social também foram instituídas pela Constituição de 1988, chamada de “constituição cidadã”, como as eleições diretas para presidentes, governadores, prefeitos, deputados federais, estaduais e vereadores; os plebiscitos, os referendos e os projetos de iniciativa popular (SCOREL; MOREIRA, 2008).

Na política de saúde, a participação social e comunitária é garantida a partir das leis n. 8.142 e 8.080 de 1990, que

regulamentam a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS através das conferências e conselhos de saúde nas esferas nacional, estadual e municipal, instituindo um sistema de controle social.

O controle social em saúde é entendido como a possibilidade de participação na gestão do sistema de saúde por parte de toda a sociedade, através de espaços participativos como os conselhos e conferências. É a capacidade que a sociedade tem de influenciar no planejamento e na gestão da coisa pública, alargando as possibilidades de construção de uma esfera verdadeiramente pública (CORREIA, 2005).

### **3.6 Controle Social do SUS**

A expressão “controle social”, na sociologia, é utilizada para designar os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade, submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais. Para Correia (2005), segundo esta concepção o Estado controla a sociedade em favor da classe dominante, implementando políticas sociais para amenizar os conflitos de classe.

Na área da saúde, o controle social surgiu historicamente a partir da década de 70, como resultado do restabelecimento dos canais de relação entre o Estado e a sociedade. Durante a ditadura militar o controle social foi exercido exclusivamente pelo Estado sobre a sociedade civil, por meio de decretos secretos, atos institucionais e repressão a qualquer expressão política por parte da população. (CORREIA, 2005)

Com a proposta do SUS como alternativa ao sistema de saúde em vigor, o Movimento da Reforma Sanitária é legitimado pela VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, com ampla participação dos setores organizados na sociedade civil, que pela primeira vez tinham presença efetiva na CNS. O controle social foi apontado na VIII CNS como um dos princípios alimentadores da reformulação do Sistema Nacional de Saúde, e como imprescindível para a sua democratização. Na Constituição Federal de 1988, no item III do artigo 198 da seção II, torna-se lei “*A participação da comunidade, tratada como diretriz do novo sistema Nacional de Saúde (SUS)*”. (CORREIA, 2005:63)

A questão do controle social, comumente referida à formação e atuação dos conselhos de saúde, tem se mostrado,



por outro lado, a principal inovação política do SUS e seu conceito básico de pactuação política entre grupos de interesses tem penetrado, inclusive, nas próprias relações intergovernamentais, especialmente a partir da criação das comissões intergestores bipartite (CIB) e tripartite (CIT). Estes espaços públicos de conflito e pactuação política são usualmente tratados em abordagens acerca da ação coletiva, como na teoria pluralista, ou sobre o neocorporativismo; a adaptação do estado capitalista contemporâneo ao conflito entre as lógicas da acumulação e da equidade remete à temática do estado de bem-estar social e crítica liberal. (RIBEIRO, 1997)

O papel de constatar a realidade e de produzir sentidos, no caso da saúde, pertence tanto ao SUS como às instituições formadoras de suas profissões. Cabe ao SUS e às instituições formadoras coletar, sistematizar, analisar e interpretar permanentemente informações da realidade, problematizar o trabalho e as organizações de saúde e de ensino, e construir significados e práticas com orientação social, mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b)

O controle social em saúde possui dois dispositivos importantes para orientar os sentidos da formação. Previstos em lei específica sobre a participação ativa da sociedade na direcionalidade do setor, esses dispositivos são os conselhos de saúde – instâncias de caráter permanente – e as conferências de saúde – convocadas em intervalos de quatro anos. Os conselhos têm-se configurado desde a esfera nacional (Conselho Nacional de Saúde) até as esferas de serviço (Conselhos Gestores de Unidades/Programas), passando por esferas regionais, micro e macrorregionais, locais, distritais, municipais, estaduais etc. As instituições formadoras devem prover os meios adequados à formação de profissionais necessários ao desenvolvimento do SUS e a sua melhor consecução, permeáveis o suficiente ao controle da sociedade no setor, para que expressem qualidade e relevância social coerentes com os valores de implementação da reforma sanitária brasileira. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b)

*Escrever é fácil: você começa com uma letra maiúscula e termina com um ponto final. No meio você coloca as ideias.*  
**Pablo Neruda**



FIGURA 11 – Praia da Armação, Ilha de Santa Catarina, 2006.  
Fonte: o autor.

---

#### **4 UM POUCO DA HISTÓRIA DO PROJETO DE EXTENSÃO**



## 4 UM POUCO DA HISTÓRIA DO PROJETO DE EXTENSÃO

O objeto desta pesquisa envolve as percepções das pessoas envolvidas em duas comunidades de Florianópolis (SC), sobre a experiência com o Projeto de Extensão *Educação em Saúde: colaborando no empoderamento com um trabalho interdisciplinar*. Este projeto esteve vinculado ao Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, foi realizado de outubro de 2007 a novembro de 2008 e, não tendo sua renovação aprovada por este mesmo Departamento, encerrou suas atividades em março de 2009.

Procurando contextualizar o percurso inicial desenvolvido, problematizando desde o nascimento da proposta do Projeto como disciplina “interdisciplinar”, o processo de criação e aprovação como Extensão até seu desenvolvimento durante o primeiro ano de trabalho com as comunidades e seus Conselhos Locais de Saúde (CLS), foram reunidas algumas informações coletadas em atas das reuniões existentes, em relatórios produzidos pelos participantes do Projeto, na descrição realizada por Mello (2009), em sua dissertação de Mestrado aprovado no PPGSP/UFSC, e através de entrevistas preliminares com representantes da universidade no Projeto, professor e membros facilitadores.

Partindo do entendimento que a comunidade é *locus* de produção de conhecimento e de intervenção social, e que a troca de saberes e de experiências entre estudantes de saúde e comunidade é elemento potencializador na luta pela consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Projeto de Extensão Educação em Saúde nasceu com o objetivo de contribuir com a formação dos estudantes voltada para o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS é um patrimônio imaterial do povo brasileiro, uma conquista social e, enquanto tal, sua materialização detém caráter processual e requer enfrentamento das fragilidades impostas pelo modelo de organização social do Brasil – a saber: a hegemonia do modelo de formação biomédico de estudantes de saúde e a luta para que seu Controle Social se faça valer.

Vários movimentos estão sendo vivenciados na formação no campo da saúde. Propostas curriculares inovadoras, como,

por exemplo, a do PRÓ-SAÚDE<sup>2</sup> e do PET-Saúde,<sup>3</sup> que estão em andamento e se mostram promissoras, porém ainda há muito a avançar, pois forças hegemônicas aliadas ao modelo flexneriano, hospitalocêntrico, fragmentado e portador de “verdade única”, ainda detêm a supremacia no universo de formação. Somando-se a essa realidade, a universidade tem se aproximado da comunidade com uma prática utilitarista, sem contribuir para um retorno efetivo para todos (PROJETO DE EXTENSÃO, 2007), já que o princípio da utilidade social, instrumento utilitário, nega a universalidade da práxis. Para o utilitarismo, basta sinalizar o bem comum para “a maior parte” das pessoas.

Contraopondo-se a movimentos utilitaristas, o Projeto de Extensão Educação em Saúde foi pensado na direção da reforma curricular, inicialmente, no ano de 2005, pelo grupo de pesquisa Educação e Saúde (formado por estudantes de graduação e pós-graduação) do Departamento de Saúde Pública da UFSC sob a forma de uma disciplina interdisciplinar optativa com trabalho na comunidade, reforçando o ideário do SUS. Além da contribuição bilateral (tanto para os alunos como para a comunidade) esta proposta também procurava promover a interdisciplinaridade e um trabalho conjunto entre departamentos, rompendo com a cultura dos “castelos corporativos”. A proposta como disciplina inviabilizou-se pelas “regras burocráticas” da universidade.

Em abril de 2007, com o objetivo de conhecer o grau de interesse de estudantes de graduação sobre os temas da disciplina, já no formato de Projeto de Extensão, e iniciar a sua divulgação, realizou-se a *Oficina de Educação em Saúde: rompendo muros entre a universidade e a sociedade*, com a chamada “Venha discutir Promoção da Saúde, Controle Social e Educação Popular em Saúde!”, buscando sensibilizar os estudantes sobre estes temas. A oficina demonstrou a ausência de espaços que fomentassem continuamente uma educação

---

<sup>2</sup>Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: objetivo é a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população.

<sup>3</sup> O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde é regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, inspirado no Programa de Educação Tutorial – PET, do Ministério da Educação.

crítica e reflexiva, de contribuição bilateral, entre a universidade e a sociedade.

Ainda em 2007, por falta de respaldo institucional e interesse dos Departamentos, a ideia foi aprovada não como disciplina voltada para a reforma curricular, mas como Projeto de Extensão, em reunião de Colegiado do Departamento de Saúde Pública da universidade.

O Projeto previa três vagas para cada um dos cursos da graduação: Medicina, Odontologia, Farmácia, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Educação Física e Serviço Social da UFSC, agregando também o curso de Fisioterapia, inserido através de convite aos cursos da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), campus de Biguaçu, num total de 27 estudantes. Estes seriam supervisionados por professores do departamento da área específica e estariam inseridos em três diferentes comunidades, buscando através da Educação em Saúde vivenciar experiências relacionadas principalmente à formação dos Conselhos Locais de Saúde e fortalecimento do Controle Social do SUS, bem como propiciar espaços de promoção da saúde.

Além da coordenação, o Projeto contou com dois professores da Universidade e com facilitadores, mestrandos e profissionais vinculados ao grupo de pesquisa que atuaram diretamente com as equipes no desenvolvimento das atividades, inclusive acompanhando as atividades em campo.

Uma questão importante a se registrar, observada em atas, documentos e no próprio relato de representantes da universidade em entrevistas preliminares é que à medida que o projeto se desenvolvia, a grande maioria dos professores que aceitou inicialmente participar do mesmo foi se desvinculando gradativamente e, em alguns casos, nunca chegaram a participar efetivamente. Da mesma forma, isso ocorreu com alguns facilitadores. Os motivos relatados geralmente estavam associados à falta de tempo, incompatibilidade de horários, impossibilidade de conjugar as atividades do projeto com outros compromissos assumidos, entre outros.

O Projeto de Extensão teve como proposta central o exercício de uma nova concepção de saúde, em que através de atividades com comunidades buscar-se-ia compreendê-la e vivenciá-la sob outra lógica, a partir da relativização entre saúde/profissional de saúde e população/indivíduo. Em outra

abordagem, saúde como produção social circulante nos espaços do viver. Seus pilares teóricos fundamentais eram as ideias do novo conceito de Promoção da Saúde, o SUS com ênfase no Controle Social, a Educação Popular em Saúde e o pensamento de Paulo Freire.

Assim surgiu o Projeto de Extensão, como uma tentativa de contribuir na formação dos acadêmicos de saúde, a partir de uma metodologia interdisciplinar, integradora e de caráter popular, que buscou se diferenciar de diversos projetos de extensão de caráter assistencialista.

Quatro comunidades foram convidadas para participar do Projeto de Extensão e os convites foram intencionais, em virtude de questões ligadas ao acesso dos representantes das mesmas, lideranças e/ou conselheiros locais de saúde, e pela necessidade de se conhecer, a partir de informantes-chave, quais Conselhos Locais de Saúde estariam procurando se fortalecer.

Com bases nesses critérios, foram inicialmente convidadas as comunidades do Leste, do Oeste e do Sul. Tanto o Leste quanto o Sul aceitaram o convite; a comunidade do Oeste, entretanto, não deu retorno ao convite nas duas tentativas feitas. Desta forma, foi realizado o convite à comunidade do Norte, que prontamente aceitou participar.

Após a etapa inicial dos primeiros encontros teóricos na universidade, os participantes do projeto foram a campo nas comunidades e CLS, no início de 2008. Na comunidade Leste, em relação dialógica com conselheiras, foram informados sobre as principais lideranças, sobre o trabalho que já havia sido realizado, concomitante ao que estava sendo vivenciado, bem como sobre as dificuldades com a baixa adesão da comunidade. O CLS do Leste estava muito desarticulado e esta condição resultou em sua destituição e não participação no Projeto de Extensão. O grupo também realizou visitas à Comunidade Sul e Norte, com a participação e apresentação do grupo nas primeiras reuniões dos CLS, Norte e Sul, de 2008.

Após o encontro com as comunidades, os estudantes dividiram-se em dois grupos, da forma mais interdisciplinar possível, combinando com a escolha própria do estudante pela comunidade de interesse. Passaram a reunir-se com mais frequência na universidade e nas comunidades.

O grupo de alunos que optou pela Comunidade Norte era formado por um estudante de medicina, uma aluna de nutrição,

duas de educação física, uma que também já era formada em fisioterapia e uma de serviço social, totalizando cinco alunos.

Na Comunidade Sul, o grupo atuante foi composto por um estudante de psicologia, uma de educação física, dois de nutrição, uma bolsista da farmácia, uma do serviço social e uma da enfermagem, compondo um universo de sete estudantes.

Na qualidade de interlocutor nas relações com as comunidades, o grande grupo formado por estudantes, facilitadores e professores dividiu-se em dois grupos de trabalho, Norte e Sul, e iniciaram a participação mensal nas reuniões do CLS de cada comunidade.

As atividades realizadas eram bem diferenciadas, tendo em vista as distintas realidades encontradas. Todas, porém, foram guiadas por uma coluna mestra, a metodologia comum de trabalho prevista no Projeto de Extensão, que consistia no desenvolvimento de encontros teóricos semanais de discussão acerca de assuntos vinculados às realidades encontradas nas visitas ao CLS e na comunidade. Sobre os assuntos desenvolvidos, eram quase sempre indicadas leituras de textos sobre os quais era feita uma problematização da prática vivenciada. A tentativa era, na medida do possível, realizar encontros alternados na comunidade e na universidade.

O grupo do Norte iniciou suas atividades participando da reunião do CLS, onde foi sugerido que o projeto se aproximasse da Vila do Nordeste, uma sub-área de baixo poder aquisitivo, onde seria possível pensar conjuntamente atividades de interesse local. O grupo conheceu a realidade local da Vila do Nordeste e suas lideranças em algumas visitas feitas aos sábados. Daí para frente, o grupo começou a participar de reuniões com um grupo de meninas da comunidade, que se reuniam aos sábados para se preparar para um baile de debutantes que a comunidade estava organizando. Aconteceram discussões importantes no grupo sobre atividades de promoção da saúde que poderiam ser feitas com essas meninas e que fossem de seu interesse. Surgiu, entre outros, a ideia de ensiná-las a dançar valsa em função do baile e elas se propuseram a ensinar o grupo a dançar *funk*,<sup>4</sup> numa verdadeira troca de saberes.

---

<sup>4</sup> Estilo bem característico da música negra norte-americana, desenvolvido a partir de meados dos anos 1960, com franca aclimação carioca.



O grupo também participou de reuniões eventuais da comunidade aos domingos, quando eram discutidos diversos problemas enfrentados pela Vila do Nordeste, como a questão da transferência da comunidade para outra localidade por ser área de preservação permanente, a falta de acesso aos serviços de saúde na localidade, de condições de saneamento básico, ausência de recolhimento de lixo dentro da vila etc.

Da mesma forma, o grande grupo (respeitadas as subdivisões consensuadas) participou de algumas discussões realizadas nas reuniões do CLS do Norte. Na interação, a realidade de questões emblemáticas que assolam a consolidação do SUS e que, por consequência, envolvem a saúde pública, veio à tona. Problemas enfrentados na Unidade Local de Saúde (ULS), o enfraquecimento do Conselho, a história da formação do Conselho Local do Norte, dificuldade de mobilização social são alguns exemplos. Além disso, no campo da prática emergiram discussões de temas correlatos, destacando-se relações de poder, territorialização, conceito de saúde, de controle social do SUS, educação em saúde e promoção da saúde.

O grupo do Sul enfrentou mais marcadamente a dificuldade de mobilização da comunidade e da própria dinâmica de trabalho dentro do CLS. Assim como o grupo do Norte também apreendeu a trajetória da formação do CLS do Sul por meio de leitura das atas e conversas informais com informantes-chaves desta comunidade, vivenciando a estruturação de trabalho do conselho local nos chamados grupos de trabalho (GT), divididos em GT da mobilidade, GT da saúde, GT da educação e GT do meio ambiente. Relações de poder, territorialização, conceito de Controle Social do SUS, educação em saúde e promoção da saúde também foram temáticas presentes nas vivências. A realidade local não proporcionou a este grupo a possibilidade de trabalho dentro de alguma comunidade específica.

A aproximação com a realidade social e a interlocução com conselheiros favoreceu o conhecimento sobre as instituições do bairro, formas de organização da população e algumas de suas demandas concretas. A equipe contribuiu na elaboração do roteiro de um programa da rádio comunitária destinado à divulgação sobre o controle social e a organização do SUS; atualmente, estão envolvidos na organização de um evento que

inclui “Pedalada”, veiculação de filme e debate sobre a mobilidade urbana. Também já foram desenvolvidas atividades de suporte à organização do arquivo do Conselho e levantamento de dados acerca da realidade local, favorecendo a inserção dos alunos em distintos espaços sociais, tais como feira livre, escolas e instituições de saúde da região.

A condução do projeto demonstrou que nem sempre decisões tomadas no âmbito teórico, embora coletivamente, encontram ressonância na prática. No segundo semestre do desenvolvimento do Projeto de Extensão, o número de facilitadores reduziu-se a apenas dois, isto é, cada grupo passou a contar com um único facilitador e apenas um professor se fez presente até o encerramento do primeiro ano do projeto.

Assim, ainda que o Projeto fosse único e sustentado em uma coluna mestra, na prática ele foi conduzido por dois grupos como se fossem “dois pequenos projetos”. Observou-se que provavelmente características individuais das facilitadoras em relação à própria subjetividade ou em relação ao uso de abordagens pedagógicas, muitas vezes diferenciadas, podem ter contribuído para que cada uma das experiências, a do Norte e a do Sul, assumisse uma roupagem própria vinculada a cada uma das realidades e a particularidades inerentes às facilitadoras, ainda que em sintonia com a proposta original do Projeto de Extensão. Somando-se a isso, o próprio dinamismo, as características internas de cada grupo e as especificidades de cada comunidade propiciaram duas vivências bem distintas do projeto. (MELLO, 2009),

Ao passo que as diferentes realidades desvelavam-se aos grupos, o envolvimento foi potencializado e as atividades se desenvolveram cada vez mais de modo dinâmico e afinado com as diferentes realidades de cada comunidade e respectivos CLS.

Cabe ressaltar outra particularidade. Os processos aplacaram, por um lado, certo desencontro de percursos entre os dois grupos de trabalho, o do Norte e o do Sul. Aquilo que inicialmente também estava previsto na metodologia do projeto, alguns encontros esporádicos entre os dois grupos para troca de experiências, não ocorreu. Por outro lado, a dinâmica proporcionou maior inserção nas comunidades e aproximação com cada contexto.

No segundo semestre do projeto, dentre as principais atividades desenvolvidas com a Comunidade Sul, os estudantes,

o facilitador e professor realizaram a territorialização do bairro e uma rápida pesquisa junto à comunidade acerca do conselho, aproveitando a ocasião para analisar o que a comunidade entendia sobre o CLS e divulgar os resultados aos moradores. No Norte, o grupo participou de todo o processo de divulgação, organização e condução da eleição do novo CLS. (MELLO, 2009)

O contato com a comunidade propiciou o conhecimento da realidade e das demandas concretas cotidianas, além de possibilitar a colaboração permanente dos estudantes nas discussões dos Conselhos e em processos de mobilização social. Percebeu-se que a educação popular em saúde constitui um caminho possível de promoção da interdisciplinaridade no SUS, uma vez que sua perspectiva construtiva e participativa valoriza a troca e a integração de diferentes saberes, favorecendo a apreensão da realidade e a construção de respostas coletivas às demandas da comunidade.

A proximidade com o campo real de intervenção social – em uma perspectiva construtiva e participativa – gerou movimento objetivo e subjetivo, tanto nos estudantes como nos membros da comunidade, ao promover uma leitura crítica em cada uma das realidades, e ao debater sobre conceitos teóricos e sobre a promoção da autonomia de todos os sujeitos envolvidos.

A continuidade no trabalho ficou comprometida pela não renovação do Projeto de Extensão pelo Departamento de Saúde Pública e teve suas atividades encerradas em março de 2009.

*Caminhante, são teus rastos  
o caminho, e nada mais;  
caminhante, não há caminho,  
faz-se caminho ao andar.  
Ao andar faz-se o caminho,  
e ao olhar-se para trás  
vê-se a senda que jamais  
se há de voltar a pisar.  
Caminhante, não há caminho,  
somente sulcos no mar.*  
**Antônio Machado**



FIGURA 12 – Lagoinha do Leste, Ilha de Santa Catarina, 2006.  
Fonte: o autor

---

## **5 PERCURSO METODOLÓGICO**



## 5 PERCURSO METODOLÓGICO

*[...] para nós que compreendemos o significado da vida, os números não têm tanta importância.*

**Antoine Saint-Exupéry**

O processo da pesquisa qualitativa está condicionado a uma série de fatores e complexidades que vão muito além da objetividade dos números e dos métodos quantitativos, não cabendo, neste trabalho, designá-lo como “Metodologia” ou “Materiais e Métodos”. Daí a preocupação em melhor expressá-lo com o termo “Percurso Metodológico”, valorizando a pesquisa como ela realmente foi: um processo dinâmico e construído na interagência das pessoas.

Um estudo com abordagem dialética e com utilização de métodos qualitativos possibilita conhecer o processo de construção dos fenômenos, entendendo que os mesmos são concebidos pela subjetividade humana, pela integração e seus significados culturais e afetivos, particulares e coletivos, num dado contexto. Assim, o pesquisador deve buscar a objetivação e não a objetividade dos dados, pois em seus princípios, tal como explica a física quântica, a neutralidade do pesquisador não é possível. Mesmo assim, ainda existem controvérsias relativas ao rigor científico desses métodos, em particular originadas de discursos positivistas, cujo paradigma ainda está centrado no modelo cartesiano. (PATRÍCIO, 1995)

Procurando incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, relações e estruturas sociais, tanto no seu advento como na sua transformação como construções humanas significativas, o método qualitativo trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos – que não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis. (MINAYO, 2008) Segundo Gil (1987), o método qualitativo define-se como obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social através de metodologia científica. Realidade social é entendida aqui em sentido bastante amplo, envolvendo todos os aspectos relativos às pessoas em seus múltiplos relacionamentos, entre si e com instituições sociais.

A abordagem qualitativa, para compreender as percepções das pessoas, justifica-se por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social, pois busca uma tentativa de compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos. (RICHARDSON, 1999)

Destarte, o percurso para a construção desta pesquisa desenhou-se por um

*[...] relacionamento entre pesquisador e pesquisado que não se deu através de mera observação do primeiro pelo segundo, tendo em vista que ambos acabam se identificando, sobretudo quando os objetos são sujeitos sociais também, o que permite desfazer a idéia de objeto que caberia somente em ciências naturais (DEMO, 1984:115).*

Nessa direção, o desenvolvimento desta pesquisa procurou compreender a essência dos fenômenos que abarcam as percepções das pessoas envolvidas em duas comunidades sobre o Projeto de Extensão, contemplando as relações sociais no contexto considerado, buscando entender os determinantes e modos pelos quais se organizaram as relações da extensão universitária com duas comunidades da Ilha de Santa Catarina, e como são por elas entendidas. Assim, trata-se de uma pesquisa exploratória, “*com objetivo de proporcionar visão geral*”, e descritiva, uma vez que busca “*a descrição das características de determinada população ou fenômeno*”. (GIL, 1987: 45)

## **5.1 Sujeitos de pesquisa**

A composição inicial do universo de sujeitos considerou as pessoas envolvidas com os CLS de duas comunidades e com o Projeto de Extensão que pudessem subsidiar respostas à pergunta e aos objetivos desta pesquisa. Foram consultados documentos e comunicação eletrônica do Projeto; a partir daí, foram identificados inicialmente cerca de sete pessoas na Comunidade Sul e seis pessoas da Comunidade Norte. Eram (alguns ainda o são), membros atuantes nas suas comunidades

que vivenciaram diretamente o trabalho com o Projeto de Extensão *Educação em saúde: colaborando no empoderamento com um trabalho interdisciplinar*, em 2008. Como no seu primeiro ano de atividade a aproximação com as comunidades aconteceu principalmente com os Conselhos Locais de Saúde, foram os conselheiros e lideranças comunitárias com quem os grupos tiveram maior envolvimento.

A primeira etapa, anterior à ida à comunidade, foi para identificar as pessoas que seriam convidadas em cada uma das comunidades e definir o universo de sujeitos. Foram realizadas entrevistas com informantes-chave, representantes da universidade, um professor e uma facilitadora do Projeto de Extensão que trabalharam com a Comunidade Sul e duas facilitadoras que trabalharam com a Comunidade Norte, para confirmar as pessoas realmente envolvidas com o trabalho do Projeto ou excluir as pessoas pré-identificadas. Ficaram definidas, por ordem decrescente de participação, cinco pessoas em cada comunidade, dentre elas lideranças comunitárias, conselheiros e pessoas ligadas aos Conselhos Locais de Saúde que foram representativas ao trabalho do Projeto de Extensão, numa totalidade de dez sujeitos.

Foi considerado como critério de inclusão a interação e o envolvimento direto que tiveram com os grupos nas duas comunidades ao longo do desenvolvimento das atividades do Projeto de Extensão em 2008, segundo os informantes da universidade, e confirmado pelo representante mais significativo (conforme a opinião dos informantes-chave) de cada uma das comunidades, que foram os primeiros entrevistados na segunda etapa. Foram desconsiderados aqueles que não responderam ao segundo convite para a pesquisa, e segundo os membros mais atuantes de cada comunidade, não tiveram participação significativa.

Na segunda etapa, o universo de sujeitos se definiu em oito pessoas, sendo quatro de cada comunidade. O anonimato foi garantido pelo uso de codinomes. As comunidades foram representadas pelos pontos cardeais, Norte, Sul, Leste e Oeste, pois inicialmente eram quatro e localizadas em diferentes regiões da Ilha de Santa Catarina. Os sujeitos tiveram suas identidades preservadas com codinomes de ilhas que geograficamente



pertencem ao município de Florianópolis<sup>5</sup>. Assim, receberam aleatoriamente os seguintes codinomes: *Badejo, Laranjeiras, Garoupa, Ratores, Araçatuba, Guarás, Tipitingas e Campeche*.

Todos os convidados que concordaram em participar das atividades da pesquisa e coleta de dados, aceitaram voluntariamente e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, APÊNDICE A).

## 5.2. Coleta de dados

Os instrumentos de trabalho de campo na pesquisa qualitativa visam à mediação entre a realidade empírica e os aspectos teóricos e metodológicos (MINAYO, 2008). A ferramenta principal nos métodos qualitativos é a pessoa do próprio pesquisador, seus processos de razão e sensibilidade, especialmente o uso de sua intuição e seus outros atributos humanos referentes à comunicação humana, haja vista que os estudos qualitativos preocupam-se mais com a qualidade dos dados que com a quantidade destes. (PATRÍCIO, 1995)

Procurando melhor embasar e construir um caminho, ou percurso, até chegar ao universo de sujeitos, e com estes estabelecer um diálogo aberto, buscou-se a compreensão e entendimento de todo o processo de construção do Projeto de Extensão, até o trabalho com a comunidade. Patrício (1995) afirma que a técnica de colher dados pode ser subsidiada por instrumentos específicos, como a análise realizada nos relatórios, atas e comunicação eletrônica sobre o trabalho com as comunidades e os encontros dos participantes do projeto, principalmente no primeiro ano de realização. Nesta fase preliminar da coleta de dados, foram levantados alguns pontos importantes do processo que puderam direcionar melhor a abordagem dos informantes, representantes da universidade na primeira etapa, e que também possibilitaram reconhecer e melhor dialogar com os sujeitos da pesquisa na segunda etapa da coleta de dados.

---

<sup>5</sup> Dados Gerais de Florianópolis, Características Ambientais Biológicas- Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/turismo/cid\\_da\\_gente/\\_html/dadosgerais.htm#4](http://www.pmf.sc.gov.br/turismo/cid_da_gente/_html/dadosgerais.htm#4). Acesso em 02/07/2010.

A coleta de dados iniciou em fevereiro de 2010, um ano após o encerramento do Projeto de Extensão, e transcorreu até maio do mesmo ano. Na primeira etapa os representantes da universidade, em cada uma das comunidades, foram considerados informantes-chave pelo acompanhamento do processo que tiveram em cada uma das realidades, e por isso puderam indicar as pessoas que realmente se envolveram e vivenciaram a proposta e as ações do Projeto de Extensão. As entrevistas semiestruturadas realizadas com as pessoas da academia, além de conduzirem ao universo de sujeitos de pesquisa, puderam contribuir e muito com o resgate da história do Projeto nessas comunidades, registrando ações, propostas e informações relevantes, porém somente contribuíram como subsídio para o entendimento do processo e construção deste percurso. Não cabe a análise destes registros, pois não vão ao encontro dos objetivos desta pesquisa.

A segunda etapa (a mais importante da coleta de dados desta pesquisa) iniciou em fevereiro de 2010 com a Comunidade Sul, através de chamada por comunicação eletrônica às pessoas daquela comunidade designadas como sujeitos desta pesquisa. A comunicação convidava-as a participar de uma reunião para debater o Projeto de Extensão *Educação em Saúde: rompendo muros entre a Universidade e a Comunidade*, e ouvir a opinião da comunidade sobre suas potencialidades e fragilidades, numa tentativa de promover uma roda de discussão entre todos, ou ao menos entre a maioria dos envolvidos. Das respostas que se esperava, apenas uma pessoa se manifestou, levando a considerar que aquela comunidade poderia ter rejeitado o Projeto de Extensão.

Como uma segunda tentativa, foi enviada uma nova comunicação eletrônica, pois esta era a forma usual, a sete pessoas envolvidas com o Conselho Local de Saúde na Comunidade Sul e com o Projeto de Extensão. As quatro pessoas que responderam a esta comunicação, depois de esclarecidas sobre esta pesquisa e seus objetivos, concordaram em participar. As entrevistas foram agendadas no local e no horário de escolha do entrevistado, uma no local de trabalho e três na residência. A sequência das entrevistas respeitou a relevância decrescente apontada pelos representantes da universidade. Os quatro entrevistados foram questionados quanto à relevância da participação dos que não haviam

respondido, e não os reconheceram como participantes deste processo.

Na Comunidade Norte a ida a campo aconteceu um pouco depois e de maneira diferente. Foram levantados seis sujeitos potenciais a esta pesquisa, sendo que dois eram lideranças comunitárias, de uma área específica do bairro e de baixo poder aquisitivo, mas com forte ligação com o Conselho Local de Saúde e quatro conselheiros. O contato inicial foi por via telefônica com uma das líderes comunitárias, que prontamente se disponibilizou a participar; afirmou também que a outra líder indicada havia mudado de domicílio. Esta entrevista foi realizada na Biblioteca Central da UFSC. Um dos conselheiros contatados na Comunidade Norte para conceder entrevista sugeriu o encontro na reunião do Conselho Local de Saúde, na Unidade Básica de Saúde, pois ali estariam reunidos os quatro sujeitos. Neste dia não houve reunião do Conselho e foram realizadas as entrevistas com dois conselheiros. Posteriormente aconteceu uma tentativa de contato com os outros dois que não estavam naquela reunião. Um deles concedeu a entrevista na sua casa e o outro não respondeu, numa totalidade de quatro sujeitos pesquisados na Comunidade Norte.

Nesta fase da coleta de dados o principal instrumento foi a entrevista semiestruturada, que seguiu um roteiro prévio (APÊNDICE B), construído com base nas etapas que antecederam a esta. Bardin (1977) afirma que a entrevista é a principal técnica de pesquisa em ciências sociais e possui um caráter de interação, de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde. Além disso, a entrevista aberta ou semiaberta permite a exploração das concepções, percepções, intencionalidades e significados dos entrevistados de forma mais ampla e profunda, como inerentes aos atos, relações e estruturas sociais.

As entrevistas foram registradas mediante a autorização dos participantes por meio de gravação digital de voz e compostas por dois momentos. Na parte era rememorada a história do Projeto naquela localidade até o momento em que o entrevistado passou a interagir. A partir disso ficava aberto para que ele relatasse tudo o que pudesse e quisesse sobre suas impressões e percepções. Na segunda parte o entrevistado foi abordado a partir de um roteiro de entrevista, não impositivo, permitindo a sua livre expressão e a progressão lógica e

plausível dos temas em foco (MINAYO, 2008), e principalmente nos aspectos não mencionados no primeiro momento, mas que foram destacados como relevantes no instrumento de coleta.

O cuidado metodológico de Paulo Freire parte de uma preocupação com o desvelamento da realidade social, revelando o que está oculto através de uma atitude dialógica e conscientizadora, e que envolve a investigação do próprio pensar dos sujeitos de pesquisa, significa pesquisar a partir dos sujeitos e com eles, sempre em relação à realidade vivenciada. Quanto mais a investigação acontece de forma dialógica, maior é o processo educativo. E à medida que este processo se torna crescente, maior também fica a investigação (FREIRE, 2005).

O diário de campo também foi um instrumento da rotina de trabalho, pessoal e intransferível, que se estendeu desde a fase preliminar, a ida a campo até a fase final da investigação. Ele expressa os dados referentes ao contexto físico, cultural, social e afetivo que se está estudando: tudo o que se observa no ambiente, expressões verbais ou não verbais. Registra as reflexões referentes ao método empregado, ao tema e seus sentimentos em relação ao estudo. Quanto mais rico esse diário for em anotações, maior será o auxílio oferecido à descrição e análise do objeto estudado. (PATRÍCIO, 1995) Conforme Minayo (2008), o diário de campo tem o objetivo de descrever as impressões pessoais do pesquisador, as conversas informais, as posturas e intercorrências no processo de pesquisa, bem como a exploração de novos questionamentos.

Na última etapa desta fase, os resultados foram tratados para se tornarem significativos e válidos (BARDIN, 1977), consistindo em preparar, organizar e apreender o conteúdo das entrevistas, procurando estudar sistematicamente seus achados, associando à análise das construções das etapas anteriores, levantando os aspectos mais relevantes e significativos da percepção dos sujeitos e abrindo perspectivas para uma análise mais aprofundada.

### **5.3 Análise e tratamento dos dados**

A transformação de dados coletados, ainda no seu estado bruto, em resultados de pesquisa envolveu a utilização de determinados procedimentos para sistematizar, categorizar e tornar possível sua análise por parte do pesquisador. No caso

específico da análise de comunicações, são exigidos mecanismos apropriados para encontrar nos dados obtidos por meio de entrevistas, mensagens e documentos em geral, informações que ilustrem, expliquem ou ajudem a revelar os fenômenos investigados. O material editado facilitou a sua exploração e a sistematização das informações, facilitando inferências e interpretações em torno de dimensões teóricas ou outras orientações para uma nova análise. (BARDIN, 1977)

As entrevistas gravadas e transcritas com fidedignidade pelo pesquisador foram conferidas ao menos três vezes com o áudio original de modo a garantir a confiabilidade das informações contidas nas entrevistas. Também garantiu maior apreensão das informações e expressões dos sujeitos, algumas não verbais, que contribuíram muito para a pré-análise e síntese das entrevistas. O diário de campo serviu como apoio a este processo. Na pesquisa qualitativa, a análise das informações pode apresentar dois níveis de interpretação: um, que diz respeito à história e ao contexto político, cultural e econômico do grupo social estudado, e outro, que se refere aos fatos surgidos na investigação. (MINAYO, 2008)

Nesta pesquisa, os dados foram trabalhados inicialmente com a análise de conteúdo referenciada por Bardin (1977) e por Minayo (2008), que se complementam no sentido de melhor expressar o cuidado metodológico com contexto e com a complexidade das entrevistas diante dos objetivos deste estudo. As significações podem ser conhecidas quando se busca compreender aquilo que está por trás das palavras em questão, ou seja, visa procurar outras realidades através das mensagens. A análise de conteúdo leva em consideração as simplificações, as formas do conteúdo e suas distribuições. (MINAYO, 2008)

*Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando a obter, por procedimentos sistemáticos [...] de descrição do conteúdo das mensagens, [...] que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. (BARDIN, 1977:37)*

A análise dos dados coletados foi realizada considerando-se os três “polos cronológicos” da análise de

conteúdo descritos por Bardin (1977: 89), que incluem a pré-análise (fase da organização do material disponível à análise), exploração do material (codificação do material) e tratamento dos resultados, com a inferência e a interpretação. Minayo (2008), na mesma direção, sistematiza a análise de conteúdo em processo de ordenação dos dados, processo de categorização inicial, porém acrescenta o processo de reordenação dos dados empíricos antes do processo de análise final. Para Duarte (2006: 78), “*analisar implica separar o todo em partes e examinar a natureza, funções e relações de cada uma*”.

Com base nos objetivos propostos, e sem ideias ou categorias preconcebidas os procedimentos exploratórios na pré-análise buscaram sistematizar as ideias e estabelecer a análise, através da “leitura flutuante”. No “universo de documentos” escolhidos, as transcrições das entrevistas e procedimentos analíticos se deram, principalmente, pela exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. (BARDIN, 1977)

A pré-análise possibilitou a elaboração de sínteses para cada entrevista, codificadas por diferentes cores para cada sujeito; a ordenação dos dados se deu por associação de semelhanças ou contradições em cada entrevista. De acordo com Bardin (1977), a codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades.

As unidades de registro são referentes à significação, a codificar com base em recortes semânticos (tema) ou aparentemente linguístico (palavra ou frase). A unidade de contexto serve de compreensão para codificar a unidade de registro. A identificação e o recorte fornecem os elementos ou unidades de registro (palavras, temas,...), permitindo a utilização de diversos tipos de enumeração: a presença, a intensidade, a direção, a ordem e a coocorrência. (BARDIN, 1977)

Nesse sentido, as associações entre as sínteses de todas as entrevistas permitiram o agrupamento entre as sínteses de todos os sujeitos (unidades de registro). Destas, no processo de reordenação (MINAYO, 2008) dos dados empíricos, emergiram novas sínteses (unidades de contexto) que subsidiam as subcategorias, antes da inferência e interpretação no processo de análise final dos resultados. Para Bardin (1977), o que permite o agrupamento é a parte comum entre eles.

Os dados mostraram a presença de determinadas unidades de registro em mais de uma categoria e essa observação, embora inerente ao processo de análise em uma pesquisa qualitativa, exigiu, de certo modo, um exercício contínuo de maximização de visibilidade. Pôde-se perceber que em cada categoria de análise havia aproximações, distanciamentos, consonâncias e dissonâncias entre os discursos coletados, de um mesmo e entre diferentes sujeitos. Em algumas situações, convergiam, e em outras, divergiam. (LIMA, 2008)

### 5.3.1 As categorias da primeira análise

A categorização é um momento muito especial, mas também muito complexo da pesquisa, em que a riqueza e a densidade que envolvem as comunicações humanas e seus desdobramentos devem nortear o cuidado com o reducionismo dos dados coletados.

Desse modo, revisitando os objetivos do trabalho, os dados foram classificados de forma a estabelecer e organizar grupos de temas comuns, aqui chamados de categorias, ou seja, *“estruturas analíticas construídas pelo pesquisador, que reúnem e organizam o conjunto de informações obtidas a partir do fracionamento e da classificação em temas autônomos, mas inter-relacionados”* (DUARTE, 2006: 79).

Bardin (1977) afirma que um conjunto de boas categorias deve possuir as seguintes qualidades: exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade. Para Duarte (2006), o critério principal na construção de cada categoria é coerência interna, mas é possível estabelecer alguns princípios gerais.

Quando as categorias são construídas *a posteriori*, a partir da compreensão dos atores sociais, e emanam da realidade, Minayo (2008:179) chama de *“categorias empíricas”*. São expressões classificatórias e podem desvendar relações específicas do grupo em questão.

Das oito categorias que emergiram no tratamento dos dados, através da análise de conteúdo, três enquadraram-se como subcategorias, e estão apresentadas a seguir.

- **Não veio pronto, foi construído coletivamente. Quando não é assistencialista se ganha muito em horizontalidade.**
- **Pouco é melhor que nada se a ação é integradora.**
- **Da desmobilização à participação social nos CLS, a educação em saúde teve contribuições importantes no empoderamento, e *“foi fundamental para manter vivo o conselho”*.**
- **Hoje mais articulados, ainda emergem autocríticas aos conselhos e a organização comunitária.**
- **Surpreenderam muito, mas repetiram a falta de continuidade – prepararam a terra, semearam, mas não viram brotar.**
- **Afinal, foi melhor para quem? Nós ganhamos mais que os estudantes, mas eles ganham na formação.**
- **Valores emergiram das relações construídas no diálogo e no compartilhamento de saberes.**
- **Papel social da universidade – a relação da universidade com a comunidade deveria ser eterna, aproveitando melhor o que os projetos de extensão apontam, compreendendo e respeitando as diferentes realidades sociais.**

Essas categorias, e as sínteses que as embasam, fornecem respostas à pergunta e aos objetivos desta pesquisa. Expressam fortemente as percepções dos sujeitos, inferidas pelo pesquisador com o posicionamento do método utilizado. Tentando ir além do que estas categorias representam, e como foi proposto na banca de qualificação, os dados foram novamente analisados e tratados pelo viés da Hermenêutico-Dialética.

#### **5.4 Repensando a análise dos dados**

Para a análise qualitativa do material, segundo Minayo (2008), vários caminhos são possíveis, e praticamente todos dependem da corrente de pensamento a que o investigador se filia. Dentre as modalidades de análise qualitativa de dados mais consagradas na pesquisa social em saúde, destacam-se a Análise de Conteúdo, a Análise do Discurso e a Hermenêutico-



## Dialética.

Num primeiro momento, essas modalidades de análise implicaram, de uma maneira geral, na organização de todo o material coletado, dividindo-o em partes, relacionando essas partes e procurando identificar tendências e padrões relevantes. Em um segundo momento, essas tendências e padrões são reavaliados, buscando-se relações e inferências em um nível de abstração mais elevado. Desse trabalho de “*codificação*” resulta um conjunto inicial de categorias que foram reexaminadas e modificadas num momento subsequente. É quando, por exemplo, categorias relacionadas são combinadas para formar conceitos mais abrangentes ou quando ideias muito amplas são subdivididas em componentes menores para facilitar a composição e apresentação dos dados. A categorização, por si mesma, não esgota a análise. É preciso ir além, ultrapassar a descrição, buscando realmente acrescentar algo à discussão já existente sobre o assunto focalizado. Para isso, é preciso fazer um esforço de abstração, ultrapassando os dados, tentando estabelecer conexões e relações que possibilitem a proposição de novas explicações e interpretações (DUARTE, 2006; MINAYO, 2008).

Assim, Minayo (2008: 352) aponta como a principal crítica às técnicas de Análise de Conteúdo tradicional, relacionada à ênfase quase absoluta na *fala*, como material de análise, reduzindo-se assim sua capacidade explicativa, transforma a questão da descoberta e da validade na habilidade de manipulação de instrumentos técnicos. O material coletado (através de entrevistas) pode ser arranjado como conjunto sistematizado e fixo, privilegiando-se tudo o que pode se constituir em sistema de signos a serem decifrados.

Nesse sentido, Minayo (2008: 301) afirma que a análise Hermenêutico-Dialética como modalidade de tratamento de dados é capaz de “*superar o formalismo das análises de conteúdo e de discurso*”, indicando “*um caminho do pensamento*” que corresponda às “*dimensões e à dinâmica das relações que se apreendem numa pesquisa que toma como objeto a saúde em suas mais variadas dimensões: concepções, política, administração, configuração institucional, representações sociais e relações*”.

A hermenêutica trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum, dentro dos seguintes pressupostos:

o ser humano como ser histórico e finito complementa-se por meio da comunicação; sua linguagem também é limitada, ocupando um ponto no tempo e no espaço; por isso, é preciso compreender também seu contexto e sua cultura. “*A hermenêutica funda-se na compreensão [...] e ocupa-se da arte de compreender textos*”. (MINAYO, 2008: 328)

Esta autora ressalta ainda que a hermenêutica oferece as balizas para a compreensão do sentido da comunicação entre os seres humanos, partindo da linguagem como o terreno comum de realização da intersubjetividade e do entendimento. Faz críticas à crença de isenção dos pré-juízos e investe nas possibilidades da comunicação propondo a intersubjetividade como o chão do processo científico e da ação humana.

Os caminhos como práxis interpretativa da abordagem hermenêutica envolvem buscar as diferenças e as semelhanças entre o contexto do autor e o contexto do investigador, explorar as definições de situação do autor que o texto ou a linguagem em análise permite, procurando desvendá-las e compreendê-las e apoiar toda a reflexão acerca de determinada realidade sobre o contexto histórico, partindo do pressuposto de que o investigador-intérprete e seu “sujeito” de observação e pesquisa são expressões de seu tempo e de seu espaço cultural (MINAYO, 2008).

A dialética é a “*ciência e a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia*” (MINAYO, 2008: 167) e busca nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, os núcleos obscuros e contraditórios para realizar uma crítica informada sobre eles. A dialética é o estudo da oposição das coisas entre si. Do ponto de vista metodológico, uma abordagem dialética precisa criar meios de crítica e de apreensão das contradições na linguagem.

Utilizada como um método de busca da verdade pelos gregos pré-socráticos, a dialética foi resgatada como uma forma de pensar a história da natureza e da natureza humana, e posteriormente transformada por Marx em uma maneira dinâmica de interpretar o mundo, os fatos históricos e econômicos, assim como as próprias ideias, sob a égide do “*materialismo histórico*”. (MINAYO, 2008: 339)

Sobre a articulação promissora entre dialética e hermenêutica, afirma Habermas que “*a mesma razão que compreende, esclarece e reúne, também contesta, dissocia e critica*” (1987: 20), pois há tanta intransparência na linguagem

como na vida real, na qual poder e relações de produção opõem contraditoriamente pessoas, grupos e classes. A própria linguagem é um instrumento de dominação, necessitando, por isso, ser desmistificada e tornar-se objeto de reflexão: tanto a que é comunicada pelos informantes como a que é utilizada pelos investigadores.

A proposta de Habermas passa pela construção de um movimento interativo entre a hermenêutica e a dialética, valorizando as complementaridades e oposições entre as duas: ambas trazem em seu núcleo a ideia fecunda dos condicionamentos históricos da linguagem, das relações e das práticas; ambas partem do pressuposto de que não há observador imparcial; ambas questionam o tecnicismo em favor do processo intersubjetivo de compreensão e de crítica; ambas ultrapassam as tarefas como simples ferramentas para o pensamento, e ambas estão referidas à práxis estruturada pela tradição, pela linguagem, pelo poder e pelo trabalho. No entanto, enquanto a hermenêutica enfatiza o significado do que é consensual, da mediação, do acordo e da unidade de sentido, a dialética se orienta para a diferença, o contraste, o dissenso, a ruptura de sentido e, portanto, para a crítica (MINAYO, 2008).

Uma análise compreensiva ancorada na hermenêutica-dialética buscou apreender a prática social empírica dos sujeitos em seu movimento contraditório, podendo ter simultaneamente interesses coletivos que os unem e interesses específicos que os distinguem e os contrapõem. Assim, a crítica às ideias expostas é fundamental na orientação dialética de qualquer análise.

As *“contribuições e os limites da hermenêutica e da dialética na compreensão e na crítica da realidade social”* ressalta Minayo (2008: 349), devem-se a como a primeira realiza o entendimento dos textos, dos fatos históricos, da cotidianidade e da realidade, podendo suas limitações serem compensadas pelo método dialético. A dialética, por sua vez, ao destacar o dissenso, a mudança e os macroprocessos, pode ser beneficiada pelo movimento hermenêutico, que dá ênfase à cotidianidade. Desse modo, apresentam-se como momentos e movimentos necessários na produção de racionalidade em relação aos processos sociais (MINAYO, 2008).

Repensar o percurso desta pesquisa pelos limites encontrados implicou em uma nova etapa de tratamento dos dados a partir da Hermenêutico-Dialética. Voltar aos dados, que

havia sido lidos e relidos exaustivamente, ordenados e pré-analisados, e reconstruir a análise em outra perspectiva demonstrou grande importância para o desenvolvimento desse estudo, pois possibilitou a construção de reflexões mais próximas das principais questões encontradas em todo processo investigativo, assim como destacou as contradições e aproximou as superações na direção dialética da transformação social.

Procurando desenvolver essa etapa, amparada na perspectiva hermenêutico-dialética, seguindo o preconizado por Minayo (2008), e com todo o conteúdo ordenado, realizou-se a interpretação e a busca por categorias, o que se considera ser a etapa hermenêutica, complementada por uma reflexão crítico-histórica dos contextos e das contradições, etapa dialética, a partir do novo referencial teórico.

Na construção do projeto desta pesquisa, antes até da sua defesa de qualificação, o referencial teórico pensado e descrito inicialmente deu suporte e embasamento para o processo. Porém, diante dos dados coletados, e já na preparação do material, percebeu-se uma forte necessidade de revisitação também deste. A dialética, não só da nova análise, mas de todo o processo desta pesquisa, fez emergir a necessidade de se repensar também este referencial.

Avançou-se, portanto, na etapa de “*classificação dos dados*”, facilitada pelo processo de análise anterior e “*leitura horizontal e exaustiva dos textos*” (MINAYO, 2008 :357) já realizada. Algumas impressões e observações também estavam anotadas, potencializando a busca de “*coerência interna*” entre as informações, descrita anteriormente como “*leitura flutuante*”, e apreendendo as “*estruturas de relevância dos atores sociais*” (:358), as ideias centrais que os sujeitos desta pesquisa tentaram transmitir e seus posicionamentos sobre o projeto de extensão.

Na “*etapa classificatória*”, ou classificação dos dados pela “*leitura transversal*” de cada subconjunto e do conjunto em sua totalidade, foram realizados recortes de cada entrevista, separando-os por “*temas*” ou “*unidades de sentido*” (MINAYO, 2008:357), agrupando-os por semelhança, estipulando conexões, assim como compreendendo e interpretando o que havia de mais representativo na fala dos sujeitos entrevistados. Encerrando o processo da análise, buscaram-se as convergências e divergências, o não explícito e as contradições implicadas na interpretação que procurou subsidiar a construção de uma

síntese hermenêutica-dialética que pudesse apontar caminhos para a transformação positiva da realidade.

Todas as etapas de análise dos dados pela hermenêutica-dialética puderam ser mais bem operacionalizadas, com a possibilidade de melhor manipular e ordenar os recortes das entrevistas, desenvolver as etapas analíticas pretendidas, por se apoiar na “*matriz interpretativa crítico-reflexiva*” (QUADRO 1) proposta pelo Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires na “Oficina de Tratamento de Dados Qualitativos”, realizada em dezembro de 2009, nesta universidade.

**QUADRO 1** – Processo hermenêutico-dialético através de Matriz interpretativa crítico-reflexiva proposta por Moretti-Pires (2009)

Etapa Hermenêutica			Etapa Dialética		Síntese Hermenêutica Dialética
Legitimação	Interpretação	Saturação	Questionamentos emergentes	Dialética	Síntese e superação
Dado recortado (fala com maior significado dentro do material empírico a cerca da intencionalidade de pesquisa e transformação social visada pelo pesquisador).	Interpretar o dado recortado, buscando a raiz do que esta sendo dito.	Indícios oriundos do material empírico, em que existe recorrência de significados no fenômeno pesquisado.	Contextualização histórico-social e crítico-reflexiva da manifestação que emerge no fenômeno após a interpretação.	Articular o produto do processo à fundamentação teórica, na busca de contradições histórico-sociais do fenômeno pesquisado.	Fusão das principais interpretações do produto do processo, questionamentos emergentes, dos silêncios (significados não explícitos, mas que permeiam o objeto) e das contradições sócio-históricas implicadas no fenômeno/interpretação. É importante ressaltar que nesta etapa o pesquisador deve ter vista na melhora social do contexto investigado.

Fonte: Moretti-Pires (2009)

O processo de “análise final”, conforme descreve Minayo (2008), considerou o “*movimento circular, que vai do empírico para o teórico e vice-versa, que busca as riquezas do particular e do geral*” (:358). Nesse movimento dialético, as interpretações foram contextualizadas a partir de questionamentos que

emergiram, e articuladas com as bases teóricas, gerando novas interpretações e questionamentos, até o fim desse processo circular ascendente. Assim convergiu nas sínteses hermenêutico-dialéticas apresentadas abaixo (QUADRO 2), que mostra as principais interpretações, questionamentos e contradições implicados no objeto pesquisado, assim como tenta apontar os caminhos à superação das percepções dos sujeitos desta pesquisa sobre o trabalho realizado pelo projeto de extensão interdisciplinar de educação em saúde.

### **QUADRO 2 – Síntese Hermenêutico-Dialética**

<b>Síntese Hermenêutica Dialética</b>
A construção coletiva do processo permitiu o diálogo entre as demandas das comunidades e as propostas do projeto de extensão, e possibilitou avanços horizontais que a comunidade não esperava, sequer os investigadores, que tiveram de buscar novas teorias. A interação menos diretiva e integradora inicialmente pareceu confusa, mas ao final demonstrou que o compartilhamento de saberes supera as limitações na criatividade e na autonomia que os projetos prontos e com respostas esperadas apresentam.
Os conselheiros se sentiam e estavam desmobilizados. A proposta integradora do projeto de educação em saúde possibilitou avanços importantes no funcionamento e organização dos CLS e promoveu uma chamada à participação social. Hoje estão mais atuantes e fortalecidos, conhecem e interagem melhor com a comunidade local.
Evidenciou-se que todos os envolvidos saíram ganhando, sobretudo a comunidade, acreditando que ganhou mais. Por estarem num momento crítico, as contribuições foram muito significativas, mas os estudantes ganharam e muito na formação humana. Apontam que as ações propostas e desenvolvidas pela universidade precisam ter garantias de continuidade e renovação para que não sejam pontuais, podendo permanecer e avaliar os resultados para que, enquanto processo, possa contribuir bilateralmente, na formação profissional e na transformação social.
As ações da universidade são isoladas e dissociadas do contexto social. Se os tempos entre a universidade e a comunidade são diferentes, é preciso encontrar um compasso entre as demandas reais e as possibilidades de contribuição. A academia deveria seguir a direção dos resultados positivos que já apontam das propostas diferenciadas, e reiterara constantemente essa relação de contribuição bilateral.

Fonte: o autor.

As oito categorias que emergiram pela análise de conteúdo, antes do agrupamento final, bem como as categorias (sínteses) da análise Hermenêutico-Dialética, estão apresentadas comparativamente no QUADRO 3, a seguir. Assim considera-se que neste estudo os dois enquanto métodos puderam subsidiar a construção das categorias e foram válidos ao objeto estudado.

**QUADRO 3** – Comparativo entre as categorias da Análise de Conteúdo e da Hermenêutica-dialética

<b>Análise de Conteúdo</b>	<b>Hermenêutica-dialética</b>
- Pouco é melhor que nada, quando tem caráter assistencialista, ganhos em horizontalidade.	A construção coletiva do processo permitiu o diálogo entre as demandas das comunidades e as propostas do projeto de extensão, e possibilitou avanços horizontais que a comunidade não esperava, sequer os investigadores, que tiveram de ir buscar novas teorias. A interação menos diretiva e integradora inicialmente pareceu confusa, mas ao final demonstrou que o compartilhamento de saberes supera as limitações na criatividade e na autonomia que os projetos prontos e com respostas esperadas apresentam.
- Foi construído coletivamente, não veio pronto, e possibilitou que o trabalho interdisciplinar fosse dialogado com os CLS.	
A autocrítica ao conselho e a organização comunitária – baixa auto-estima: “ <i>somos culpados</i> ”	Os conselheiros se sentiam e estavam desmobilizados. A proposta integradora do projeto de educação em saúde possibilitou avanços importantes no funcionamento e organização dos CLS e promoveu uma chamada à participação social. Hoje estão mais atuantes e fortalecidos, conhecem e interagem melhor com a comunidade local.
Da desmobilização à participação social nos conselhos a educação em saúde teve contribuições importantes no empoderamento – “ <i>foi fundamental para manter vivo o CLS</i> ”.	

<p>Surpreenderam, mas... repetiram o erro, faltou continuidade – semearam e não viram a planta crescer.</p>	<p>Evidenciou-se que todos os envolvidos saíram ganhando, sobretudo a comunidade, acreditando que ganhou mais. Por estarem num momento crítico as contribuições foram muito significativas, mas os estudantes ganharam e muito na formação humana. Apontam que as ações propostas e desenvolvidas pela universidade precisam ter garantias de continuidade e renovação para que não sejam pontuais, mas que possam permanecer e avaliar os resultados para que, enquanto processo, possa contribuir bilateralmente, na formação profissional e na transformação social.</p>
<p>Afinal, foi melhor para quem? Nós ganhamos mais que os estudantes, mas eles ganham na formação;</p>	
<p>Valores</p>	
<p>Papel social da universidade – a relação da universidade com a comunidade deveria ser eterna, aproveitando melhor o que os projetos de extensão apontam, compreendendo e respeitando as diferentes realidades sociais.</p>	<p>As ações da universidade são isoladas e dissociadas do contexto social. Se os tempos entre a universidade e a comunidade são diferentes, é preciso encontrar um compasso entre as demandas reais e as possibilidades de contribuição. A academia deveria seguir a direção dos resultados positivos que já apontam das propostas diferenciadas, e reiterara constantemente essa relação de contribuição bilateral.</p>

Fonte: o autor.

Assim, considerando o processo enquanto análise, a Hermenêutico-Dialética embasou a postura crítica, e desse modo a reflexão sobre as possibilidades de superação da situação encontrada. No contexto estudado, esta análise demonstrou ser mais adequada, como exposto no comparativo acima.

Ao final, revisitando as todas as etapas deste percurso, as categorias que resultaram dos dois processos de análise foram sintetizadas nas seguintes:



- **A horizontalidade das relações na proposta integradora;**
- **Empoderamento dos CLS pela extensão;**
- **Quando é dialógico todos ganham;**
- **O papel social da universidade;**

A discussão de uma ou mais das categorias finais, no modelo de projeto ampliado, fica direcionada no manuscrito (artigo). Neste trabalho optou-se pela análise e discussão do ***Empoderamento dos CLS pela extensão***, que consta no Apêndice C. As demais categorias serão posteriormente apresentadas e discutidas em outras produções.

*O que nos falta é a capacidade de traduzir em proposta aquilo que ilumina a nossa inteligência e mobiliza nossos corações: a construção de um novo mundo.*  
**Herbert José de Souza, Betinho**



FIGURA 13 – Lagoa do Peri, Ilha de Santa Catarina, 2008.  
Fonte: o autor

---

## **6 ASPECTOS ÉTICOS**



## 6 ASPECTOS ÉTICOS

Toda pesquisa tem uma interferência direta ou indireta na vida humana, por isso é preciso manter-se atento e crítico para se avaliar os danos que ela pode causar à vida. As pesquisas sociais, embora muitas vezes tenham pressupostos teóricos, também trabalham com a vida, e portanto carecem de considerações éticas. Destarte, este projeto está registrado no SISNEP e seguiu as normas para pesquisas com seres humanos (Portaria CNS196/96 e a resolução 251/97).

A realização desta pesquisa está vinculada à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, realizada na reunião do dia 30 de novembro de 2009, conforme certificado nº 440 (ANEXO A).

Os sujeitos de pesquisa foram convidados a participar do estudo e receberam os devidos esclarecimentos sobre o mesmo, garantia de sigilo e privacidade da sua identidade, tendo o direito de recusar a sua participação. Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa puderam, a qualquer momento, solicitar informações sobre a pesquisa ou suspender o consentimento dado através dos telefones fornecidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1). Os participantes, após receberem as informações sobre o estudo, objetivos, sua justificativa e percurso metodológico, assim como sobre o modo de retorno dos resultados, assinaram o TCLE em duas vias (uma ficou com o entrevistado), onde se explicita estas garantias.

Todo o material de pesquisa – diário de campo, gravações, questionários, termos de consentimento e dados processados – está arquivado por cinco anos, sob a responsabilidade do pesquisador e tem seu sigilo garantido. Aos participantes foi garantido o acesso aos resultados desta investigação.

No desenvolvimento da pesquisa foram considerados os seguintes aspectos:

- Obtenção de consentimento livre e esclarecido de todos os participantes;
- Adesão voluntária dos participantes com livre escolha para abandonarem o processo de investigação caso julgassem necessário;

- Garantia de sigilo das informações, que serão restritas ao trabalho acadêmico e publicação em periódicos científicos;
- Anonimato, com a utilização de codinomes escolhidos pelo pesquisador para citar suas falas. As comunidades estão representadas pelos pontos cardeais, Norte, Sul, Leste e Oeste, pois inicialmente eram quatro e localizadas em diferentes regiões da Ilha de Santa Catarina. Os sujeitos têm suas identidades preservadas por codinomes de ilhas que geograficamente pertencem ao município de Florianópolis;
- Garantia de fidedignidade das informações através da confirmação das informações obtidas nas observações e entrevistas;
- Esclarecimento de que os dados analisados serão de propriedade dos pesquisadores e seu uso será restrito ao meio acadêmico e científico.

*Um dia, quando olhares para trás,  
verás que os dias mais belos foram  
aqueles em que lutaste.*  
**Sigmund Freud**



FIGURA 14 – Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.  
Fonte: o autor.

---

## **7 REFERÊNCIAS**



## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; STOTZ, Eduardo Navarro. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 259-274. Agosto. 2004 .

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde . **Saude soc.** vol.14, n.3, pp. 30-50. 2005. ISSN 0104-1290.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.2, n.1/2, p. 5-20. 1997.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 223 p.

BORDENAVE, Juan E. Díaz. **O que e participação**. São Paulo: Brasiliense, 1983. 84p.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Plano Nacional de Extensão Universitária**. Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras, 2001. Disponível em: <<http://www.fcm.unicamp.br/extensao/arquivos/pne.pdf> >, Acesso em: 17 de maio de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). **Promoção da saúde**: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, DF: Ministério da Saúde/IEC, 1996.

BUSS, Paulo Marchiori. Enfoques prioritarios en salud pública. *In*: Organización Panamericana de la Salud. **Desafios para la Educación en Salud Pública**. La Reforma Sectorial y las



Funciones Esenciales de Salud Pública. Washington, D.C.: OPS, 2000a.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.5, n.1, pp. 163-177. 2000b. ISSN 1413-8123.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde . In: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

CAMPOS, R. (orgs.). **Agir em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CARVALHO, S.R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005. 174p.

CASTRO, L.M.C.; MATTOS, R.de. Extensão universitária: possibilidade de formação mais emancipadora na área da saúde. **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária**. Belo Horizonte: 2004. Disponível em: <<http://www.ufmg.br/congrext/Gestao/Gestao1.pdf>> Acesso em: 30 de abril de 2009.

CECCIM RB, FEUERWERKER LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1400-1410, set-out, 2004a.

CECCIM, Ricardo Burg and FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**. vol.14, n.1, p. 41-65. 2004b. ISSN 0103-7331.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para o Controle Social: subsídios para a capacitação de conselheiros locais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 280p.

CUTOLO, L.R.Agea. Bases epistemológicas da interdisciplinaridade. In: SAUPE, R.; WENDHAUSEN, A.L.P.(org). **Interdisciplinaridade e saúde**. Itajaí: Universidade do Vale de Itajaí, 2007.

DA ROS, M.A. **Estilos de pensamento em saúde pública: Um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck.** Tese (Doutorado em Ensino de Ciências) – Centro de Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2000.

DA ROS, M.A. Uma visão da reforma curricular a partir do movimento sanitário. In: PEREIRA, Maurício José Lopes; COELHO, Elza Berger Salema; DA ROS, Marco Aurélio (Orgs). **Da Proposta à Ação: Currículo integrado do curso de Medicina da UFSC.** Ed. da UFSC, Florianópolis, 2005. p. 59 – 80.

DEMO, Pedro. Elementos metodológicos da pesquisa participante. In: BRANDÃO, C.R. (org). **Repensando a pesquisa participante.** São Paulo: Brasiliense, 1984.

DUARTE, J. Entrevista em profundidade. In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação.** São Paulo: Atlas, 2006. p.61-83.

ESCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. **Participação Social.** In: GIOVANELLA, Lígia et al. (orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CEBES, 2008. Cap. 28, p. 979-1010.

FEUERWERKER, L.C.M. Educação dos profissionais de saúde - problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da ABENO.** v. 3, n.1, p.24-27, 2003.

FLEURI, Reinaldo Matias; GADOTTI, Moacir. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. **Educação popular e universidade: Contradições e perspectivas emergentes nas experiências de extensão universitária em educação popular da Universidade Metodista de Piracicaba (1978-1987).** 1988. 386f. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas

FORPROEX. **Extensão Universitária:** organização e sistematização/ Fórum de Pró-reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras; organização: Edison José Correa. Coordenação Nacional do FORPROEX. Belo Horizonte:

Coopmed, 2007. Disponível em:  
<<http://www.renex.org.br/documentos.php>>. Acesso em  
05/05/2009.

FREIRE, Paulo. **Extensão ou Comunicação?** 10 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra; 1996.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e terra, 2005. 213 p.

FURTADO, Juarez Pereira. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface.** Botucatu, vol.11, n.22, p. 239-255. 2007.

GADOTTI, Moacir. Lições de Freire. **Rev. Fac. Educ.**, São Paulo, v. 23, n. 1-2, Jan. 1997.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1987. 207 p.

GUIMARÃES, Regina Guedes Moreira; FERREIRA, Maria do Carmo; VILLAÇA, Fabiana de Mello. O Debate Necessário: A importância da Extensão Universitária para a Formação Médica. **Cadernos ABEM**, Vol. 4, p 69-78, outubro, 2008.

HABERMAS, J. **Dialética e hermenêutica.** Porto Alegre: LPM, 1987.

HENNINGTON, Élida Azevedo. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 256-265, Fevereiro, 2005 .

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber.** Rio de Janeiro: Imago; 1976.

JEZINE, E. As práticas curriculares e a extensão universitária. **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária.**

Belo Horizonte: 2004. Disponível em:  
<<http://www.ufmg.br/congrest/Gestao/Gestao12.pdf>> Acesso em: 30 de abril de 2009.

LALONDE, M. **El concepto de "Campo de la Salud": Una perspectiva canadiense**. 1974. Disponível em:  
<<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>>  
Acesso em: 17 de maio de 2009.

LIMA, Rita de Cássia Gabrielli Souza. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. **Concepções de médicos de família no Brasil e na Itália sobre autonomia e solidariedade: implicações éticas para o cuidado na atenção primária de saúde**. Florianópolis, SC, 2008. [187] f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública

MACHADO, M.F.A.S. *et al.*. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):335-342, 2007

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. V. Metodologia Científica. 5<sup>a</sup> ed., São Paulo, Atlas, 2008.

MELLO, Mônica de Souza Netto. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. . **Contribuições e desafios para a formação universitária na área da saúde a partir de uma vivência extensionista interdisciplinar**. 191 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Florianópolis, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. **Oficina de Tratamento de Dados Qualitativos**. Realizada na Universidade Federal de Santa Catarina em dezembro de 2009.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **CARTA DE OTTAWA**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá, novembro de 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>> Acesso em: 28 de abril de 2009.

PATRÍCIO, Z. M. **A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável**: uma questão bioética numa abordagem holístico – ecológica. 215f. Tese (Doutorado em Filosofia da Saúde/ Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 1995.

PROJETO DE EXTENSÃO **Educação em saúde**: colaborando no emponderamento com um trabalho interdisciplinar. Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

REZENDE, A. L. M. de; **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Cortez, 1989.

RIBEIRO, José Mendes. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 13(1):81-92, jan-mar, 1997.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

SEVERO, D. O.; CUNHA, A. P.; DA ROS, M. A. Articulação nacional de movimentos e práticas de educação popular e saúde no estado de Santa Catarina: fortalezas e fragilidades. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2. p. 239-245, 2007.

STUMPF, Ida Regina C. Pesquisa bibliográfica. In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. 2<sup>a</sup>. Ed. São Paulo: Atlas, 2006, p. 51-61.

VALLA, Victor Vincent. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública**. vol.15, suppl.2, p. S7-S14. 1999. ISSN 0102-311X.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação Popular nos Serviços de Saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1991.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):67- 83, 2004.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. **Interface**, Botucatu, v.5, n.8, p.121-6, 2001.

VERDI, Marta; CAPONI, Sandra. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, Mar. 2005 .

VILELA, Elaine Morelato; MENDES, Iranilde José Messias. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 525-531. Agosto, 2003.



*O valor, o mais precioso dos valores humanos, o atributo sine qua non de humanidade, é uma vida de dignidade, não a sobrevivência a qualquer custo.*  
**Zygmunt Bauman**



FIGURA 15 – Ribeirão da Ilha, Florianópolis, Santa Catarina, 2006.  
Fonte: o autor.

---

## **APÊNDICES**





## APÊNDICE A

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: **Uma experiência de Extensão Universitária Interdisciplinar de Educação em Saúde: as percepções das pessoas envolvidas em duas comunidades de Florianópolis, SC.**

Assinando esse documento passo a consentir a minha participação nesta pesquisa desenvolvida pelo aluno de Mestrado Fernando Mendes Massignam, sob orientação do Professor Marco Aurélio Da Ros, vinculado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina através desta entrevista.

Estou ciente de que o objetivo desta pesquisa é analisar as percepções das comunidades envolvidas no Projeto de Extensão Interdisciplinar de *Educação em saúde: colaborando no empoderamento com um trabalho interdisciplinar*. Tem como objetivos, também, identificar as interações entre os estudantes, facilitadores e comunidade, analisar a percepção dos conselheiros e lideranças envolvidos no projeto de extensão interdisciplinar em relação à Universidade, identificar as contribuições do projeto de extensão interdisciplinar para o fortalecimento dos conselhos locais de saúde nas comunidades envolvidas e descrever as aproximações e distanciamentos da Universidade com as comunidades envolvidas.

Informo que concordo que o Circulo de Cultura e a entrevista (diálogo) poderão ser gravados e transcritos, e que não serei identificado em hipótese alguma em qualquer registro desta pesquisa. Da mesma forma estou ciente de que as informações obtidas poderão ser utilizadas posteriormente pelo pesquisador se assim ela precisar para alcançar os objetivos da pesquisa.

Sei também que, se for de meu interesse e desejo, poderei solicitar que não seja gravada alguma informação o que prontamente será atendido pelo pesquisador. Minha participação é voluntária e estou ciente de que posso, em qualquer momento, desistir de participar.

Tenho ciência que poderei conhecer os resultados deste trabalho caso os solicite, e que serei esclarecido pelo pesquisador a respeito de possíveis dúvidas sobre o teor do estudo ou sobre meus direitos de participante durante o desenvolvimento da pesquisa. O contato com o pesquisador pode ser feito pelo e-mail: fmassignam@yahoo.com.br ou pelo telefone (48) 9968.0088.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) participante

\_\_\_\_\_  
Fernando Mendes Massignam – Pesquisador



## **APÊNDICE B**

### **ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

Identificação:

**Rememorar para o entrevistado como o Projeto de Extensão entrou em contato com a comunidade e como foram as atividades realizadas.**

**Poderia me relatar tudo o que quiser e puder sobre o período de trabalho com o Projeto de Extensão? Como você percebe a construção do trabalho, as relações com a Universidade, as contribuições, os pontos negativos, enfim, tudo o que lembrares. Deixo este momento inicial pra que se expresse aberta e livremente, se algo faltar retomarei no momento seguinte com algumas questões levantadas previamente.**

**Que expectativa(s) você tinha em relação a este Projeto?**

**Houve contribuições do Projeto para a comunidade? Foram além do Conselho Local de Saúde? Percebe outras mudanças ou contribuições?**

**O Projeto de Extensão colaborou com o Controle Social? E com a participação social?**

**Na sua concepção foi melhor para quem? Para os estudantes? Para a universidade? Ou para a comunidade?**

**Deveria ter continuidade? Para que? Como? Em que direção você destacaria?**

**Que valores você destacaria durante o processo?**

**Qual (is) expectativa(s) você tinha em relação à universidade?**

**Mudou a sua maneira de ver a relação da universidade com a comunidade?**

**Sugestões**






***ANEXO***



## ANEXO A- Certificado de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**CERTIFICADO** Nº 440

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584 GR 99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

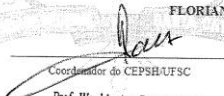
**APROVADO**

PROCESSO: 440      FR: 295953

**TÍTULO:** Uma experiência de Extensão Universitária Interdisciplinar de Educação em Saúde: as percepções das pessoas envolvidas em duas comunidades de Florianópolis, SC.

**AUTOR:** Marcos Aurélio Da Ros, Fernando Mendes Massigam

FLORIANÓPOLIS, 30 de Novembro de 2009.

  
Coordenador do CEPSH/UFSC

*Prof. Washington Portela de Souza*  
Coordenador do CEP/PRPe/UFSC





## **ARTIGO CIENTÍFICO**

---



## **ROMPENDO MUROS OU ABRINDO PORTAS? A colaboração de um projeto de extensão para o “empoderamento” de Conselhos Locais de Saúde**

MASSIGNAM, Fernando M.<sup>6</sup>  
DA ROS, Marco Aurélio.<sup>7</sup>

### **RESUMO**

Um estudo exploratório-descritivo de caráter qualitativo que analisou o modo como as pessoas diretamente envolvidas em seu cotidiano com os conselhos locais de saúde de duas comunidades de Florianópolis perceberam o trabalho com um projeto de extensão interdisciplinar de educação em saúde. Foram entrevistados oito sujeitos, entre conselheiros e lideranças comunitárias que participaram diretamente deste processo. As entrevistas semiestruturadas foram transcritas e tratadas inicialmente pela análise de conteúdo e reanalisadas pela Hermenêutico-Dialética, que possibilitou a crítica e a superação dos resultados encontrados, emergindo quatro sínteses/categorias. Partindo de uma destas categorias: Empoderamento dos conselhos locais de saúde pela extensão, este artigo analisa o fortalecimento de dois conselhos locais de saúde a partir de uma vivência extensionista de educação em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** conselhos de saúde; educação em saúde; pesquisa qualitativa.

---

<sup>6</sup> Fisioterapeuta; Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; Universidade Federal de Santa Catarina; Especialista em Saúde da Família; Universidade Federal de Santa Catarina; *fmassignam@gmail.com*

<sup>7</sup> Médico; Doutor em Educação, Universidade Federal de Santa Catarina; Professor Titular do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina; *ros@ccs.ufsc.br*

***BREAKING WALLS OR OPENING DOORS?***  
***The collaboration of an extension project for the  
empowerment of Local Health Councils***

**ABSTRACT**

A qualitative descriptive exploratory study that analyzed how the people directly involved in their daily lives with the local health councils of two communities of Florianopolis, State of Santa Catarina, Brazil, realized the work with an extension project of interdisciplinary health education. Eight people were interviewed among counselors and community leaders who participated directly in this process. The semi structured interviews were transcribed and initially treated by content analysis and reviewed by Hermeneutic-Dialectic, which allowed the criticism and overcoming the results and four synthesis / categories emerged. This article analyzes the improvement of two local health councils from an extension experiences in health education one of these category: Empowerment of local health councils by extension work.

**KEYWORDS:** health councils; health education; qualitative research.

**COMEÇO DE CONVERSA – *Introdução***

O debate no campo da Saúde sobre o papel da universidade no cenário contemporâneo brasileiro vem assumindo novos formatos desde a década de 70, quando parte da academia e movimentos sociais iniciaram ampla mobilização pela democratização da saúde no Brasil. Os questionamentos ressoaram em vários espaços acadêmicos e a grande interrogação que se colocava era sobre o papel social da academia na construção do conhecimento.

A partir da regulamentação do SUS e da consequente conquista de instâncias colegiadas como espaços de expressão da sociedade na deliberação de políticas públicas, tais lutas foram potencializadas, pois o cenário clamava pela presença da academia na construção/formação política da sociedade, na representação de conselheiros de saúde. Desta forma, a academia estaria exercendo seu papel social e, se assim o

fizesse, estaria demonstrando coerência, já que havia lutado pela conquista de um sistema de saúde 'social'.

Entretanto, estas questões compunham não a totalidade do universo acadêmico brasileiro, mas pequenos microuniversos distribuídos de modo heterogêneo pelo país. Pedro Demo<sup>1</sup>, ao expressar que a construção do conhecimento deveria “fazer parte [da] alma” da universidade está, em certa medida, reforçando esta compreensão.

Via de regra, o que se tem visto é que o quadro instrucionista permanece vigente com sua força histórica: estudantes comparecendo para assistir aulas, comprometidos com notas e devolvendo o conhecimento acumulado em provas. Observa-se que as universidades não têm formado profissionais com autonomia e com potencial para conquistar o que lhes é de direito, a cidadania plena.<sup>1</sup>

Assim, enfatiza-se que a construção do conhecimento precisa vir acompanhada da qualidade política, ou seja, de formação política, buscando privilegiar a capacidade de os sujeitos interferirem na história e na realidade de modo autônomo e, portanto, não aceitando placidamente o que lhes é dado. Em outra abordagem, a universidade não deveria se ver como detentora de um saber pronto e acabado, carecendo participar (e participar é estar junto, estar com) dos movimentos sociais, visando à construção da cidadania.

Uma forma de materialização desta luta está expressa em uma das vertentes acadêmicas, porém, sem a mesma potência das demais: a Extensão. As ações de Extensão são potencialmente capazes de superar o assistencialismo e devem ser direcionadas, prioritariamente, às questões sociais que implicam necessidade de *transformação de dada realidade, tendo em vista a qualidade de vida, o desenvolvimento sustentável e a responsabilidade humana sobre os fenômenos da vida.*<sup>2</sup>

As ações extensionistas desvelam a importância de sua existência na relação estabelecida entre universidade e sociedade, consolidando-se através da aproximação e troca de conhecimentos e experiências entre professores, alunos e população. Mas não só isto. As ações extensionistas expressam também a possibilidade de desenvolvimento de processos de ensino-aprendizagem a partir de práticas cotidianas coadunadas com o ensino e pesquisa, especialmente, ao propiciar o confronto

da teoria com o mundo vivido de necessidades e desejos.<sup>3</sup> A convivência cotidiana com a população, na medida em que permite um contato muito próximo entre os vários atores envolvidos no processo educativo, possibilitando um rico aprendizado dos caminhos para uma educação em saúde que respeite a autonomia e valorize a criatividade dos envolvidos.<sup>4</sup>

O comprometimento das práticas pedagógicas com o papel social da universidade precisa considerar os interesses da sociedade e sua relevância pública, socialmente outorgada, na produção de conhecimento, na produção científica e tecnológica ou na promoção da informação, da arte e da cultura. Novos projetos são, e continuarão sendo, um desafio para o delineamento de uma formação humanizada e cidadã, exigida pela sociedade contemporânea e norteada pelas diretrizes curriculares dos cursos de graduação em saúde. As práticas devem ser construídas permanentemente com reflexão crítica e em parceria entre universidades, serviços de saúde e comunidade, pois nenhum desses atores participantes possui todas as respostas e ferramentas necessárias à sua implementação e desenvolvimento.<sup>5</sup>

Procurando contemplar uma contribuição real da universidade para a população, na área de educação em saúde, um grupo de estudantes e professores do Departamento de Saúde Pública (SPb), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), desde 2005, vem discutindo e construindo coletivamente uma proposta de disciplina interdisciplinar. Uma proposta corajosa e ambiciosa, visto que o novo desenho não foi respaldado pelos “castelos corporativos”<sup>8</sup> da academia. Desse modo, alternativamente, foi aprovado como projeto de extensão a proposta *Educação em Saúde: colaborando no empoderamento com um trabalho interdisciplinar*.

O grupo envolvido com esta proposta de extensão iniciou suas atividades em outubro de 2007, com dinâmicas e discussões teóricas, facilitando a integração de todos os envolvidos da academia. Buscando contextualizar inicialmente um dos principais objetivos do Projeto de Extensão, vivenciar com a comunidade experiências relacionadas à formação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) e com o fortalecimento do

---

<sup>8</sup> Departamentos fechados em suas logicas internas e sem abertura ao trabalho interdisciplinar.

Controle Social do Sistema Único de Saúde (SUS), e que, indiretamente, pudessem também fomentar a construção de espaços de promoção da saúde.

Foram identificadas quatro comunidades da Ilha de Santa Catarina cujos CLS estavam procurando se fortalecer. Desse modo, os convites foram intencionais por via dos CLS e seus representantes. Entretanto, uma destas encontrava-se em fase crítica de recomposição e outra não deu continuidade ao convite e, por isto, não puderam levar o projeto a cabo. Em virtude disto, este trabalho foi realizado ano seguinte, durante 2008, com as duas comunidades que aceitaram e puderam ser parceiras nessa empreitada: uma do Sul e outra do Norte da Ilha.

A aproximação a estas comunidades se deu por meio de encontros nos quais se discutiu a proposta do projeto, seus objetivos e metodologia de trabalho, de modo que representantes do CLS das comunidades colaborassem no delineamento inicial da proposta. A abordagem deste trabalho de extensão envolveu a participação de estudantes, facilitadores e professores nas reuniões mensais e nas atividades dos CLS, e também encontros teóricos como espaços de reflexão sobre o cotidiano vivido nestas experiências. O grande grupo da extensão foi assim subdividido em dois grupos para que contemplassem as realidades distintas e distantes das duas comunidades.

A metodologia do projeto, ao considerar a importância de todos seus atores na construção demonstrou estar assentada em uma proposta horizontal, para a qual todos os saberes são potenciais e legítimos. Desse modo, os conhecimentos construídos nessas experiências mais localizadas são fundamentais para o norteamento das práticas educativas com metodologias participativas, ainda pouco articuladas com o cotidiano das relações entre os profissionais de saúde e a população.<sup>4</sup>

As práticas e o andamento de cada grupo (Norte e Sul da Ilha) diferenciaram-se bastante no início, ainda que mantida a mesma metodologia de trabalho. As atividades do grupo vinculado ao Sul da Ilha concentraram-se mais fortemente na interação e na tentativa de cooperação com o fortalecimento do CLS, mas também realizaram ações diretas com a população. Ações essas vinculadas às demandas do CLS em relação à comunidade. Já o grupo do Norte da Ilha voltou-se, desde o início, para ações mais relacionadas à interação, com grupos



organizados de uma área de baixo poder aquisitivo, visto que nesta localidade, o CLS encontrava-se aparentemente mais coeso e organizado.

Na participação em reuniões e atividades do CLS o grupo do Norte pôde identificar algumas fragilidades, conhecer as demandas locais e, como o grupo do Sul, participar de um processo eleitoral para uma nova gestão do CLS. O trabalho deste projeto de extensão acabou no final de 2008 por questões burocráticas que não possibilitaram a renovação deste. No início do ano seguinte alguns integrantes da extensão participaram de reuniões iniciais nas comunidades, mas, por motivos diversos e complexos, não puderam mais manter a proposta.

Esta proposta foi retomada como objeto desta pesquisa. Dentre as expectativas que circulavam, e na intenção de desdobrar tal proposta em objeto de pesquisa, havia a preocupação com a preservação da imagem-objetivo do projeto, visto que realidades sociais são realidades particulares e cada cotidiano e imaginário coletivo detêm especificidades. Porém, estas características constitutivas da sociedade contribuíram como elemento diferenciador do processo, mas a imagem-objetivo da proposta-mãe manteve-se preservada.

O presente artigo é um fruto da pesquisa de mestrado que discute e analisa o modo como as pessoas das comunidades que estiveram mais diretamente envolvidas com o trabalho de educação em saúde perceberam o processo desenvolvido. As percepções dos estudantes que participaram também foram objeto de estudo na dissertação de Mello (2009)<sup>6</sup>.

### **CAMINHOS TRILHADOS – *Percurso Metodológico***

Procurando incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, tanto no seu advento como na sua transformação como construções humanas significativas, o método qualitativo trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos – que não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis.<sup>7</sup>

Nessa direção, o desenvolvimento desta pesquisa procura compreender a essência dos fenômenos que abarcam as

percepções das pessoas envolvidas em duas comunidades sobre um projeto de extensão, contemplando as relações sociais no contexto considerado, buscando entender os determinantes e modos pelos quais se organizaram as relações da extensão universitária com duas comunidades da Ilha de Santa Catarina, e como são por elas entendidas.

A composição do universo de sujeitos considerou as pessoas envolvidas, com os CLS das duas comunidades e com o Projeto de Extensão, através da comunicação eletrônica, dos relatórios dos grupos do Projeto de Extensão. Eram (e alguns ainda o são), membros atuantes nas suas comunidades que vivenciaram diretamente o trabalho com o Projeto de Extensão “Educação em saúde: colaborando no empoderamento com um trabalho interdisciplinar”, em 2008. Definiu-se o universo de sujeitos em oito pessoas, sendo quatro de cada comunidade. O anonimato está garantido pelo uso de codinomes. As comunidades representadas pelos Pontos Cardeais, Norte e Sul, e os sujeitos têm suas identidades preservadas com codinomes de ilhas que pertencem ao município de Florianópolis, SC (*Badejo, Laranjeiras, Garoupa, Ratoles, Araçatuba, Guarás, Tipitingas e Campeche*). Todos os convidados que concordaram em participar das atividades da pesquisa e coleta de dados, aceitaram voluntariamente e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada entre em fevereiro e maio de 2010. As quatro pessoas de cada comunidade foram abordadas com entrevista, iniciada de maneira aberta num primeiro momento, e concluída semiestruturada com um roteiro prévio. Considerada uma importante técnica de pesquisa em ciências sociais, a entrevista possui um caráter de interação e de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde.<sup>8</sup>

As transcrições das entrevistas foram trabalhadas inicialmente com a análise de conteúdo referenciada por Bardin<sup>8</sup> e por Minayo<sup>7</sup>, que também aponta crítica à análise de conteúdo tradicional, pela ênfase quase absoluta na fala, e reduzida capacidade explicativa. Nesse sentido, os dados foram [re]analisados pela Hermenêutico-Dialética, por *superar o formalismo da análise de conteúdo [...]*, indicando as *dimensões e à dinâmica das relações que se apreendem numa pesquisa que toma como objeto a saúde em suas mais variadas dimensões[...]*.<sup>7:301</sup>

As categorias da análise de conteúdo e das sínteses da análise Hermenêutico-Dialética foram comparadas e desta emergiram quatro categorias (sínteses) finais, a saber: 1) *A horizontalidade das relações na proposta integradora*; 2) *Quando é dialógico todos ganham*; 3) *O papel social da universidade*, e 4) ***Empoderamento dos CLS pela extensão*** – que este artigo procura analisar e discutir.

## **AFINANDO A CONVERSA – Análise e discussão**

A categoria, *empoderamento dos CLS pela extensão*, para efeito de melhor análise está apresentada em subcategorias: 1) desmobilização dos conselhos locais de saúde; 2) trabalho feito. Como? e 3) contribuições para os CLS, que expressam o modo como os conselheiros e lideranças se percebiam no exercício e estavam desmobilizados. A proposta integradora da extensão de educação em saúde, ao encontro dessa situação, desvelou algumas fragilidades e possibilitou ações que contribuíram para avanços importantes no funcionamento e organização dos CLS e promoveu uma chamada a participação social. Hoje estão mais atuantes e fortalecidos, conhecem e interagem melhor com a comunidade

### **Desmobilização dos Conselhos Locais de Saúde**

Os CLS das comunidades Norte e Sul, em seus distintos contextos, passavam por desarticulação interna bastante significativa que limitava a expansão das ações dos conselhos à população e ao seu território. Os conselheiros e lideranças desconheciam as suas atribuições e estavam desmobilizados nas atividades de cada comunidade. *As pessoas tinham dúvida quais as suas funções e qual era a função real do conselho* (Laranjeiras). Esta fala revela um sentimento de impotência frente ao desconhecimento sobre o papel da comunidade nas atividades do Conselho, bem como sobre seus direitos e deveres. Os CLS também se encontravam sem meios para mobilizar os próprios conselheiros, e conseqüentemente a *falta de estratégias pra atrair a própria comunidade* (Araçatuba), com dificuldades para conhecer e chamar a população para conhecer e participar das atividades do conselho. Com os conselhos desarticulados, em algumas reuniões a presença de acadêmicos

era maior que representantes dos conselhos ou da comunidade. Isto corroborava a necessidade de estratégias para fomentar a participação comunitária nos conselhos.

A crítica demonstrada aos conselhos por conselheiros e lideranças reforça o exposto. O *conselho não pôde oferecer muita coisa, por que as chances do conselho se esfarelar eram grandes* (Badejo). O momento crítico pelo qual os conselhos passavam não era visto como propício ao trabalho de extensão, pois limitou as atividades devido às intensas demandas internas dos conselhos que foram sendo desveladas ao longo do processo. A (des) articulação comunitária também era, e ainda é vista como um dos impedimentos da permanência do projeto de extensão. *A comunidade não está preparada e não está amadurecida pra projetos desse porte.* (Ratones) É manifesto de certa forma uma crítica a sua própria comunidade, refletindo talvez um rebaixamento da autoestima.

O reflexo da baixa autoestima é reafirmado pelo sentimento de culpa por não contar mais com o apoio da extensão. Entendem que a situação de cada conselho favoreceu também a desmobilização do projeto de extensão, mesmo não sendo este o motivo, uma vez que *não estava bem preparado ainda pra recebe eles.* (Garoupa) Também consideram este momento crítico como um dos limitadores às propostas e ao trabalho realizado. *Não fizeram mais acontecer por que a gente não entrou de cabeça com eles* (Campeche), e até mesmo expressando, equivocadamente, que *o processo de dissolução do Conselho fez com que o grupo de extensão também se afastasse por que eles não tinham mais objetivos.* (Ratones) [...] *hoje se dá valor muito àquilo que se perde* (Garoupa)

Apesar das dificuldades enfrentadas pelos conselheiros na efetivação de processos de comunicação mais produtivos, a luta deve prosseguir, pois o espaço dos conselhos se constitui em espaço de aprendizado da cidadania. Reconhecendo o caráter contraditório da sociedade que abriga interesses distintos<sup>9</sup>, *é preciso, também, compreender o caráter dinâmico [desta] como um espaço em permanente disputa de interesses políticos e desejos individuais e coletivos, que envolvem forças díspares, valores diversos e crenças divergentes.*<sup>10:87</sup>

Neste contexto, os conselheiros e lideranças não percebiam *como um momento propício pra ter esse projeto de extensão.* (Tipitingas) *O grupo poderia ter aproveitado muito mais*

*se não tivesse tido essa coincidência infeliz de chegar junto ao conselho num momento que ele estava muito fragilizado, muito desarticulado.* (Badejo) Mesmo assim os grupos puderam avançar bastante no fortalecimento dos conselheiros e lideranças na direção do CLS como instância deliberativa e de construção da cidadania.

## **O trabalho feito. Como?**

A horizontalidade da proposta, ao passo que gerou surpresa, foi “frustrada” no início pela expectativa de ações biomédicas e assistencialistas, que alguns demonstraram. Desse modo a *primeira impressão, ao mesmo tempo em que gerou alguma confusão, foi muito positivo porque permitiu que a gente trouxesse de fato as demandas* (Badejo) *E toda ajuda é sempre bem vinda. Principalmente a visão de pessoas novas que tem conhecimentos e ideias frescas* (Araçatuba) *e sangue novo, podendo trazer experiências diversas [...] me sentia mais segura ainda.* (Guarás)

*Assim o que aproximou o projeto do conselho foram objetivos comuns.* (Ratones) Permitiu-se que fossem expostas as dúvidas quanto ao papel e funcionamento dos CLS, e que o grupo fosse apresentando suas contribuições na medida em que o conselho trazia as demandas. (Badejo) Assim o desenvolvimento das atividades com os conselheiro deu-se mediante trocas solidárias, aonde as contribuições vinham todos, *cada um com seu conhecimento, cada um com suas ideias e a gente vai trabalhando, mas é visão de pessoas novas que tem conhecimento e ideias frescas.* (Araçatuba) Esse compartilhamento de saberes é destacado também por *a gente ter uma experiência, mas eles terem mais leitura.* (Campeche) A extensão assumindo um papel mediador entre universidade e sociedade pode operar como agente transformador, envolvido diretamente nas discussões de políticas e nas práticas sociais.<sup>3</sup>

O movimento da extensão de ir além dos CLS, chegando às pessoas da comunidade, aconteceu de modo bem particular em cada contexto, e aparecendo nas falas dos sujeitos como fatores muito positivos e, dadas as distintas realidades, os grupos envolvidos nas duas comunidades estiveram sempre na direção comum de fortalecer a participação social nos CLS. *Hoje*

*nós não somos uma entidade obscura para a comunidade. Está diferente pra melhor.* (Badejo)

Na área da saúde um desafio para a participação social é apresentado pelo Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, quando este enfatiza não apenas a necessidade de instrumentalizar os atores para o exercício do controle social, mas também de estabelecer fóruns de diálogo e debate entre conselheiros, possibilitando a construção de redes colaborativas na construção social da saúde.<sup>9</sup>

Os sujeitos entrevistados da comunidade Norte foram unânimes em afirmar que o trabalho realizado com a subárea de baixo poder aquisitivo repercutiu fortemente no modo como esta comunidade se organiza. As modificações mais visíveis ocorreram no espaço do centro comunitário. Ali depois da saída da extensão, as pessoas passaram a se organizar melhor, realizando mutirões que aprimoraram o espaço de convívio social. Também se puderam perceber expressões mais sutis de “empoderamento” no tocante ao modo de conceber o trabalho realizado. Parece que o fato de observar de outro ângulo a experiência vivida pode denotar a apreensão da mudança, [...] *por que quando a gente tá dentro vê de um jeito, mas quando tá fora vê diferente, [...] e hoje eu não cometeria os mesmos erros* (Garoupa).

O trabalho em loco no Sul foi a convergência das dificuldades encontradas pelos conselheiros de conhecer a população. Os estudantes foram a campo conversar com as pessoas nos locais de maior circulação do bairro, e realizaram um *levantamento que eles fizeram pra conhecer melhor a comunidade* (Guarás). *Eles estavam mais próximos da comunidade e sempre traziam contribuições pra que a própria unidade e o próprio conselho trabalhassem.* (Ratones) Deflagrou a [re]aproximação de comunidade e conselho. Este hoje conhece melhor a dinâmica da população e está mais atuante no seu território, realizando as reuniões mensais do CLS em micro áreas alternadas do seu território. Isto tem possibilitado ouvir as pessoas sobre suas necessidades de saúde no cotidiano vivido e ampliar a atuação dos conselheiros

Com os dois CLS o trabalho caminhou respeitando um eixo comum de buscar através da escuta dos conselheiros as suas demandas e com isso contribuir para o fortalecimento dos CLS. *Foi excelente o trabalho que eles fizeram, olha um negócio*

*assim fantástico, que eles nos ensinaram muito, a gente aprendeu muito, abriu um pouco os olhos da gente.* (Campeche)  
 Destaca-se que *é importante ter uma visão de quem não se vê* (Garoupa), do mesmo modo que destaca que para tal, o olhar externo teve óculos de solidariedade.

Desse modo pode-se apreender que as contribuições da ida às comunidades para os conselhos para o chamado à participação social. O trabalho em loco e a descentralização das atividades para a comunidade *possibilitaram identificar as demandas das micro áreas, que modificou a dinâmica do CLS para reuniões nas micro áreas.* (Badejo) é importante quando eles *descentralizam que vai pra comunidade, pra resgatar os valores, é bom por que somos vistos, somos lembrados.* (Garoupa)

Hoje as comunidades conhecem e participam mais dos CLS e das atividades desenvolvidas por estes junto à população. É evidenciado pelos sujeitos que realmente está diferente e para melhor, inclusive na interagência com a Unidade Local de Saúde (UBS). *O conselho ir até a comunidade, e buscar suas demandas, é herança muito boa do projeto.* (Badejo) Na tentativa de conhecer o território e propor estratégias o *trabalho dos alunos amadureceu pra esse processo de hoje, [...] que foi um avanço* (Ratones).

Portanto, manifestando a surpresa pelo método de abordagem, que não teve intuito algum assistencialista e, com abertura total ao diálogo percebe-se que a falta de clareza manifestada por alguns conselheiros, é reflexo da aproximação horizontal que *o grupo não veio com uma proposta pronta esperando um resultado predeterminado, e isso é algo com o qual hoje a gente não esteja acostumado.* (Badejo)

## **Contribuições para os CLS**

A construção coletiva de estratégias e ações frente às demandas e dificuldades que se apresentaram durante o ano de trabalho possibilitou importante fortalecimento dos CLS. Estes conseguiram manter-se e retomar o trabalho com auxílio do projeto de extensão e revelam *que foi positivo, foi ótimo, por que é aqui que se unem as forças* (Araçatuba).

A união da vivência prática da problemática local pelos conselheiros e lideranças comunitárias e o suporte teórico da

academia, ambos com objetivos comuns, reiteram que o *acompanhamento do projeto foi “fundamental pra manter vivo” o CLS, que tinha grandes as chances do conselho se esfarelar* (Badejo). Hoje eu me sinto bem amparada, forte, por ter tido um *acompanhamento* (Guarás), corrobora a necessidade dos conselheiros em ter formação e consciência crítica, para terem como meta o entendimento do processo onde se inserem; entenderem, por exemplo, a questão dos fundos financeiros públicos e os critérios que deveriam pautar seu uso para a eliminação da pobreza e das desigualdades sociais, para o atendimento das necessidades da população.<sup>11</sup>

Hoje os conselheiros e lideranças comunitárias percebem que o CLS está mais consolidado e atuante por forte influência do Projeto e isso *pra nós não tem preço*. (Badejo) *O conselho mudou, deram uma injeção de animo tão grande, que hoje tem gente que veio que eu acho que foi aqueles estudantes que cativaram* (Campeche), *hoje tem pessoas que na época não faziam parte da diretoria*. (Garoupa) Isto ilustra o destaque dado à importância do trabalho realizado com a extensão. Favorecer o empoderamento dos atores sociais requer espaços de troca e de sensibilização para a intervenção, onde estes reconheçam os desafios e os potenciais existentes em sua realidade concreta.<sup>9</sup>

Os desafios contemporâneos da educação e promoção de saúde não podem afrontar-se exclusivamente a partir do exercício de delegação nos sistemas profissionais de tipo sanitário, com seus sofisticados protocolos. Os grupos sociais estão vivendo as suas realidades locais e também as limitações de um mundo cada vez mais interdependente. É uma tarefa (e também uma responsabilidade) dos diferentes sistemas profissionais o reconhecimento como comunidades ativas na tomada de decisões em saúde.<sup>12</sup>

Nesse sentido a universidade necessita manter uma relação de parceria com a sociedade e que, nesta união, procure colaborar para o seu processo organizativo de forma que, na atual conjuntura, sejam amenizadas as iniquidades sociais, econômicas e políticas. Reafirmando os valores da democracia e a ética da humanização dos indivíduos ao afirmar a função da extensão como mediadora da relação universidade/sociedade. Orientada por estes princípios em suas empreitadas nos diversos contextos sociais a extensão deve ser afirmada enquanto dimensão acadêmica, indissociada do ensino e da pesquisa.



## CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO

O processo de pesquisa com as pessoas em seu cotidiano possibilitou desvelar de modo surpreendente que enquanto *uns fazem os muros, outros fazem as portas*. Desse modo, muros sempre vão existir e cada vez mais portas precisam abrir promovendo a comunicação e a interagência entre os “castelos corporativos” da academia e o mundo vivido da sociedade. Abrir portas demanda disposição.

O empoderamento é uma abordagem que está inserida no debate contemporâneo da luta pelo fortalecimento dos Conselhos Locais de Saúde, instâncias deliberativas conquistadas pela sociedade brasileira na regulamentação do SUS, em 1990. Partindo do entendimento que a apropriação do direito de deliberar as políticas públicas de saúde nestes espaços sociais é fruto de processo relacional e, enquanto tal, de apropriação deste direito constitucional, de compartilhamento de saberes e potências, de disposição ao enfrentamento a limitações de interesses e conflitos que perpassam as relações humanas, este trabalho demonstrou a visibilidade que a academia pode galgar, na representação de Projetos de Extensão, quando participa do fortalecimento social das pessoas da comunidade abrindo suas portas e deslocando-se para os espaços de viver. Ampliando, desta forma, seu papel social na formação da sociedade brasileira. Ampliando os horizontes de exercício de cidadania. Reformulando seus modelos epistemológicos e desafiando seus estilos de pensamento engessados e cristalizados. Desafiando-se com criatividade e fazendo mais. Fazendo junto. Disponibilizando-se para também receber de portas abertas conselheiros locais que desejem formação política. Isto não significa que a academia esteja estática, pois há avanços e mobilizações em curso. Porém, é preciso mais. É preciso sonhar. Sonhar junto com a sociedade brasileira. Chamar a sociedade para ocupar seus espaços. E, desta forma, fazer ciência no trato com a vida humana.

## REFERÊNCIAS

1. DEMO, Pedro. Lugar da Extensão. In: FARIA, Dóris Santos de (Org.). **Construção conceitual da Extensão Universitária na América Latina**. Brasília: Universidade de Brasília; 2001.
2. GUIMARÃES, Regina Guedes Moreira; FERREIRA, Maria do Carmo; VILLAÇA, Fabiana de Mello. O Debate Necessário: A importância da Extensão Universitária para a Formação Médica. **Cadernos ABEM**, Vol. 4, p 69-78, outubro, 2008.
3. HENNINGTON, Élide Azevedo. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 256-265, Fevereiro, 2005.
4. VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1): 67- 83, 2004.
5. BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde . In: CZERESNIA, Dina. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
6. MELLO, Mônica de Souza Netto. Universidade Federal de Santa Catarina Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. **Contribuições e desafios para a formação universitária na área da saúde a partir de uma vivência extensionista interdisciplinar**. 191 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Florianópolis, 2009.
7. MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.
8. BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 223 p.
9. KLEBA, Maria Elisabeth; COMERLATTO, Dunia; COLLISELLI, Liane. Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, June, 2007.

10. VERDI, Marta; CAPONI, Sandra. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, Mar. 2005.
11. GOHN, Maria da Glória. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 2, Aug. 2004.
12. MARTINEZ-HERNAEZ, Angel. Dialógica, etnografia e educação em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, June 2010.

**AGRADECIMENTO:** A *Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima* pelas ideias e pelas contribuições a este trabalho.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)