

ELISABETH MARIA SCHIBUOLA EGYDIO DE CARVALHO

**O ESPAÇO -TERRITÓRIO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.
OFICINA DE TERRITORIALIZAÇÃO DE VILA VARELA. POÁ.
SÃO PAULO**

**Dissertação de mestrado apresentada à
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para obtenção
de título de “Mestre em Saúde Pública”
área de concentração: Saúde Materno-
Infantil.**

Orientadora:

Prof.ª. Dra. Carmen Vieira de Sousa Unglert

1998

AGRADECIMENTOS

Dra. Carmen Vieira de Sousa Unglert

Dra. Márcia Faria Westphal

Dr. Sebastião Jorge Chammé

Funcionários da Faculdade de Saúde Pública da USP

Meu marido

Meu filho André

Meu filho Carlos

Minha filha Emiliana

Amigas de estudo

Amigas de trabalho

RESUMO

Neste trabalho pretende-se identificar a Educação em Saúde comprometida na crise do conhecimento comum às demais ciências. Esse enfoque alargado do entendimento da Educação em Saúde proporciona uma análise dos problemas e inquietudes dessa ciência sob o ângulo da crise paradigmática do conhecimento científico. Enquanto ciência histórica a Educação em Saúde compartilha com o momento atual, exibindo em algumas de suas ações, como na Oficina de Territorialização, o surgimento de novas práticas colaborando na formação do novo paradigma científico. Perseguindo essas intenções o trabalho apresenta três momentos dissertativos: o primeiro que procura identificar as críticas sobre o conhecimento dentro das ciências naturais; o segundo que traz a mesma reflexão sobre o conhecimento, agora no painel da história social localizando a Educação em Saúde e caracterizando seu curso na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Por fim, descreve-se o trabalho da Oficina de Territorialização de Vila Varela, fundamentado sob as características do Planejamento Ascendente .

ABSTRACT

This work was intended to identify Health Education committed in the knowledge crisis shared with the other sciences. This wider focus on understanding Health Education gives rise to an analysis of the problems and uneasiness of this science over the scope of the paradigm crisis of scientific knowledge. As a historical science, Health Education fits itself into the daily reality, demonstrating in some of its actions, like the Territorializations Workshop, the rise of new practices collaborating in the formation process of the newly shaping scientific paradigm. Following these goals, this work presents three moments: the first one seeks to identify the criticism concerning the knowledge inside of the natural sciences; the second one brings the same reflexion about knowledge, but now viewed through the social history where Health Education is placed, and its course of study at the School of Public Health of the University of São Paulo. At last, this paper describes the work of the Territorialization Workshop (Oficina de Territorialização) from Vila Varela, based on the characteristics of the Bottom-up Planning (Planejamento Ascendente) .



ÍNDICE

Resumo

Abstract

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	6
2.1. OBJETIVO GERAL	6
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
3. METODOLOGIA DO TRABALHO	7
4. A CIÊNCIA COMO PANO DE FUNDO: SITUANDO A EDUCAÇÃO EM SAÚDE	11
4.1. A BUSCA DE UMA NOVA RACIONALIDADE	14
4.2. A CRISE DO PARADIGMA DOMINANTE	18
4.3. CONTRIBUIÇÃO DO SÉC XX	19
4.4. SITUANDO A EDUCAÇÃO EM SAÚDE	24
4.4.1. O PAPEL DO ESPECIALISTA: PARA REFLETIR SOBRE A EDUCAÇÃO EM SAÚDE	29
5. A HISTÓRIA COMO PANO DE FUNDO: SITUANDO A EDUCAÇÃO EM SAÚDE	33
5.1. EDUCAÇÃO SANITÁRIA	34
5.2. EDUCAÇÃO EM SAÚDE	37
5.3. O CURSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO PAULO	44
6. O ESPAÇO - TERRITÓRIO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	55
6.1. BASES CONCEITUAIS	56
6.1.1. EDUCAÇÃO LIBERTADORA	56
6.1.2. EDUCAÇÃO POLÍTICA.	60
6.1.3. COMUNICAÇÃO EMANCIPADORA	63
6.2. OUTROS INSTRUMENTOS CONCEITUAIS NA PRÁTICA EDUCATIVA.	65
6.2.1. INTERDISCIPLINARIDADE	65
6.2.2. AS OFICINAS	68
6.2.3. CORPOREIDADE	72

<u>7. ABORDAGENS CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS DAS OFICINAS DE TERRITORIALIZAÇÃO IMPORTANTES PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE</u>	77
7.1. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO	77
7.2. TERRITORIALIZAÇÃO	80
7.3. CONCEPÇÃO METODOLÓGICA	86
<u>8. RESULTADOS E DISCUSSÕES.</u>	95
8.1. CARACTERIZANDO A OFICINA DE VILA VARELA	95
8.2. OBSERVAÇÃO DO ORIENTADOR - EDUCADOR SOBRE O PROCESSO SOCIAL DA OFICINA	97
8.3. ANÁLISE DO RELATÓRIO FINAL DA OFICINA DE VILA VARELA	99
8.4. ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO DA OFICINA DE TERRITORIALIZAÇÃO DE VILA VARELA.	101
8.5. A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO NOVO PARADIGMA	107
8.5.1. O RESGATE DO SENSO COMUM ENQUANTO PARTICIPANTE DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO.	108
8.5.2. O CONHECIMENTO CIENTÍFICO ENQUANTO SOCIAL E LOCAL: “ O PARADIGMA DE UMA VIDA DECENTE” .	110
8.5.3. FAZENDO PARTE DA HISTÓRIA ATUAL	113
<u>9. CONCLUSÃO</u>	115
<u>10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	116
<u>11. ANEXO I - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PARTICIPANTES DA OFICINA DE TERRITORIALIZAÇÃO DE VILA VARELA EM POÁ. NOVEMBRO DE 1997. SÃO PAULO</u>	1
<u>12. ANEXO II - RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO</u>	5
<u>13. ANEXO III - RELATÓRIO FINAL DA OFICINA DE VILA VARELA</u>	26



ÍNDICE DE TABELAS

<i>Tabela 1 - N° e % de participantes da Oficina enquanto representantes da região de Poá</i>	5
<i>Tabela 2 - Participação de experiências anteriores em outras Oficinas (n° e %)</i>	6
<i>Tabela 3 - Respostas dadas conforme o grau de importância a características de participação, formas de trabalhar e conclusões obtidas na oficina (n° e %)</i>	7
<i>Tabela 4 - Respostas de acordo com mudança ou não de opinião sobre assuntos durante a oficina (n° e %)</i>	8
<i>Tabela 5 - Relatos de possíveis mudanças de atitude (n° e %) dos participantes em função das novas opiniões adquiridas na Oficina</i>	9
<i>Tabela 6 - N° e % de respostas sobre sentimentos expressados quando da participação da Oficina</i>	10
<i>Tabela 7 - N° e % de respostas, dos participantes da oficina, por prioridade, de acordo com o que mais gostaram de fazer durante as reuniões</i>	11
<i>Tabela 8 - Respostas sobre a possibilidade dos participantes da Oficina terem um objetivo comum (n° e %)</i>	12
<i>Tabela 9 - N° e % de respostas sobre a possibilidade do objetivo comum ser realizado</i>	13
<i>Tabela 10 - N° e % de respostas a respeito dos participantes serem escutados pelos outros enquanto falavam durante a Oficina</i>	14
<i>Tabela 11 - N° e % de respostas dos participantes segundo a capacidade de escutar os outros</i>	15
<i>Tabela 12 - Respostas (n° e %) sobre o desempenho dos Coordenadores da Oficina</i>	16
<i>Tabela 13 - Classificação das responsabilidades sobre dificuldades encontradas na Oficina, por ordem de prioridade (n° e %)</i>	17
<i>Tabela 14 - Respostas sobre a validade da Oficina enquanto ajuda para solucionar problemas de saúde (n° e %). Ordem de prioridade</i>	18
<i>Tabela 15 - Respostas por prioridade sobre dificuldades e responsabilidades em realizar os objetivos da Oficina (n° e %)</i>	19
<i>Tabela 16 - N° e % de respostas por prioridade sobre a importância da Oficina de acordo com visão alargada da saúde, entendimento e força política</i>	20
<i>Tabela 17 - Respostas (n° e %) sobre a prioridade da Oficina para a saúde local</i>	21
<i>Tabela 18 - Respostas sobre a adequação da Oficina para resolver problemas de Saúde (n° e %)</i>	22
<i>Tabela 19 - N° e % de respostas sobre os aspectos de cura e prevenção da doença, e promoção da saúde como importantes questões abordadas na Oficina.</i>	23
<i>Tabela 20 - Respostas sobre responsabilidade do principal obstáculo ao sucesso da oficina (n° e %)</i>	24
<i>Tabela 21 - Respostas sobre o grau de importância na participação individual na Oficina (n° e %)</i>	25



ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1 - Participantes da Oficina enquanto representantes da região de Poá</i>	5
<i>Figura 2 - Participação de experiências anteriores em outras Oficinas .</i>	6
<i>Figura 3 - Respostas dadas conforme o grau de importância a características de participação, formas de trabalhar e conclusões obtidas na oficina .</i>	7
<i>Figura 4 - Respostas de acordo com mudança ou não de opinião sobre assuntos durante a oficina .</i>	8
<i>Figura 5 - Relatos de possíveis mudanças de atitude dos participantes em função das novas opiniões adquiridas na Oficina</i>	9
<i>Figura 6 - Respostas sobre sentimentos expressados quando da participação da Oficina</i>	10
<i>Figura 7 - Respostas, dos participantes da oficina, por prioridade, de acordo com o que mais gostaram de fazer durante as reuniões</i>	11
<i>Figura 8- Respostas sobre a possibilidade dos participantes da Oficina terem um objetivo comum</i>	12
<i>Figura 9- Respostas sobre a possibilidade do objetivo comum ser realizado</i>	13
<i>Figura 10- Respostas a respeito dos participantes serem escutados pelos outros enquanto falavam durante a Oficina</i>	14
<i>Figura 11- Respostas dos participantes segundo a capacidade de escutar os outros</i>	15
<i>Figura 12- Respostas sobre o desempenho dos Coordenadores da Oficina</i>	16
<i>Figura 13- Classificação das responsabilidades sobre dificuldades encontradas na Oficina, por ordem de prioridade .</i>	17
<i>Figura 14- Respostas sobre a validade da Oficina enquanto ajuda para solucionar problemas de saúde</i> <i>Ordem de prioridade</i>	18
<i>Figura 15 - Respostas por prioridade sobre dificuldades e responsabilidades em realizar os objetivos da Oficina .</i>	19
<i>Figura 16 - Respostas por prioridade sobre a importância da Oficina de acordo com visão alargada da saúde, entendimento e força política</i>	20
<i>Figura 17- Respostas sobre a prioridade da Oficina para a saúde local</i>	21
<i>Figura 18- Respostas sobre a adequação da Oficina para resolver problemas de Saúde</i>	22
<i>Figura 19- Respostas sobre os aspectos de cura e prevenção da doença, e promoção da saúde como importantes questões abordadas na Oficina</i>	23
<i>Figura 20 - Respostas sobre responsabilidade do principal obstáculo ao sucesso da oficina</i>	24
<i>Figura 21 - Respostas sobre o grau de importância na participação individual na Oficina</i>	25

1. INTRODUÇÃO

A necessidade desse estudo deve-se aos desafios atuais que a prática do educador em saúde vem se defrontando junto à população com que se relaciona. Dificuldades como falar e não ser entendido, escutar e não compreender, não conseguir dialogar para negar ou para aceitar a voz do outro. Costumamos entender estas dificuldades como metodologias não adequadas, falta de conhecimento do profissional em planejamento, dificuldades em trabalhar com técnicas novas, dificuldades em compor com a equipe multiprofissional, defasagem com os estudos acadêmicos entre outras.

Algumas vezes procuramos respostas na mudança da metodologia e outras nos argumentos da “paciência pedagógica”, aquela que identifica que a educação realmente é lenta e as suas respostas dependem do momento de maturidade de cada pessoa.

Esse caminho de análise é importante para qualquer educador atento ao desempenho do seu trabalho. São ferramentas de controle fundamentais para bem organizar, planejar e avaliar seus trabalhos cotidianos.

Procuramos encontrar respostas também nas políticas de saúde que se ausentam ou complicam os trabalhos de aprendizagem. Será a pobreza intelectual e física do nosso povo que faz com que não se avance na compreensão das mensagens educativas em saúde? Será uma política cerceadora a origem dos desencontros das práticas educativas em saúde?

É grande a complexidade de fatores que interferem na aprendizagem. Em saúde ela transborda para contatos com a dor e com a instabilidade mental. A abordagem pedagógica na Educação em Saúde pode se defrontar com situações de sofrimento físico e ou mental associado aos sociais. Em Saúde Pública acrescenta-se a falta de acesso aos serviços de saúde, a insuficiência e baixa qualidade da oferta.

A sensação de um vazio presente no contato com a população foi o grande elã que moveu esta tentativa de aclarar os insucessos e, quem sabe, encontrar respostas.

Circulando por essas interrogações, procurando uma “nova” Educação em Saúde, nós entendemos que o problema não é unicamente das técnicas, da incapacidade profissional, das metodologias ultrapassadas. Parece que a questão está no centro, nas bases da Educação em Saúde e nos paradigmas de saúde aos quais ela vem se vinculando.

Na busca às respostas, a descoberta de uma racionalidade contextual, processual e política da Educação em Saúde facilmente nos leva ao encontro da crise dos paradigmas dominantes onde se explicita que: primeiramente a crise existe como problema e, segundo que ela não é só da Educação em Saúde, mas de todo o conhecimento. Os problemas inicialmente arrolados começam a ter os seus lugares compreendidos dentro dessa visão alargada. A crise é acompanhada pela sua solução, a revolução científica, a qual identifica os modelos (questionados) de pensamentos que existem nas várias ciências.

A história da Educação em Saúde acompanha os modelos existentes da época, justificando a ciência social que é e revelando sintonia com o discurso científico modelar. E aqui, uma pergunta que inicia o trabalho: a Educação em Saúde enquanto ciência social, histórica, está inevitavelmente em crise? As perguntas da primeira página são na verdade reveladoras de que à sua frente existe o desafio do encontro de um novo paradigma de saúde? Da sociedade? De ambos?

Essa é a razão pela qual se dispensa um espaço considerável para entender a historicidade das ciências e o contexto da Educação em Saúde, talvez mais do que o dispensado para a sua própria prática. Faz-se necessário refletir criticamente e solidificar o que representa a Educação em Saúde dentro da nossa história para poder encontrar suas metodologias, suas práticas, seus conteúdos, suas possibilidades.

Nesse percurso da crise atual, alguns pressupostos se aclaram. A vivência de uma prática inovadora começa a ser fundamentada e adquirir corpo. Debruçada sobre essa prática (Oficina de Territorialização) apontam-se características da ação do educador compatíveis com uma prática política e multidisciplinar, indicando a contribuição da Educação em Saúde e certas possibilidades na construção do novo.

Não é fácil descrever a história que se vive. Assim, o período de construção de novos paradigmas científicos não é claro também para SANTOS ⁴⁵ que sublinha a complexidade do momento por que passa a comunidade científica. Os riscos da impossibilidade de profundidade e das críticas existem. Considere-se que o modelo paradigmático combatido ainda vige entre nós.

Ao iniciarmos esse estudo ficou registrado que a força impulsionadora que o movia, era a necessidade intrínseca de responder às questões da vida profissional do educador em saúde como agente social.

Por outro lado, não há ingenuidade ou paciência pedagógica que inibam ou diminuam tal esforço. Igualmente nítido é que a Revolução da Educação em Saúde deve ser assessorada por competências maiores que a da autora. Encarnar esse desafio, tornou-se a nossa proposta maior. A sensação é de que não existem ainda resultados, mas apenas a captação e formulação de problemas urgentes e inadiáveis.

A questão central da abordagem está no descompasso existente entre a voz do profissional e a repercussão dela no sujeito envolvido na comunicação. É central uma vez que aponta para a construção do conhecimento, base de qualquer medida e atividade desenvolvida na ação educativa. Igualmente, a questão parece estar no bojo do paradigma emergente, dando-lhe característica de problema epistemológico. Por que surge nesse momento essa problemática ? Alguns fatos podem ser esclarecedores.

1. Um deles refere-se ao fato de que a Educação em Saúde tem por característica uma visão abrangente e integral do sujeito - educando, contrastando com o enfoque reducionista das outras especializações em saúde, visão essa que fundamenta o

modelo médico de assistência hegemônico, desde muitos anos existindo como suporte para o atendimento à saúde e norteando os conceitos fragmentários e condutas dos profissionais. O caráter integralizador que cabe à educação confronta-se com o enfoque particular que as ciências da saúde de modo geral explicitam. Enquanto a Educação em Saúde vê o indivíduo completo, corpóreo, mental, histórico emocionalmente, as ciências médicas enfatizam o biológico, setorizando e fragmentando o indivíduo e o conhecimento sobre ele para encarar a pessoa de um único ângulo. Sem tentar conduzir a reflexão para o campo das outras ciências da saúde, nosso problema é esclarecer como este caráter integralizador pode conviver, se restringindo e se subordinando ao modelo clínico.

Aparentemente, esse modelo não é compatível com a visão educativa em saúde. Um fragmenta e o outro generaliza. O conhecimento pedagógico nesse sentido, constrói-se tendo por base uma realidade concreta e vivida dentro da história em que conceitos e práticas mesclam-se, influenciam-se, completam-se, formando o que entendemos ser uma realidade heterogênea. O olhar do educador debruça-se nesse todo múltiplo, única fonte esclarecedora das suas teorias e práticas pedagógicas. O conhecimento do qual se origina o modelo assistencial da saúde, muitas vezes, processa e valoriza a realidade a partir do conhecimento científico distanciado e setorizado do mundo vivido, sugerindo desarmonia e descompasso entre a Educação em Saúde e demais atividades e pensamentos técnicos da Saúde. A prática do educador parece estar em cheque com o modelo vigente, situação essa que conduz à reflexão e fundamentação científicas das suas teorias e atividades metodológicas.

2. Ao aprofundarmos tal análise, compreendemos as relações que podem existir entre a proposta da Educação em Saúde e a reflexão epistemológica encontrada junto às demais ciências que configuram o quadro da crise do conhecimento da nossa história atual. A questão se desloca do modelo de atendimento assistencial à Saúde para o âmbito de uma discussão corrente na comunidade científica de hoje. O que podemos considerar como ciência? Em que medida está o conhecimento científico interferindo e solucionando os problemas da época ?

3. Participando com as demais ciências, a Educação em Saúde se propõe a discutir seus interesses pedagógicos no caminho da racionalidade histórica comprometida com o indivíduo e a sociedade ? ASSMANN⁴ p.43. diz: “É fundamental que se insista em vincular a questão dos paradigmas educacionais ao projeto de sociedade pelo qual se luta”.

Essa interseção - corporeidade e realidade sócio-político-cultural - articula teoria e prática pedagógicas, inibindo visões simplistas que encobrem o sujeito e /ou a realidade da ação educativa. O conceito de corporeidade ajuda a Educação em Saúde a refletir e dar valores a respeito da urgência em saúde, da promoção da saúde e da prevenção da doença, temas sempre presentes no seu cotidiano. “A corporeidade é a instância básica de critérios para qualquer discurso pertinente sobre o sujeito e a consciência histórica; a corporeidade não é fonte complementar de critérios educacionais, mas seu foco irradiante primeiro e principal”. ASSMANN⁵ p.106.

4. Nessa linha, a reflexão teórica acontece advinda da prática educativa. A análise dos dados obtidos na Oficina de Territorialização em Poá é essa prática, escolhida por parecer revelar as críticas que a comunidade científica expressa na crise da construção do conhecimento e por contribuir para o processo pedagógico na construção do indivíduo autor de sua saúde.

Objetivamos nesse estudo, em primeiro lugar, ver a Educação em Saúde dentro de um contexto teórico-prático em mudança, no qual ela e as demais ciências exibem um novo paradigma. Em segundo lugar, destacar o papel da pedagogia no reconhecimento de aspectos da Saúde, tendo por pressuposto a importância do fator político e da participação efetiva do sujeito no campo social, imprescindíveis para a formação do auto-conhecimento e seu reflexo no coletivo. Em terceiro, identificar a metodologia das Oficinas de Territorialização como uma estratégia de ação que resgata o conhecimento comum e possibilita o indivíduo ser autor de si mesmo no estabelecimento da saúde que escolher, refletindo a sua história social.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Refletir sobre o espaço-território da Educação em Saúde dentro da crise paradigmática do conhecimento, e as possíveis contribuições da sua prática para a ciência da Educação em Saúde

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Situar a Educação em Saúde no desenvolvimento histórico junto às influências do ideário da época.
2. Identificar na Oficina de Territorialização de Vila Varela aspectos pedagógicos que contribuem para a Educação em Saúde proposta.

3. METODOLOGIA DO TRABALHO

Existem três momentos nesse estudo, acompanhados de posturas metodológicas distintas. De início, o levantamento de bases teóricas e fundamentos gerais da história e da ciência recentes (período iluminista até hoje), naquilo que diz respeito à construção do conhecimento. Depois, a localização do território da Educação em Saúde, onde procuraremos salientar os fundamentos das práticas coerentes com a história e a ciência. Por último, a reconstrução e análise de uma prática de planejamento em saúde onde a atividade do educador assume características de valorização do mundo vivido e dos fatos da história, e neles encontrando elementos para construção do conhecimento científico.

No primeiro momento buscaremos argumentos de autores estudiosos da história da ciência que refletem, hoje e criticamente, a crise do conhecimento nas ciências (KUHN³¹, PRIGOGINE^{41 42}, SANTOS⁴⁵, REALE⁴³), procurando configurar uma nova era na interpretação da mudança epistemológica e o surgimento de novo paradigma na comunidade científica atual.

Nesse capítulo, as ciências humanas mostrarão anseios convergentes com os das ciências naturais, tanto na identificação da crise como na necessidade do entendimento de novos caminhos da razão científica (RICOEUR⁴⁴, GIDDENS^{21 22}, HABERMAS²⁷).

No segundo momento, o cenário teórico conjugar-se-á com dados da história recente do Brasil, ligados à Educação em Saúde e à formação do profissional educador (FREIRE^{12-13-14-15 16}, ALVARENGA², ALMEIDA FILHO¹, GADOTTI¹⁷). Procuraremos delinear uma linha histórica, observando como a Educação em Saúde acompanhou de forma harmônica os pensamentos da sua época. Abriremos um tópico sobre o curso de Educação na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com a intenção de associar a história e sua influência na edificação teórica dos educadores (CANDEIAS⁷, MELO³⁶, OLIVEIRA³⁹, WESTPHAL & PELICIONE⁵⁸).

Utilizaremos dados de 425 históricos escolares de alunos matriculados nos anos de 1968 a 1983 na Faculdade de Saúde Pública de São Paulo. Procuraremos observar o modo como vinha sendo estruturado o curso e suas variantes, as disciplinas ofertadas pela academia, as áreas profissionais dos alunos da educação e as adequações às exigências teóricas, frutos da história desse período.

Dos anos de 1984 a 1990, utilizaremos os registros arquivados em processos junto ao setor de alunos da graduação da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo. Neles, encontraremos dados sobre a organização das especializações em Saúde Pública, da seleção dos alunos, da avaliação estruturada dessa organização, do currículo específico de cada área.

Essa etapa do trabalho procurará refletir o campo da Educação em Saúde e alguns dos instrumentos da sua prática. O foco do interesse é a prática educativa das Oficinas de Territorialização. Tal interesse advém da importância de que a realidade se reveste por expressar os ajustes teóricos e metodológicos do momento histórico local. O dinamismo do mundo vivencial salienta o esforço do social em procurar respostas às dificuldades encontradas nos vários campos da atuação humana. É ele que leva as ciências às reflexões teóricas aprofundadas, procurando acompanhar as modificações introduzidas na busca de soluções práticas. Para a Educação em Saúde aqui pretendida, a Oficina de Territorialização de Vila Varela não será analisada como um estudo de caso isolado, mas como uma manifestação histórica reveladora dos novos paradigmas emergentes.

A estratégia das Oficinas, enquanto instrumento pedagógico sintônico às novas posturas educativas que respeitam as iniciativas populares, alia-se ao projeto de Territorialização, que considera importante as características culturais, religiosas, ideológicas de uma população local (ASSMANN⁴, CHAMMÉ⁹, ANDER-EGG³). A Territorialização é um caminho no qual a razão ganha estímulos para processar o concreto, o vivido, o comum, os mitos, as concepções de senso comum (UNGLERT⁵³⁻⁵⁴⁻⁵⁵, MATUS³⁵). Para a construção da saúde, a base Territorial conjugada à metodologia das Oficinas constituem o ponto de maior interesse pedagógico do trabalho.

Assim, no decorrer dos capítulos, foram estabelecidas várias referências de temas convergentes às propostas das Oficinas de Territorialização, com a finalidade de chamar a atenção ao centro maior do estudo aqui delineado. Nesse sentido, vale a pena perceber desde já as características da Oficina de Territorialização, apontadas no parágrafo anterior.

O terceiro momento será um estudo junto à realização da Oficina de Territorialização de Vila Varela, bairro da cidade de Poá no interior de São Paulo. Nessa etapa utilizaremos vários recursos metodológicos: a observação do comportamento dos participantes durante as etapas da Oficina, a análise do Relatório Final da Oficina (anexo III) e a avaliação do questionário realizado pelos participantes (anexo I).

A observação identificará referências a respeito dos participantes (tanto dos técnicos da saúde como das pessoas que representavam a comunidade), nas suas relações de comportamentos e algumas posições teóricas. Tal análise revelará uma grande variedade de dados que se entrelaçam tal como a realidade se apresenta (JARA^{29 30}, THOLLENT⁵¹).

O questionário foi respondido (anexo II) por dez dos participantes que permaneceram durante toda a Oficina de Territorialização. São perguntas de cunho qualitativo e quantitativo, mescladas com perguntas abertas e fechadas.

O Relatório Final da Oficina foi um outro instrumento que conjugamos com as informações dos questionários e das observações da autora. Esse conjunto de dados buscou traduzir a mesma realidade local de três ângulos diferentes: a da autora, a de cada indivíduo e a do grupo.

Esse trabalho partiu de uma análise do teórico em direção à prática localizada num contexto específico. Dentro da proposta do trabalho, procurar-se-á valorizar a realidade vivida e reconhecer o conteúdo científico presente nas formas da contingência, das diferenças, da multiplicidade do dado concreto e suas circunstâncias. Com essa intenção, caberia, em verdade, uma outra forma metodológica na escrita e mesmo na exposição oral que partisse do engajamento com a rica realidade contextual e

dela refletisse uma proposta de conhecimento, sem necessidade de generalizar, unificar, homogeneizar. Situamo-nos ainda no período de transição da crise paradigmática, propondo as reflexões críticas, a caminho dos artificios metodológicos adequados e coerentes. Os recursos também estão para serem construídos.

4. A CIÊNCIA COMO PANO DE FUNDO: SITUANDO A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Esse resumo histórico da ciência procura situar alguns dos seus pensamentos e características centrais que vêm norteando a racionalidade de hoje. Procura ainda, reconhecer nesses pilares conceituais, as influências dentro das práticas e teorias da Educação em Saúde. Essa fase abrangente do trabalho surge como um painel de fundo para encontrar algumas respostas ao modelo de trabalho exaltado pelo educador em saúde, exigido pela sociedade ou ainda cobrado pela comunidade científica. E, por fim, acompanhar a história e perceber o quanto a Educação em Saúde está participando da crise, da nova revolução científica e está - se aderindo à construção de um novo paradigma.

Acreditamos ser importante a explicação da construção da ciência para refletir sobre a racionalidade da Educação em Saúde, conhecer as suas raízes e seu papel dentro da comunidade científica.

A imagem que domina a ciência é aquela que acumula conhecimentos de modo sistemático pelos conteúdos de várias disciplinas através dos tempos. “A história da ciência segundo esse modo de entender seria relatada na ótica das etapas caracterizadas pela crônica dos incrementos que se sucedem no tempo: tratar-se-ia de definir as várias descobertas e as várias invenções e os seus autores bem como as convicções que, de modo variado e falaz, retardaram o desenvolvimento e que precisaram ser reconhecidas como erros e superadas justamente como tais”. (REALE ⁴³ p.5).

Entende-se usualmente ciência, enquanto aquele conhecimento cumulativo dos dados admitidos como importantes para a comunidade científica. A somatória das descobertas científicas acumula conhecimentos obtidos num desencadear de concordâncias e ou coerências a princípios delimitados e reconhecidos. Aqueles que não forem reconhecidos, não serão aceitos no rol de dados científicos.

SANTOS ⁴⁵ mostra como esse critério foi delimitado pelos homens dentro de um tempo histórico. Esse critério de regulamentação do que é e do que não é científico, não é um dado da ciência. É aceito por uma comunidade. Esse foi um critério de valor eleito por homens da época. Portanto, admite em si mesmo possibilidades de contribuições de outras formas de enfrentamento da ciência e possíveis resgates de dados anteriormente rejeitados como incoerentes ou discordantes.

Todavia, KUHN ³¹ esclarece que a ciência não ocorre por progressos, mas por processos revolucionários. O progresso científico não se dirige para um fim determinado; avança através de convicção e “crenças de fundo” da comunidade científica. Essa correspondência das convicções históricas é o que chamou de paradigma. São essas convicções e crenças e não as experiências e observações (os métodos de maneira geral) que diferenciam o que é ou não ciência. São os paradigmas que oferecem eixo de sustentação da nova epistemologia e é com eles e sob seus sustentáculos que somos formados.

Ao longo do tempo, esses paradigmas se estabeleceram como critérios de composição dos conhecimentos, de tal modo que sequer são questionados na comunidade científica. Os paradigmas são regras (questionadas ou não pelas ciências ou filosofia) que dão força reguladora e dinamismo à pesquisa e ao ensino. Uma vez aceito o paradigma, a ciência se desenvolve com a pretensão de resolver os problemas eleitos, vai aperfeiçoando os pressupostos do paradigma. Essa função reguladora inibe qualquer inovação, rejeição ou mudança intoleráveis na comunidade científica. Nesse sentido, delimita e restringe o campo de movimento, mas em contrapartida o aprofunda.

REALE ⁴³, analisando KUHN, diz que essa “ciência normal” (referindo-se aquela do paradigma dominante), mostra três tipos de questões: 1- deve eleger os fatos que o paradigma indicou como reveladores; 2- postos os fatos, fazer seu elo de ligação com a teoria para se aparelhar na resolução dos problemas; 3- fazer a articulação desse paradigma de modo a resolver problemas e mostrando suas novas aplicações.

“A ciência normal não tem como objetivo trazer à tona novas espécies de fenômeno; na verdade, aqueles que não se ajustam aos limites do paradigma frequentemente nem são vistos”. (KUHN ³¹ p. 45).

Essas novas aplicações não supõem a superação do paradigma originário, por isso são novidades esperadas. É a solução de problemas, dentro dos próprios paradigmas (é o que diz ser a realização dos “Puzzles” ou quebra-cabeças).

Quando aparecem fatos que não estão no paradigma, o que fazer? Quando não há soluções, como entender o fracasso da atividade científica? Esse é o momento onde se instala a crise, momento precursor da revolução científica, origem de um novo paradigma.

O momento da crise é possível ser percebido quando há a sensação de que o paradigma não funcionou, não deu as respostas às questões novas. Junto, há o afastamento paulatino dos cientistas, que abandonam o paradigma e buscam outros procedimentos antes rejeitados. Esse afastamento se origina dentro da crise, mas seus procedimentos não obedecem aos paradigmas originais. Essas novas atitudes dos cientistas se fundamentam no consenso que aparece entre alguns interessados. Está surgindo aí um novo paradigma. Esse novo nasce da ruptura com o antigo, daí não ter suporte da lógica científica deste último modelo.

Para SANTOS ⁴⁵ estamos passando por uma época de crise profunda e irreversível, resultante de uma pluralidade de condições sociais e teóricas advindas do próprio avanço científico do paradigma. O surgimento de novo paradigma tem a ver com a intuição dos cientistas ou especialistas que aderem a uma outra visão, fugindo da ciência normal reguladora.

“ Nas revoluções científicas as formações dos fronts de pesquisadores são largamente condicionados por fatores alógicos e irracionais. Grande peso exercem determinados tipos de formação espiritual e de educação, propensões ou aversões de

gosto, e outros elementos desse gênero que caracterizam os pesquisadores”. (REALE ⁴³ p. 17).

É importante notar que KUHN ³¹, SANTOS ⁴⁵ e REALE ⁴³ identificam na comunidade científica a entrada de motivos não racionais. A resistência ao novo modelo se dá para alguns pelo fato de mudar radicalmente o modo de pensar do pesquisador e da sua linha de pesquisa, consolidada por muitos anos.

Essa reorientação precisa ser entendida: apesar de acontecer dentro da ciência também a nega, mas referindo-se ao que ela apresenta no momento e não na sua capacidade de gerar conhecimento. Os seus paradigmas é que são contestados. Se o que se perde é a confiança no velho, a passagem para o novo paradigma também se dá na confiança de que este trará soluções. É uma decisão com base na fé.

Não é um movimento niilista. Ao contrário, é um quadro onde se apresentam grandes possibilidades de iniciativas inovadoras, rico em conhecimentos plurais, e com perspectivas férteis em muitos dos seus espaços. (SANTOS ⁴⁵).

Pensadores como PRIGOGINE ^{41 42}, KUHN ³¹ e SANTOS ⁴⁵. estão refletindo amistosamente o modelo paradigmático emergente. Como diz KUHN ³¹, a comunidade científica está compactuando a insatisfação. Essa situação ocorre tanto nas ciências exatas quanto nas humanas.

4.1. A BUSCA DE UMA NOVA RACIONALIDADE

É espantoso ler um prêmio nobel de química, como PRIGOGINE ⁴² em busca de “Uma Nova Racionalidade” (nome do prólogo do seu livro, *O Fim das Certezas*), bem como escutar os anseios de uma classe inteira de alunos das áreas de matemática e biologia, buscando uma nova epistemologia nas suas disciplinas. Da mesma forma admiramo-nos com a linha de SANTOS ⁴⁵ que pôde identificar o descontentamento com a ciência até agora tradutora a seu modo dos problemas e das

soluções do mundo. Parece que todos os que estão a caminho de novas saídas buscam as explicações de suas angústias disciplinares numa fonte comum, o pensamento filosófico, entendida como filosofia prática.

É notável que na área das “ciências exatas”, as quais se sustentam pela certeza da ciência clássica, também esteja ocorrendo o momento de crise.

Apesar de parecer estranho (e penoso) ao estudo, procurar-se-á refletir os argumentos de PRIGOGINE^{41 42} em dois escritos seus: *Ciência e Cultura* (1989) e *O Fim das Certezas* (1996) onde o autor resume as origens da ciência, exaltando fundamentos exemplares para esse estudo. A abordagem de argumentos de cientistas naturais mostram-se amiúde, de difícil compreensão em função da especificidade e aprofundamento de conhecimentos da área. A estranheza apontada está em utilizar em primeiro plano para a base conceitual do trabalho, pensadores das ciências de cunho natural. Não é de nosso interesse nos estendermos na fundamentação teórica das ciências naturais. As posições do autor mostram que a reflexão sobre o conhecimento é comum ao cientista e pesquisador e apontam para a real dimensão do problema do conhecimento atual: a análise da história.

A consideração dos argumentos do cientista ressalta a importância de um entendimento amplo entre os cientistas e pensadores, requerido pela complexidade e variedade do conhecimento contemporâneo. A interdisciplinaridade ajuda com novos ângulos a revelar a crise, ao mesmo tempo que indica sintonia com os novos paradigmas.

“A ciência é um fenômeno cultural”, relata PRIGOGINE⁴¹. Ao dizê-lo reflete sobre a ciência ocidental. Porque as ciências não desabrocharam na China tão desenvolvida, a ponto de descobrir a pólvora, a bússola e a imprensa?

O autor acredita que a ciência emerge de um terreno que conjuga forças culturais impulsionadoras do pensamento. A ciência ocidental surge desse fértil encontro de poderes místicos e pensadores da natureza.

A ciência clássica surge de uma “cultura onde dominava a idéia da aliança entre um homem situado no limite entre a ordem divina e a ordem natural” (PRIGOCINE ⁴¹ p. 9). Pensadores e religiosos tentavam explicar o homem sob peso do misticismo. A ciência moderna rompe com os dogmatismos e autoridade do modelo precedente e exalta uma grande confiança na razão. O que vale é a observação dos fatos com pressupostos sistemáticos e rigorosos fomentadores das idéias claras e distintas (como as da matemática). Desconfia-se das evidências do senso comum. Esse é um modelo que representa uma nova visão do homem e do mundo.

O modelo que predomina na ciência moderna pertence ao domínio das ciências naturais. Estabeleceu-se uma polarização entre conhecimento científico e não científico; o primeiro, o das ciências naturais, contrapõe-se ao outro, em que se incluem o senso comum e as humanidades (filosofia, história, literatura, teologia, etc.) O modelo hegemônico de conhecimento era o das ciências naturais. Como modelo totalitário, excluía outras formas de conhecimento.

De um lado, estabelece-se a noção de determinismo no mundo autômato (tal qual um relógio), regulado para sempre, em oposição ao mundo interior do homem onde se reconhece a existência das possibilidades, das escolhas, que se dão no tempo. Existe uma separação entre o mundo e o homem. Essa tensão, liberdade/determinismo ocorre na ordem do tempo e tal dicotomia é a origem de todo o pensamento ocidental desde o nascimento da ciência moderna. Como se explica o que nasce, o que muda o que se transforma? Essas questões se dão no tempo e precisam de explicações. Mas a ciência moderna desqualifica o tempo, aceita o determinismo. Passado e futuro são a mesma coisa. As leis se repetem.

Para os místicos o mundo era enganador, mutável e cumpria dele evadir-se. Eles viviam esse mundo como enganador; ao contrário, EINSTEIN procurou demonstrar que esse mundo era ilusão e que a verdade é um “universo transparente e inteligível, purificado de tudo que afeta a vista dos homens, a memória nostálgica e dolorosa do passado, o temor ou a esperança do futuro”. (PRIGOCINE ⁴¹ p. 10). A

ciência moderna trouxe uma separação entre mundo e homem, reduzindo os acontecimentos a uma simples aparência.

Se há determinismo não há liberdade. Se tudo é predeterminado não há mudanças de tempo. Não há nem passado nem futuro para a ciência. (As leis de NEWTON eram aceitas como expressão de um conhecimento ideal, objetivo e completo, estável e ordenado). O conhecimento verdadeiro é aquele perseguido na linha da perfeição, da objetividade e assegurado para sempre como tal. Se existirem mudanças, elas estão em nós. Somos os responsáveis pela imperfeição.(PRIGOGINE refere-se as mudanças temporais com o nome de flecha do tempo).

A investigação científica aspirava à formulação de leis que regulassem os fatos: modelo causal explicativo e determinístico dos acontecimentos. O mundo como máquina útil. Para a visão aristotélica havia quatro causas explicativas dos fenômenos: material, formal, eficiente e final. A ciência moderna quer explicar como funcionam as coisas (tipo de causa formal) e não qual o seu fim. PRIGOGINE ⁴² (p 14) afirma que as leis da natureza, no diálogo com a física, unem a existência humana à natureza. “A questão do tempo e do determinismo não se limita às ciências, mas está no centro do pensamento Ocidental”. O determinismo representa um “derrotismo cultural”.

O que o autor declara é a descoberta dos limites da concepção moderna de ciência. Hoje, existem fenômenos que a contestam duramente. Se retomarmos a noção de tempo traduzida por EINSTEIN, PRIGOGINE ⁴² adianta que a física teve de explicar questões que fugiam ao conhecimento completo e pré determinado que acreditava possuir. Como explicar as oscilações químicas, os turbilhões, a idéia do caos, os sistemas dinâmicos instáveis?. Essas questões fizeram a física incorporar noções de instabilidades, antes rejeitadas. Agora existiam as possibilidades. “A tese de que a flecha do tempo é apenas fenomenológica torna-se absurda”.(PRIGOGINE ⁴² p.12).

Essa noção do presente, passado, futuro, das instabilidades e certezas relativas, PRIGOGINE ⁴² (p. 13) considera como a “fronteira de nossos conhecimentos, numa área em que o raciocínio físico e as especulações dificilmente se demarcam.”.

No plano social procurou-se igualmente encontrar as leis que regem a sociedade (“física social”), já que o único modelo de conhecimento válido era o das ciências naturais. No tocante às ciências sociais a compatibilidade com o modelo das ciências naturais não foi perfeita e surgiram distorções, entendidas de três maneiras diferentes:

1. As ciências sociais não têm uma estrutura metodológica adequada para desenvolver um conhecimento que, na formulação das respectivas leis, ajuste as variantes históricas e fatores subjetivos.
2. As ciências sociais não conseguiram fixar seus paradigmas, ao contrário das ciências naturais.
3. A ciência social será sempre uma ciência subjetiva, com métodos e critérios diferenciados que abrangem o subjetivo e o qualitativo.

Na interpretação de SANTOS ⁴⁵ qualquer uma dessas posições carrega a concepção do modelo paradigmático conservador e controlador do ser humano.

4.2. A CRISE DO PARADIGMA DOMINANTE

É na ciência física que se percebe a mudança do lugar do sujeito em relação ao objeto do conhecimento. Nela aproximam-se sujeito e objeto porque percebe-se, entre outros fatores, a interferência do tempo na investigação científica. Ao invés de dicotomia, começa-se a refletir o par sujeito/objeto enquanto um “continuum.” São as ciências naturais que iniciam as rupturas:

- Ao invés do determinismo, a imprevisibilidade;
- Ao invés do mecanismo, a espontaneidade;
- Ao invés da ordem, a desordem,
- Ao invés da necessidade, a criatividade e o acidente;
- Ao invés da eternidade, a história.

São questões de ordem filosófica, e são os próprios pensadores das ciências da natureza que se interessam pela reflexão gnosiológica. Questionam sobre o conceito de lei e causalidade: a noção de lei é substituída pela noção de processo, relativizando o conceito de causa, mudando o enfoque determinista. Questionam o rigor matemático das ciências. O valor do sujeito em relação ao objeto acaba sendo importante para que o próprio pesquisador relativize o distanciamento e a neutralidade, dificilmente aceitáveis sem reservas. Procuram responder ao componente qualitativo das pesquisas, que aparece, em consequência das intervenções e dados subjetivos.

4.3. CONTRIBUIÇÃO DO SÉC XX

NAJMANOVICH ³⁷ diz que “crise”, “mudança”, “caos” são termos usuais hoje em dia. Perguntamos se o que está em crise são as coisas em si mesmas ou a nossa maneira de apreciá-las? A autora acredita que as estamos vendo de outro modo. Procuramos um conhecimento que contemple melhor as relações com o mundo. Qual é essa história? Quais os seus valores? Onde estão as bases históricas do nosso conhecimento? Para a autora, o pensador deve construir sua racionalidade buscando conhecer os fatos, tecnologias, experiências etc. É a função “historizante” do pensador.

Para SANTOS ⁴⁵ estamos numa época de revolução científica onde surge um novo paradigma. Ele aponta para quatro determinantes desse paradigma emergente que muito nos auxiliam no entendimento do processo de Territorialização, da prática das Oficinas.

1. Todo conhecimento é conhecimento social

Há indícios de que estamos reconstruindo o modelo de conhecimento com bases nas ciências sociais, de tal forma que esta dicotomia - ciências sociais e naturais - não tem sentido nem utilidade. As explicações que o conhecimento científico busca encontrar são as que dizem respeito às relações natureza/cultura;

natural/artificial; vivo/inanimado; mente/matéria; observador/observado; subjetivo/objetivo; coletivo/individual.

Para as ciências sociais viverem essas dicotomias e ao mesmo tempo darem as respostas dentro de um modelo reducionista, o ônus revelou-se enorme e pesado: grandes distorções, a par de uma distinção cada vez mais exigente entre as fronteiras das ciências sociais e das ciências naturais. “... À medida que as ciências naturais se aproximam das ciências sociais estas aproximam-se das humanidades. O sujeito, que a ciência moderna lançara na diáspora do conhecimento irracional, regressa investido da tarefa de fazer erguer sobre si uma nova ordem científica”.(SANTOS ⁴⁵ p. 43).

Mais adiante o autor, argumenta que a concepção humanística, catalisadora das ciências naturais, deve ser outra que não a que mostra o empobrecimento a que foram levadas as ciências sociais. Estas para se ajustarem sofreram distorções e fragmentações em muitos de seus conteúdos. O que a comunidade científica parece exigir é um conhecimento que coloque o homem no centro do conhecimento, e a natureza no centro da pessoa. “Não há natureza humana, porque toda a natureza é humana”. A relação do homem com o mundo que é social e natural se faz por analogias. A comunicação é feita por analogia. (“Analogia é um aspecto a respeito do qual, uma coisa é semelhante a outra.”. (DICIONÁRIO ¹⁰).

2. Todo conhecimento é local e total.

Na ciência moderna o conhecimento avança pela especialização. O reducionismo contemplado na especialização não consegue ser totalizador. Dentro do paradigma moderno o que se consegue, na tentativa de propor um conhecimento mais geral, é articular mais especialidades.

No paradigma emergente o conhecimento é total. O sociólogo português explica que o conhecimento “constitui-se em redor de temas que em dado momento são adotados por grupos sociais concretos como projetos de vida locais, sejam reconstituir a

história de um lugar, construir um computador adequado às necessidades locais, fazer baixar a taxa de mortalidade infantil, inventar um novo instrumento musical, erradicar uma doença, etc., etc.” (SANTOS ⁴⁵ p. 47).

É sumamente interessante sublinhar que o conhecimento desse tipo ajusta-se aos objetivos das Oficinas de Territorialização. Ei-los em seus aspectos educativos:

- a) O conhecimento nas Oficinas é um reconhecimento do conhecimento local. Ilustra o conhecimento da totalidade na medida que insere e recupera este valor parcial e seu papel na totalidade político-administrativa. Traz uma característica tradutora da totalidade, pela “supraassunção” da parcial realidade local a um nível de integração com o todo orgânico.
- b) O conhecimento é analógico; as Oficinas ampliam a visão de vários aspectos da realidade vivencial quando solicitam e valorizam os costumes, as religiões, as histórias da comunidade, os acessos, as barreiras etc. Ao trabalhar com momentos parciais da localidade, o que se faz não é fragmentá-la, mas dividi-las por temas. O autor mencionou que a divisão que o paradigma emergente aponta é aquela feita por temas existindo em todos, intercâmbio de horizontalidade, que os alimenta constantemente. Não há a estratificação e o isolamento.
- c) Os conhecimentos particularizados e teorias locais tendem a migrar para outros contextos, configurando um conhecimento alargado, criativo, reflexivo. “As condições de possibilidade da ação humana são projetadas no mundo a partir de um espaço-tempo local”. (SANTOS ⁴⁵ p 48).
- d) As Oficinas de Territorialização, ao trabalharem com as multiplicidades locais utilizam-se de várias linguagens (para responder às várias línguas) e de uma “pluralidade metodológica”(por conceber diferentes situações nas ações locais). As concepções metodológicas têm esse sentido de serem múltiplas, acessíveis, maleáveis e harmonizadoras. A “pluralidade metodológica” caracteriza dentro do modelo tradicional uma “transgressão”. A adaptação de vários métodos deve ser prevista pelo educador-orientador das Oficinas.

- e) Esse tipo de conhecimento é tão acessível quanto equânime (acessibilidade e equidade também no nível do conhecimento). É nesse sentido, carregado de valores éticos e de justiça.
- f) Para a compreensão dos vários aspectos vivenciados nas Oficinas a “pluralidade metodológica” associa-se à “tolerância discursiva”. As várias linguagens expressas nas Oficinas bem dizem da possibilidade das convivências dos vários discursos: diferentes falas, gráficos, mapas, desenhos, representações etc.

3. Todo conhecimento é autoconhecimento

O sujeito do conhecimento precisa se conhecer para conhecer o objeto, por que ambos formam um continuum e não uma dicotomia. Assim “ uma nova gnose está em gestação.” (SANTOS ⁴⁵ p.52). Como a realidade é múltipla qualquer conhecimento é conhecimento do real, seja ele metafórico, de crença ou simbólico. O que a ciência moderna fez foi criar um juízo de valor elegendo um determinado conhecimento como único e universal. A ciência pós-moderna pode criar outros juízos valorativos. Portanto é possível admitir coisas novas em novos estudos e práticas. As Oficinas são possibilidades que enriquecem e consolidam aspectos das novas concepções.

4. Todo conhecimento científico visa constituir-se em senso comum.

“O senso comum é um conjunto de informações não-sistematizada que aprendemos por processos formais, informais e, às vezes, inconsciente, e que inclui um conjunto de valorações. Essas informações são, no mais das vezes, fragmentárias (...doutrinas religiosas, lendas,...princípios ideológicos às vezes conflitantes bem como a experiência pessoal acumulada)... valorações e crenças são, portanto, o substrato do senso comum e de nossas ações e comportamentos cotidianos.”(CARVALHO ⁸ p.16 - 17).

Com base na valorização do saber prático devemos ter a coragem de dar um salto qualitativo no discurso epistemológico: a base da construção do paradigma novo. Esse salto de qualidade, afirma SANTOS ⁴⁵ é o resgate do senso comum pelo conhecimento científico. O conhecimento do senso comum possui muitas qualidades que, à luz do conhecimento científico, poderia carregar de virtudes esse último. Por exemplo: é pragmático-age; é transparente; capta a “profundidade horizontal”; aceita o que existe; é retórico, metafórico.

A contribuição do séc. XX para a ciência clássica, é:

1. dissociar ordem e equilíbrio, ciência e certeza, probabilidade e ignorância.;
2. a ciência não deve reduzir mas incluir. O conhecimento não deve refletir a identidade estática;
3. fazer convergirem o mundo e nossas atividades.

Essa nova racionalidade indica o aparecimento de uma ciência na qual pretendemos tomar parte (e não ser parte passiva), porque conjuga os anseios da Educação em Saúde com a ética, a política, a liberdade e a democracia, recuperando o mundo como um todo. Essa nova racionalidade não luta contra as ciências nem contra o conhecimento científico. Isto implicaria em “sermos estrangeiros a nossa própria natureza inteligível”.

O desafio está em compreender a Educação em Saúde como uma ciência de ação voltada para a prática, mas cuja fundamentação não abandona o rigor e a racionalidade científicas. Como ciência prática, envolve-se com o senso comum e o considera como fator desencadeante das atividades em saúde. Enquanto rigor científico, não cede a subjetivismos e inocências teóricas. Enquanto que lá o desafio é validar o senso comum e as experiências subjetivas como base disponível da razão científica, aqui o desafio é fazer uma crítica ao paradigma da ciência que se isola do cotidiano e rechaça o mundo vital, cristalizando um conjunto de conhecimentos que não divide nem partilha com o mundo que diz pensar e dimensionar, através das técnicas e tecnologias sofisticadas de que é capaz de criar.

O mundo de lá e o mundo de cá, qualquer que seja a posição, está sendo posto sob crivo, porque está em crise. Em verdade é o conhecimento que entra em crise (para que a verdade?), contudo, o que dá o primeiro toque desse desmonte, sem dúvida, é o mundo que mostra o caos apesar dos avanços inimagináveis da razão. Aproveitando o fato de estarem hoje filosofia (HABERMAS²⁷) e ciência (PRIGOGINE^{41 42} e SANTOS⁴⁵) discorrendo sobre esses dois mundos estanques e suas crises, procuraremos usar as análises críticas que nos auxiliem a construir um conhecimento da Educação em Saúde com bases na razão científica sem desrespeitar o conhecimento popular em suas expressões várias, favorecendo os indivíduos na conquista do direito à saúde que entendam possível ter.

O que se propõe é refletir se vigora na Educação em Saúde a distinção e valorização, tradicionalmente consideradas, entre o conhecimento das ciências naturais, das humanas e conhecimento popular, entendidos como racionalidades científicas ou não. Ao fim desse estudo pretende-se reforçar a importância da Educação em Saúde em considerar como valor todo o conhecimento do homem, assegurando-lhe a dignidade de pessoa no enfrentamento tanto na cura da doença como na prevenção ou promoção da saúde.

4.4. SITUANDO A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Existem palavras-chaves e conceitos desse capítulo importantes para situar a Educação em Saúde.

1. O progresso científico avança por convicção e “crenças de fundo”, por fatores alógicos e motivos não racionais, advindos de pesquisadores que perderam a confiança no modelo anterior de ciência. Sugere-se a possibilidade de que a Educação em Saúde e seus adeptos traduzam os insucessos das suas práticas na mesma desconfiança das demais ciências.
2. PRIGOGINE^{41 42}, SANTOS⁴⁵ e KUHN³¹ afirmam a comunidade científica refletindo amistosamente um novo paradigma, compactuando com a insatisfação e

buscando consenso, não abandonando a ciência enquanto conhecimento, mas impulsionados pelo desafio da investigação científica. A Educação em Saúde pode aderir às outras ciências, buscando resultados e estratégias científicas dentro do novo paradigma.

3. O modelo que predomina na ciência moderna polarizou e excluiu as humanidades e o senso comum no objetivo do conhecimento certo. A Educação em Saúde pretendida, discute o conhecimento técnico científico que valoriza como único verdadeiro aquele que isola a teoria do mundo vivido. O modelo médico-assistencial pode ser refletido dentro desse mesmo parâmetro de neutralidade da ciência e descompromisso com os pacientes e seus mundos. A Educação em Saúde pretende avançar no entendimento de que a Saúde deva ser construída a partir das circunstâncias sociais do paciente, da pessoa, do grupo.
4. A tensão, liberdade/determinismo da ciência moderna, desqualifica o tempo onde ocorrem, a liberdade, os acidentes, a imprevisibilidade, a criatividade. A Educação em Saúde considera as instabilidades, a imperfeição da doença e o território humano de possibilidades.
5. Na concepção básica de ciência moderna, as sociais deveriam encontrar as leis da sociedade ('física social'). A Educação em Saúde como ciência social não admite modelo controlador. Apóia a autonomia da pessoa na busca da saúde que deseja ter.
6. Na crise paradigmática a Educação em Saúde questiona a lei enquanto supremacia, e a substitui pela razão processual, considerando as diversas expressões do pensamento e comportamento dos homens.
7. As relações que o conhecimento científico busca encontrar, dão indícios de serem do modelo de conhecimento social. A Educação em Saúde pretende relacionar natureza/cultura; natural/artificial; vivo/inanimado; observador/observado; subjetivo/objetivo; coletivo/individual. As Oficinas de Territorialização possibilitam trabalhar essas relações de forma integrada e não dicotomizada.
8. No paradigma emergente o conhecimento é construído por temas adotados por grupos concretos, com projetos de vidas locais. Na Oficina de Territorialização estaríamos aderindo ao novo paradigma. As bases conceituais das Oficinas indicam o desenvolvimento de temas sociais-locais e os interligam com o conhecimento total-regional.

9. O sujeito do conhecimento precisa conhecer a si próprio para conhecer o objeto. A Educação em Saúde pretendida admite o sujeito-autor de sua saúde. A construção do conhecimento ofertado nas Oficinas vai nesta direção através do reconhecimento do território-sujeito e espaço social.

GIDDENS ²¹ traz reflexões que ajudam a situar a Educação em Saúde dentro da história atual. Para o autor, existe uma nova agenda da ciência social decorrente dos processos da globalização e da ruptura intencional com a modernidade.

“ Modernidade designa simultaneamente uma época, uma civilização e uma concepção de humanidade indissociável da nossa cultura e da nossa filosofia européia... Enquanto fenômeno de civilização a modernidade compromete quatro grandes revoluções, tanto teóricas quanto práticas. Trata-se em primeiro lugar, de conquista pelo Homem ‘moderno’ da sua autonomia, e da vontade de conquistar o mundo tecnicamente... Em segundo lugar, o homem ‘moderno retira ao seu mundo o seu mistério, ‘desfaz-lhe o encanto’ e esforça-se por apropriar-se das qualidades dos deuses... O terceiro traço... é a diferenciação da sociedade - em oposição à ubicação destas diferentes dimensões nas comunidades tradicionais. Enfim, a modernidade culmina nos ideais da humanidade ocidental desenvolvidos pelas Luzes”.
(DICIONÁRIO ¹¹).

É interessante a afirmação de GIDDENS ²¹ (p.75) ao dizer que “...(a) extraordinária - e acelerada - relação entre decisões do dia-a-dia e os resultados globais, juntamente com o seu reverso, a influência das ordens globais sobre a vida individual, compõem o principal tema da nova agenda”. Preocupa-se o autor com o cotidiano dos indivíduos também responsáveis (e não só a política econômica), no repensar das ciências, na reorganização dos indivíduos e do Estado.

Enquanto o pensamento iluminista previa que a informação sobre o mundo social e natural traria um controle sobre eles e solucionaria os problemas emergentes, agora há uma influência incontável dos acontecimentos. O mundo de hoje se apresenta de modo “aberto e contingente”, contrapondo-se à idéia do controle do universo pelo acúmulo de conhecimentos. Ao invés da certeza, deparam-se opções e perigos.

O mesmo método que trouxe a certeza, trouxe a dúvida, o risco, as surpresas. Hoje há um presente conflituoso e um futuro imprevisível. O autor mostra que ao rompermos com os modelos tradicionais convivemos com a dúvida e a reflexão crítica.

“Por isso, no nível global, a modernidade tornou-se experimental. Queiramos ou não, estamos todos presos em uma grande experiência que está ocorrendo no momento da nossa ação -como agentes humanos - mas fora do nosso controle, em um grau imponderável”.(GIDDENS ²¹ p.76).

Não estamos mais num laboratório, diz o sociólogo inglês, e nem podemos optar por estarmos fora dessa experiência. Há uma responsabilidade em todos que vivem essa experiência. Isso nos coloca diante de um problema do qual não podemos fugir. Esse vínculo inexorável, pleiteia a necessidade urgente de construir o novo: o novo pensamento, o novo modelo, a nova prática, o novo enfrentamento.

Essa arguição aparece no dia-a-dia da prática educativa procurando respostas que não estão à disposição do nosso ideário. É a busca de soluções na maioria das vezes precárias. Dificilmente encontram-se soluções apropriadas: as interrogações perduram. Não temos lugar de refúgio. Estamos sempre desenvolvendo a escuta, o diálogo interprofissional, a troca, a ajuda teórica. A coragem, a competência, a solidariedade, a tolerância, são alguns valores que entram em nosso trabalho. Podem até serem questionados se forem introduzidos como valores morais. Porém são recursos necessariamente profissionais. Essa afirmação significa que quem não der respostas ou não se envolver corre o risco da impotência e da inutilidade.

Essa nova agenda da ciência social, referida anteriormente, recorda-nos um comentário de um trabalhador da saúde que participava de Oficinas educativas: “Não gosto de trabalhar desse jeito. Não é como os demais grupos educativos que sempre fizemos”. Ponderando suas palavras, percebemos que tal comentário indica o nó central da proposta de GIDDENS ²¹. Os grupos educativos no modelo anterior (modelo tradicional da saúde), possuem segurança e controle. Tem um caminho estabelecido e uma conclusão esperada. O recado era objetivo e metodologicamente eram controlados os acidentes e intervenções. Semelhante modelo agradava ao profissional de saúde.

Perante a nova experiência, cada dia pode ser diferente do planejado. Na verdade não controlamos sequer o próprio momento. Existe um co-domínio entre técnicos e povo, participantes das Oficinas. Como não há domínio único, aumenta a importância da escuta, da sensibilidade, da interdisciplinaridade, à busca de resolução de problemas. Existe grande instabilidade que acompanha o processo aberto. Muitas vezes assoma o temor do profissional que o leva a buscar complementação teórica desencarnada de seus fundamentos conceituais e acompanhamento das práticas correspondentes. Seja como for, o problema não é apreciar ou menosprezar esse novo modelo. É responder a ele porque a realidade se impõe, conforme GIDDENS ²¹ anuncia. Não dá para fugir. Somos os personagens e atores.

A propósito dessa adesão ao modelo tradicional, o autor salienta:

“Enquanto as tradições, os costumes eram amplamente mantidos, os especialistas eram pessoas que podiam estar voltadas para certas conjunturas necessárias; e pelo menos na visão do público, a ciência na verdade não era muito diferente da tradição - genericamente, uma fonte monolítica de ‘autoridade’ ”. (GIDDENS ²¹ p. 108) . Essa fonte de poder deixa de existir na ruptura com a tradição. Ela oferece a segurança da qual muitos não querem se desligar. Todavia, se esse rompimento pode ser um problema para o especialista, o pensador, o trabalhador da saúde, também é condição de existência da sociedade. A necessidade da ruptura é incondicional.

O autor conclui seu pensamento, alertando-nos para os seguintes tipos de efeitos na admissão dessa nova experiência:

1. Libertadores, pois não há mais o jugo da ciência -verdade sobre todos;
2. Provocadores de ansiedade, porque o “chão desaparece sob os pés” dos indivíduos.

Aceitando o que pensa GIDDENS ²¹, outras questões vêm na esteira do seu raciocínio:

1. Aceitação da heterogeneidade, das diferenças e dos excluídos;
2. Forte ligação entre a prática e conhecimento, consolidando a verdade do conhecimento comum e validando o científico;
3. Aceitação do risco trazido pelo novo;
4. Constante reflexão partilhada com demais atores; a importância da escuta.
5. Concepção do conhecimento como serviço disponível (o poder da ciência partilhado).

4.4.1. O PAPEL DO ESPECIALISTA: PARA REFLETIR SOBRE A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Educação em Saúde é hoje um conhecimento especializado. A ciência forma o educador como um especialista. Um especialista que precisa mais generalizar do que restringir conhecimentos. Essa questão suscita reflexões importantes para o momento histórico porque passa a Educação em Saúde.

Especialista “é qualquer indivíduo que pode utilizar com sucesso habilidades específicas ou tipos de conhecimento que o leigo não possui. ‘Especialista’ e ‘leigo’ têm que ser entendidos como termos contextualmente relativos”.(GIDDENS ²¹ p. 195)

O autor entende que o especialista não deve ser identificado como um burocrático. Acontece que, dentro de um modelo administrativo, o especialista acaba

sendo visto como uma 'autoridade-legal'. Isso acontece por um consenso exterior, e não propriamente por causa do conhecimento.

ALMEIDA FILHO ¹ (p.7) escreve sobre a especialidade e dá uma interpretação da história que ajuda a entender o porquê do reconhecimento do especialista. A especialidade aconteceu como um corolário do pensamento analítico cartesiano. A ciência moderna promoveu uma democratização (um “aburguesamento”) quando definiu que bastava saber lidar com as regras racionais do método para qualquer um tornar-se cientista. O autor aponta para Descartes que considerava a decomposição da coisa a conhecer através da redução das suas partes às mais simples.

O conhecimento era um produto de um mecanismo automático, um conhecimento fragmentário num mundo mecanicista. O modelo de conhecimento serve de instrumento para sucesso dos produtos industriais, viabilizando indústrias que por sua vez buscavam na racionalidade científica as técnicas necessárias. Assim explica o autor que a noção de especialidade seria um corolário do conhecimento tecnológico. A ciência se especializa para dar conta da necessidade tecnológica da produção industrial. O poder de dominar.

Em seqüência surgem as disciplinas científicas, as novas profissões. ALMEIDA FILHO ¹ (p. 25) conclui ainda que “podemos designar esta estratégia de organização histórico-institucional da ciência, baseada na fragmentação do objeto e numa crescente especialização do sujeito científico, com a disciplinaridade”.

Estamos vivendo num mundo de disciplinas, de especializações. Os sujeitos da ciência também identificam que é preciso não fragmentar. A crise da ciência contemporânea, de que fala SANTOS ⁴⁵ mostra que estamos buscando novos paradigmas para construir modelos de conhecimento. Buscando a síntese? Buscando o complexo da realidade? A generalidade? Sair do paradigma do explicar para o do entender? Estamos entendendo as multideterminações?

ALMEIDA FILHO ¹ resgata na história recente cientistas, pensadores, atuando nas ciências sociais e principalmente nas chamadas “ciências duras” (físico-química, genética, biologia molecular e neurociências) os quais se dão conta de que não podem mais ignorar o imperativo de se abrirem as ciências para um nível mais global de atuação; igualmente não podem mais se deterem “em (ou serem detidos por) questões científicas localizadas tornando-se especialistas de um único tema” sob pena de serem transformados em “repertórios de técnicas e conhecimentos”. (p.10).

Aponta quatro aspectos que a ciência considera na busca de novas aberturas os quais explicariam esse mesmo objeto complexo:

1. “é um objeto-modelo sistêmico, ou seja, faz parte de um sistema de totalidades parciais de nível hierárquico inferior;
2. (...) em sua forma de objeto heurístico não pode ser explicado por modelos lineares;
3. (...) metodologicamente é aquele que pode ser apreendido em múltiplos níveis de experiência;
4. (...) é multifacetado... extravasando os recortes disciplinares da ciência. Daí que para construí-lo como referente é preciso operações de síntese... e para designá-lo apropriadamente é necessário o recurso à polissemia resultante do cruzamento de distintos discursos disciplinares” . (ALMEIDA FILHO ¹ p. 11).

GIDDENS ²¹ acredita que contemporaneamente, o conhecimento especializado não se refere a um conhecimento de um único lugar. “As formas de conhecimento local sob regra da especialização tornam-se recombinações de conhecimento derivado de outros locais” (p.105).

Como entende o técnico especialista junto aos trabalhos das Oficinas de Territorialização? Nelas, o conhecimento local é o “carro chefe”, o que aglutina os demais conhecimentos de várias ordens (cultural, ideológico, religioso etc.),

identificando o espaço-território daquela área. O técnico-especialista recombina seus conhecimentos anteriores com os da região, de tal modo que seus dados impessoais adquirem “face” com as configurações novas. O especialista auxilia na medida em que contribui, acrescenta, mas não impede ou destrói o conhecimento local.

É uma visão acolhedora a respeito do especialista, já que traduz um personagem aberto, com intervenções discretas, que não impõe seus conhecimentos. “...Em princípio seu papel é de proteger a própria imparcialidade do conhecimento codificado” (GIDDENS ²¹ p.106).

A Educação em Saúde enquanto especialidade pode ser tema de importante reflexão dentro do espaço do paradigma novo. Seria correto considerá-la como uma ciência especializada quando se entende que a compreensão da Saúde é cada vez mais abrangente, plural?

5. A HISTÓRIA COMO PANO DE FUNDO: SITUANDO A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

GREEN ²⁵ afirma que existem tantas definições de Educação em Saúde quantos são os educadores. Ela é para o autor, uma ponte entre informação e prática de saúde. Ela motiva pessoas a terem informações e fazerem alguma coisa que salvasse sua saúde. Para o autor, a Educação em Saúde é um processo de informações e comportamentos que promovam hábitos e formem comportamentos beneficiários em saúde. Visando comportamentos, é também um processo ético e político, que se adapta a qualquer local e em diferentes pessoas ajustando práticas. Nesse sentido, planejamento e método são tão importantes quanto as suas técnicas, construindo os necessários para ligar informação e práticas. “Educação em Saúde é alguma combinação de experiência de aprendizado designada para facilitar adaptação voluntária de comportamento compatível para a saúde”. (GREEN ²⁴ p.4). Assim entendida a Educação em Saúde revela a história local, interfere nela, constrói-se na contextualidade.

A história da Educação em Saúde no Brasil nos dá uma idéia da evolução da sua verdade social como ciência, a ligação entre ela e a realidade sócio-política, bem como o corpo de idéias do qual faz parte. Fazendo um resumo da sua evolução, vemos que ela deixa transparecer a característica do conteúdo político pelo qual vem sendo construída, acompanhando a conceituação de Saúde e das políticas da época, condizentes com os paradigmas modernos da ciência, e quem sabe, aderindo a mudança paradigmática atual.

A partir de alguns indicadores históricos, o conceito de saúde passou a ser um desafio epistemológico. Na vida brasileira, as mudanças sociais também levaram a mudanças conceituais que atingiram as políticas de saúde. Alguns desses indicadores podem servir de pano de fundo para exibir a evolução da Educação em Saúde. Por exemplo, a movimentação rural/cidade, o desenvolvimento industrial acompanhado das novas situações no trabalho, condições de moradia, hábitos culturais confrontados com

os novos costumes e comportamentos, o processo econômico e político, gerando e agravando diferenças insuportáveis entre as classes sociais, a miséria e desestrutura social e produtiva advindas do progresso, o modelo familiar e a questão do trabalho da mulher fora do lar, e muitos outros indicadores foram trazendo à Educação em Saúde condições e pressões que acompanharam as mudanças de sua história.

OLIVEIRA ³⁹ analisa as concepções em Educação em Saúde e distingue dois momentos histórico-conceituais: a Educação Sanitária e a Educação em Saúde.

5.1. EDUCAÇÃO SANITÁRIA

Nesta época o avanço da ciência biológica confirma o ideal eugenista de uma raça sadia e produtiva. Uma raça pura, com cuidados de higiene, e apoiada na sabedoria médica, faria do povo brasileiro mais saudável e produtivo. Nesse modelo bio-médico, de unicausalidade da doença, a responsabilidade em ter saúde era de cada indivíduo.

Neste momento histórico de que tratamos, o Departamento de Higiene foi criado em São Paulo junto à Faculdade de Medicina e Cirurgia em 1918. Em 1924 com a oficialização do Instituto de Higiene, o Departamento desliga-se da Faculdade e, em 1931, reconhecido oficialmente vem chamar-se Instituto de Higiene e Saúde Pública, incorporando-se à Universidade de S. Paulo em 1938.

Desde sua criação na década de 20, a Educação Sanitária incorporava o conceito de saúde da época Pasteuriana da higienização. Seu objetivo era o de formar o homem brasileiro como indivíduo sadio para a força de trabalho. A formação e a prática do educador sanitarista era voltada para um conteúdo disciplinar eminentemente biológico, dentro da visão de que Saúde era uma questão médica. A formação do homem novo era voltada para a educação das crianças, únicas aptas a desenvolver os hábitos sadios de higiene. Cabia à escola repassar os valores de saúde.

O primeiro curso de Educação Sanitária sofreu influências de experiências americanas. Foi em 1921 que ocorreu o primeiro doutoramento em Educação em Saúde na escola, concedido pela Universidade de Columbia-E.U.A.. Graças a esse intercâmbio, o Professor Dr. Geraldo Horácio de Paula Souza e sua equipe de professores conheceram, estudaram, acompanharam e desenvolveram as idéias americanas de Saúde Pública e as instituíram dentro da organização de ensino e de práticas organizativas, (como o Centro de Saúde, pioneirismo no Brasil) influenciando a formação e desenvolvimento do curso de Educação Sanitária, durante décadas.

A visão de Saúde Pública pretendia substituir a postura em vigor, que mantinha mais uma política verticalizante de ações (ex. oferta de medicamentos). “Esperava-se que sua ação fosse dinâmica, indo a procura de todos os membros da coletividade, fossem sãos, suspeitos ou doentes. A população deveria assimilar os preceitos necessários de higiene individual através de Educação Sanitária” (CANDEIAS ⁷ p.349).

O decreto 3.876 de 11 de junho de 1925, aprovado na lei 2121, instaura o curso de formação para Auxiliares de Educação Sanitária, dentro da “era bacteriológica”. O ideal era promover a consciência sanitária. O indivíduo inteligente evitaria que a doença se propagasse, conhecedor das práticas de higiene recebidas, fazendo surgir um povo viril e saudável.

A Educação Sanitária nessa época acompanhou o desenvolvimento das ciências de higiene e saúde da Faculdade como vemos na análise histórica de CANDEIAS ⁷ sobre o curso de Educação em Saúde na Faculdade de Higiene em São Paulo.

A partir da década de 30, as políticas sociais de saúde organizam o setor com o fim de cuidar dos trabalhadores urbanos que formavam o exército de mão de obra advindo do êxodo rural. Eram atendidos pelas Santas Casas de Misericórdia e

Centros de Saúde. Continuava o atendimento educativo fundamentado mais no enfoque da prevenção da doença do que na implementação da saúde (MELO³⁶).

Em 1931 ocorreu o reconhecimento oficial do então Instituto de Higiene e Saúde Pública, incorporado à Universidade de São Paulo, em 1938. Após a Segunda Guerra Mundial, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que dava assistência médico-sanitária ao setor rural em desenvolvimento, a fim de garantir a produção agrícola. A Educação Sanitária colaborava para a modernização da economia e intervinha, agora, na formação dos adultos que precisavam ser orientados quanto à higiene na produção das indústrias de alimentos, na produção agrícola, nas indústrias das cidades. Apesar de ainda seguir um modelo vertical de política de saúde, as circunstâncias históricas faziam ver que o modelo biológico que servia até então para a realidade brasileira, não mais representava resolutividade para a nova problemática populacional. Iam-se incorporando ao atendimento médico outros profissionais, como psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros.

Em 1945, o Instituto de Higiene é transformado em Faculdade e, em 1969, sua denominação passa a ser Faculdade de Saúde Pública.

O governo Vargas priorizava na Saúde uma política de atenção à criança e ao adolescente. Em 1941, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde.

“A Educação Sanitária se mostrava como elemento básico da prevenção. O pensamento desenvolvimentista dos anos 50... (dava) sinais de avanço no conhecimento em saúde, quando aspectos sociais começavam a ser vistos como elementos determinantes do processo saúde-doença, mas o enfoque biológico/individual no combate à doença ainda era marcante”. (OLIVEIRA³⁹ p. 45-46).

Mais adiante a autora afirma que a Educação Sanitária passa a ser encarada como autocuidado. Procurava-se alargar o campo de trabalho na intervenção

da saúde, apoiando-se na prevenção como instrumento de conscientização. Se, até a década de 60 a Educação Sanitária não conseguiu deixar de ser normativa, também pouco enfatizou os aspectos sociais dentro de sua prática, “conivente com a qualidade do conhecimento técnico-científico-econômico que até ali avançara”.

A grande ênfase residia na racionalização de serviços, entendida, de forma equívoca pelo governo e sanitaristas.

A 4ª Conferência Nacional de Saúde, em 1967, afirmava que os problemas de Saúde deveriam estar nas mãos dos sanitaristas e educadores. Neste período, a Educação Sanitária revê seus objetivos Ressaltava-se o trabalho em equipe, envolvendo a educação junto aos médicos e demais profissionais.

5.2. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

É a época em que se valorizavam os instrumentos, as metodologias, recursos (concepção tecnicista), porém, na prática, a Educação em Saúde não consegue sair do “nível das intenções”. Ela não efetivava o seu discurso. Faltava “reflexão e inflexão didático-pedagógica e técnico -científico. Mudar por quê? e para quê? trariam respostas em relação a ONDE mudar? e COMO mudar? Era chegado o momento de se operar mudanças, não a partir de leis e resoluções, mas a partir de uma atitude mental desenhada no contexto da realidade brasileira” (OLIVEIRA ³⁹ p. 47).

Nos anos 70 houve movimentos de reforma médica, racionalização de recursos da saúde, movimentos sanitaristas. Nesse tempo 37% da população não recebia qualquer forma de atenção à saúde. A realidade da saúde do povo brasileiro não dispunha de modelos teóricos de enfrentamento que pudessem auxiliar nas buscas de soluções. “Apesar dos milagres econômicos latino-americanos, presenciava-se uma crescente deterioração da saúde coletiva” (NUNES ³⁸ p.59).

Os principais agravos à saúde estavam por conta da desnutrição e mortalidade infantil, dos acidentes de trabalho e das doenças cardiovasculares. Era preciso investir, todavia, nas bases teóricas para sustentar propostas de arranjos das políticas de saúde, na formação de recursos de saúde, na renovação do atendimento à saúde, melhorando o acesso da população aos respectivos serviços. A época era de ditadura, a qual transformou a saúde num empreendimento.

Em 1969, as faculdades de medicina aprovavam a adoção de uma disciplina intitulada Estudos de Saúde Coletiva, legalizando a presença do 'social' dentro delas (NUNES³⁸)

A partir do anos 70 vários fatos são destacáveis no âmbito das reformas na Saúde. Um deles, a Reforma Sanitária, estimulou muitos setores na abertura de espaços internos no próprio gerenciamento do Estado, com o fito de conquistar as mudanças, com a criação, por exemplo, da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), do Conselho de Administração Previdenciária (CONASP) e do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE).

Ao lado da insatisfação popular, desencadeava-se o trabalho de organização de movimentos sociais com o objetivo primeiro de refletir as propostas da Reforma.

Em 1972 a OPAS patrocinou o Seminário de Cuenca (NUNES³⁸) que se pautou pela crítica à concepção estática da saúde. No ano de 1978 em Alma Ata, a proposta da Atenção Primária foi aprovada, com base nas reflexões da III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas (1972). Nesta, foi debatida a garantia ao direito pela saúde. Em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde considerou a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Um direito conquistado na revelação da luta pela cidadania e na participação de muitos na área da saúde, evidenciando as forças de reivindicação e organização do povo e dos que queriam mudanças em nome da Reforma Sanitária.

Em 1987 foi assinado o decreto criando o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) organizado com bases na descentralização, hierarquização e participação da população como modelo de gestão. Em 1988 a Constituição cria o Sistema Único de Saúde (SUS) e inclui a Reforma Sanitária na lei. Todavia em 1990 quando foi aprovada a lei orgânica da Saúde, muitas objeções foram feitas aos benefícios antes conquistados (por exemplo, restringiram-se os poderes de intervenção dos Municípios e da população) (WESTPHAL & PELICIONE⁵⁸).

“A lei nº 8.080/90 que criou o sistema Único de Saúde, termina por inspirar a formulação de Estatuto da Criança e do Adolescente em 1991, fortalecendo a necessidade de contribuição dos profissionais de saúde nas ações educativas em saúde na escola, referenciando ao setor saúde tal responsabilidade” (OLIVEIRA³⁹ p.48).

WESTPHAL & PELICIONE⁵⁸ identificam que a Reforma Sanitária por ser um projeto histórico-estruturalista está aberta a análises. Dentro dessa perspectiva, as autoras promovem uma reflexão a respeito da contribuição da Educação em Saúde neste movimento.

A Educação em Saúde contribui nesse período com um trabalho de formação em Saúde, com bases nas reflexões sobre a cidadania. “A concepção de Educação que orienta a nova proposta (a Reforma Sanitária), baseia-se no princípio de que a sociedade se organiza em torno de um conflito central entre duas classes fundamentais em que se divide a sociedade: a dos dominadores e dominados”. (WESTPHAL & PELICIONE⁵⁸ p. 70).

Para as autoras, alguns pressupostos serviam como fundamento para a Educação em Saúde:

1. “Anteriormente, a educação... se configurava como meio complemento e suporte das ações médico-sanitárias”. Agora, a Educação assumia um caráter de luta política pelos direitos à saúde e compunha um trabalho com identidade própria e não mais era um instrumento de outros agentes de saúde. A meta, todavia, é entendida

enquanto for conquistada através da participação interdisciplinar e ativa com a população.

2. A ação educativa movia-se a caminho da conscientização, dos direitos sobre a saúde, motores de qualquer transformação.
3. Rompia com o modelo biológico-assistencial. O conceito de saúde é resultado de condições de vida, trabalho e das políticas governamentais.
4. A Educação em Saúde exercia um papel de crítica e se compunha com vários movimentos sanitários.

Sua prática era difícil, uma vez que enfrentava o modelo hegemônico enraizado na política e na saúde. As autoras listaram algumas dificuldades encontradas nas atuações educativas, tanto com a população quanto com os profissionais com os quais compunha o seu ofício. No tocante ao pessoal da Saúde, identificava-se uma postura tradicional na formação dos funcionários tanto pela academia e órgãos formadores, quanto pelo poder da estrutura. “Este é um grande entrave à concretização de proposta de mudança, quer no modelo assistencial, quer nos seus pressupostos teóricos que incluem comprometimento com a causa popular” (WESTPHAL & PELICIONE⁵⁸ p.71).

Apontaram as autoras três possíveis soluções para o enfrentamento dessas dificuldades:

1. formar profissionais que saibam identificar criticamente os modelos e as ideologias em saúde;
2. propor a educação continuada dos funcionários, encampada pelos órgãos responsáveis dos recursos humanos, de modo que haja condição de reflexão sobre o papel da cada servidor junto à população, evitando a reprodução de poder.
3. propor projetos multiprofissionais na tentativa de se valorizar em conjunto experiências e idéias de várias fontes, democratizando teorias e práticas em benefício da composição teórica, favorecendo a desmistificação de pensamentos silenciosos a respeito do poder.

Em contato com a população, os educadores devem compreender que qualquer atividade é o ponto de partida para agir educativamente. Qualquer atividade já possui um cunho educativo e pode atingir a todos, população e outros profissionais. Os educadores deveriam também participar de Comissões e Conselhos de saúde aproveitando esses espaços de intervenção. O trabalho com a população deve ser sempre privilegiado em todos os momentos organizados ou não da comunidade.

O 9º Congresso Brasileiro de Saúde do Escolar (CBSE- 1992) abordou temas que foram trazidos pela sociedade. As questões suscitadas pelas Doenças Sexualmente Transmissíveis, pela AIDS, sexualidade, educação ambiental, música e saúde, saúde e cidadania mostravam interesses sociais e comunitários, alargando o campo da Saúde.

OLIVEIRA ³⁹ (p. 49) acredita que existe um conflito teórico entre o que se preconiza e se aceita como concepção de Saúde do modelo biológico, presente na prática sanitária de hoje e a “tendência que emerge da sociedade civil como questão social, pautando-se pela construção coletiva do conhecimento”.

O modelo biológico-assistencial mostrou-se fraco ponto de apoio na aquisição de saúde (entendimento da uniausalidade da doença). O modelo preventivo também não conseguiu avançar no controle da doença, devido à dificuldade de ganhar apoio e colaboração de instâncias políticas (entendimento da doença na sua multideterminação fatorial). Investe-se atualmente na promoção da saúde, que vê a saúde não como um resultado do desenvolvimento. A Saúde Pública para HAGARD ²⁸ é um esforço coletivo de vários atores sociais, que buscam uma vida socialmente e economicamente produtivas. A saúde não é um resultado mas um dos princípios das políticas públicas.

A Carta de Ottawa definiu promoção em saúde como “La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d’assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d’améliorer celle-ci”. (HAGARD ²⁸ p. 28).

O conceito de promoção da saúde baseou-se num modelo ecológico de saúde em que o indivíduo ou grupo interagem com o ambiente físico ao redor, propondo-se a diminuir desigualdades de acesso à atenção primária (PAME ⁴⁰; GREEN ²⁵).

⁴¹ Parece necessário reconsiderar lo que se entiende comúnmente por promoción de la salud; sin negar los vínculos existentes entre promoción da la salud y educación para la salud, son dos entidades distintas... Deve-se explicitarse la contribución da la promoción de la salud en relación con el desarrollo individual y colectivo, especialmente cómo las políticas de la promoción de la salud se ubican dentro de las políticas de desarrollo social, en lo que respecta la capacidad de cada persona y grupo de gobernar su vida individual, familiar y colectiva.” (PAME ⁴⁰ p.60).

A Carta de Ottawa propõe algumas estratégias para a realização da promoção da saúde: desenvolver atitudes pessoais, estabelecer políticas públicas saudáveis, fortalecer a ação comunitária, reorientar os serviços de saúde e criar situações favoráveis à saúde.

A proposta de promoção da saúde está sendo desenvolvida recentemente. Seus frutos só serão reconhecidos depois de longo prazo e isso pode ser já uma dificuldade principalmente nas situações de governo instáveis por períodos longos ou politicamente descompromissadas. É necessário que se assegure, o compromisso dos jovens com o desenvolvimento social e futuro com a promoção da saúde.

Hoje estamos trabalhando em concordância com os princípios da promoção da saúde requeridos pelas urgências da história. No entanto, há novos desafios e dificuldades. A história também os revela. Refletindo e a um tempo criticando o mundo em que vivemos, existem dois pólos contrapondo esperança e regressão. Em um há a abundância, a generosidade, as grandes idéias, o bem estar, a cooperação. De outro a falta de coerência, de sentido, o medo, a exclusão, o desemprego. Como realizar a promoção da saúde no mundo em que não existe a participação, o crescimento harmônico, o sentido de comunidade? Enquanto a lógica desse mundo refletir para a regressão, assombra-nos enorme desafio para a abordagem positiva a respeito da saúde. BRIXI ⁶

Semelhantes dificuldades são ainda, muitas vezes, acompanhadas pelos poucos recursos estatais. “A Educação em Saúde em muitos países tem sido trabalhada debaixo de um estado de suporte político de pobreza”. (GREEN ²⁵ p. 218). A situação repercute nas práticas muitas vezes empobrecidas também de objetivos, avaliações e planejamento da Educação em Saúde. Essas políticas enfraquecem a Educação em Saúde com atividades de pouco suporte organizacional e estrutural, fechando um ciclo de empobrecimento tanto para a população como para os profissionais de saúde.

Importa estabelecer o vínculo de necessária dependência entre inúmeras ações que dizem respeito à Educação em Saúde e os suportes estruturais do Estado. Por isso, as políticas também influenciam a prática profissional do educador. A Educação em Saúde precisa receber condições para ofertar qualidade no serviço que presta à população. Para romper com esse círculo de pobreza deverá haver calibragem e harmonia entre a política de Saúde e as teorias que nos propomos a realizar, diz GREEN ²⁵.

Este breve resumo histórico chama nossa atenção para os seguintes pontos:

1. As idéias e conceitos que vigoram numa época sofrem validações da sociedade à qual pertencem, mesmo que à revelia da própria ciência.

2. As mudanças conceituais (no nosso caso, a Saúde) indicam que o pensamento científico é histórico, tem sua verdade social que chega ao público, mesmo que não entendido na sua máxima dimensão. Assim, o público expressa seu entendimento por manifestações legítimas de confronto. Portanto, a marginalidade, a exclusão, a doença, as injustiças, são expressões indicadoras de um conflito epistemológico do tipo “para que o conhecimento”?
3. A ruptura entre a razão e o mundo vital acontece independentemente da confirmação do cientista.
4. Para o educador em saúde, não basta o domínio conceitual sobre a doença. O diagnóstico educativo de saúde procura o conhecimento amplo que entende ter a Saúde, onde o agente etiológico é mais uma das causas da doença.
5. A Educação em Saúde Pública está aderida a um compromisso social e político e deve, por isso, estar sempre suscetível a releitura das suas práticas, metodologias e fundamentos.

5.3. O CURSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO PAULO

É interessante cotejar as características da formação disciplinar do educador em saúde pública no Estado de São Paulo, com o contexto social e o cenário das idéias locais, que acompanharam o desenvolvimento da disciplina.

O primeiro curso de Educação Sanitária, em 1926, “dirigia-se a professores primários, regentes de classe. O objetivo expresso era ministrar conhecimentos teóricos e práticos de higiene para que estes professores os introduzissem, posteriormente, nos recém-criados Centros de Saúde e em escolas públicas, a partir de uma proposta eminentemente profilática” (CANDEIAS ⁷ p.351).

O curso compreendia:

1. Noções de bacteriologia aplicada à higiene;
2. Noções de parasitologia e entomologia aplicada à higiene;
3. Noções de estatística vital e epidemiologia;

4. Higiene pessoal, nutrição e dietética;
5. Higiene Infantil;
6. Higiene mental, social e do trabalho;
7. Higiene municipal e das habitações;
8. Ética, educação e administração sanitária;
9. Princípios e processos de enfermagem em Saúde Pública.

A visão profilática prendia-se ao trabalho cognitivo e instrutivo de Saúde, primeiro objetivo da educação.

Em 1934, 1939 e 1946 aconteceram novas estruturações no currículo do curso de Educação Sanitária no Instituto de Higiene de São Paulo, cancelando disciplinas e introduzindo outras. Segundo CANDEIAS ⁷ em 1934 entraram disciplinas como Higiene Urbana, Rural e das Habitações, preparando o educador para a realidade do momento, realidade onde cada vez mais, ficava difícil de “negar a importância da educação sanitária na prática da saúde pública” (CANDEIAS ⁷ p.356).

Em 1946 o curso ficou assim:

1. Noções de microbiologia aplicada à higiene;
2. Noções de parasitologia;
3. Noções de bioquímica;
4. Noções de bioestatística;
5. Epidemiologia e profilaxia;
6. Noções de diagnóstico das doenças transmissíveis;
7. Higiene alimentar;
8. Higiene do trabalho;
9. Saneamento;
10. Higiene pré-natal;
11. Higiene infantil;
12. Higiene pré-escolar;
13. Administração sanitária;

- 14.Noções de enfermagem;
- 15.Tisiologia;
- 16.Venereologia e leprologia;
- 17.Educação sanitária;
- 18.Higiene mental.

Nessa época procurava-se integrar a Educação em Saúde às escolas e aos centros de saúde esperando que

“... o processo ensino - aprendizagem estava ainda relacionado com as doenças infecciosas, havendo portanto uma relação nítida entre causa-efeito.... Quando estas doenças, entretanto, com ampla fundamentação científica, foram caracterizadas, em nosso meio, como doenças de pobreza pertinentes a estratificações sociais menos privilegiadas, a educação em saúde na escola passou a ser severa e subjetivamente questionada, levando a discussões de caráter político e ideológico”. (CANDEIAS ⁷ p.349).

O decreto 15.552 de 24 de janeiro de 1946 que estabeleceu o novo regulamento para o curso de Educadores Sanitários, trouxe a modificação na admissão de candidatos. Poderiam pleitear as vagas, os candidatos da escola normal e também os portadores de conclusão do segundo grau.

Em 1955, o curso novamente sofreu reestruturações pressionado pela nova visão social do conceito de Saúde. As avaliações do curso pelas próprias educadoras, identificavam a necessidade de se saber mais como lidar na prática com os amplos conceitos teóricos médicos, que aprendiam durante o curso. Assim é que aparece uma nova composição curricular.

1. O papel da educação sanitária em Saúde Pública;

2. Métodos de educação sanitária: entrevistas; palestras; meios auxiliares para educação sanitária; rádio; cinema; televisão; folhetos; cartazes; exposições; relatórios; jornais e revistas;
3. Educação e saúde escolar;
4. Educação sanitária;
5. Programas de educação sanitária:
 - I. Nacional; estadual-departamento de Saúde; centros de saúde: da faculdade de higiene e do interior;
 - II. Agências particulares;
 - III. Educação sanitária para operários (indústrias);
 - IV. Programa rural do SESP;
 - V. Outros países;
6. Planejamento de programas (gerais e específicos)
7. Papel do educador sanitário;
8. Projetos em educação sanitária;
9. Estágio;
10. Visitas;
11. Avaliação contínua. Desenvolvimento: aulas teóricas; aulas práticas; projetos; reuniões; demonstrações; visitas; estágios.

Surgem, ainda, preocupações com comunicação, o trabalho com programas, a organização de projetos com metodologia e avaliações, as estratégias para grupos articulando outras formas de comunicação que atinjam mais pessoas.

Após 42 anos de criação do curso de Educação Sanitária, em 1967, este passou a ser considerado de grau universitário. A formação do educador sanitário sofre uma reestruturação para se adequar à nova visão de Saúde /Doença. Ela foi complementada por recentes conhecimentos das ciências sociais e a mudança de conteúdo foi acompanhada pela alteração do próprio nome: Educação em Saúde Pública. Readaptado novamente, seu currículo fica dividido em:

1. Curso básico de Saúde Pública: matérias com o conteúdo das ciências médicas, da matemática, da epidemiologia, da biologia, da nutrição, da administração, do ambiente;
2. Curso de especialização com as disciplinas:
 - I. Problemas da Educação em Saúde Pública;
 - II. Educação sanitária escolar, da comunidade;
 - III. Estudos especiais em educação sanitária;
 - IV. Administração em educação sanitária.

Como acompanhava o curso de Saúde Pública dessa época?

Baseado no levantamento de 425 históricos escolares de alunos matriculados no Curso de Educação em Saúde para Graduados da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, pode-se estruturar as disciplinas ofertadas durante os anos de 68 a 83.

As disciplinas obrigatórias gerais, eram:

1. programa interdepartamental;
2. administração sanitária;
3. fundamentos de saneamento do meio;
4. estatística vital
5. ciências sociais aplicadas;
6. fundamentos sociais e culturais de Saúde Pública;
7. epidemiologia (geral -básica);
8. introdução à Saúde Pública;
9. educação em Saúde Pública (antiga Educação Sanitária)
10. trabalho de campo multiprofissional -TCM (antigo estágio especializado)
11. estatística aplicada à Saúde Pública;

-
- 12.seminários de Saúde Pública;
 - 13.saúde ocupacional;
 - 14.bioestatística;
 - 15.dermatologia sanitária;*
 - 16.saúde mental.*

* Essas disciplinas também apareceram como optativas em alguns históricos escolares.

Disciplinas obrigatórias específicas:

1. educação em Saúde Pública;**
2. higiene da criança;*
3. higiene materna;*
4. leprologia;*
5. venereologia;*
6. tisiologia;*
7. endemias parasitárias e moléstias transmissíveis;*
8. nutrição.*

* também encontradas como disciplinas optativas em alguns históricos escolares.

**A disciplina Educação em Saúde aparece em diversas graduações, de I a VIII.

Disciplinas optativas:

1. metodologia de pesquisa social;
2. planejamento em Saúde Pública;
3. orientação bibliográfica aplicada à Saúde Pública;
4. saúde ocupacional;
5. fundamentos sociais e culturais de Saúde Pública;
6. dinâmica populacional aplicada à Saúde Pública;
7. técnica de pesquisa bibliográfica;

A seguir destacamos algumas características observadas nesse levantamento.

1. Há uma gama diversificada de alunos vindos de várias áreas profissionais para cursar Educação em Saúde. Os cursos superiores que pudemos observar nos históricos escolares foram:

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| a) pedagogia- 68 | s) história - 4 |
| b) educação sanitária- 116 | t) enfermagem - 7 |
| c) letras- 23 | u) medicina veterinária- 1 |
| d) ciências sociais- 23 | v) filosofia - 7 |
| e) educação física -1 | w) medicina - 2 |
| f) assistência social- 35 | x) terapia ocupacional- 1 |
| g) estudos sociais- 5 | y) farmácia -1 |
| h) direito - 2 | z) ciências políticas e sociais - 6 |
| i) não registrado - 22 | aa) cirurgião dentista - 3 |
| j) geografia - 4 | bb) psicologia -6 |
| k) ciências - 21 | cc) educação técnica -1 |
| l) ciências biológicas - 14 | dd) comunicação social - 3 |
| m) administração - 2 | ee) desenho -1 |
| n) serviço social- 6 | ff) química - 1 |
| o) ciências domésticas - 1 | gg) física -1 |
| p) educação artística - 1 | hh) sociologia e política - 2 |
| q) artes práticas - 2 | ii) história natural - 3 |
| r) português - 1 | |

A diversidade dessas áreas caracterizam a Educação em Saúde como uma disciplina multiprofissional. Conjuguar interesses, harmonizar as diferenças, compartilhar e construir na heterogeneidade, parecem ser fundamentos da Educação em Saúde desde as salas de aula.

2. Somente 27 homens fizeram o curso nesses anos. É uma profissão essencialmente feminina.
3. O peso dos créditos e carga horária das disciplinas do curso acompanharam os valores atribuídos na academia de uma forma geral, como reflexo da época histórica. Matérias como bioestatística, estatística vital, epidemiologia, administração sanitária, saneamento do meio, por exemplo tinham carga horária alta (36 e 48 horas) e três a quatro créditos. Continuam a aparecer por longos anos, as disciplinas do currículo higienista como a leprologia.

Em 1983 a Comissão de Ensino da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo idealizou um curso composto de dois módulos, um geral e outro especializado. Era o curso de Especialização em Saúde Pública e a Educação em Saúde Pública passa a ser uma especialização como a medicina, farmácia-bioquímica, odontologia e veterinária.

Em 1985 o concurso de habilitação para ingresso na Educação oferecia 30 vagas para 119 candidatos. Desses foram aprovados 99 (43,0%). Dentre os 618 candidatos que compareceram as provas de classificação em todas as especialidades, 147 (23,8%) tiveram nota abaixo de 5 em matemática e 33 (5,3%) em conhecimentos gerais de Saúde, duas disciplinas reprovadoras. As matemáticas tinham um conceito forte no entendimento acadêmico correspondendo aos ideais científicos da época.

Dos 466 alunos classificados no Curso de Especialização em Saúde Pública 146 (31,3%) foram aprovados em Educação em Saúde. Ele tinha uma duração de 540 horas (na especificidade), em horário integral, das quais 300 eram dedicadas à teoria. Seu currículo era:

1. o homem e seu projeto de vida - 30 horas;
2. fundamentos teóricos da Educação em Saúde Pública - 30 horas;
3. planejamento em Educação em Saúde Pública - 40 horas;
4. metodologia e comunicação em Educação em Saúde Pública - 34 horas;
5. treinamento e supervisão - 30 horas;

6. avaliação em Educação em Saúde Pública- 28 horas;
7. o grupo em saúde Pública- 24 horas;
8. saúde da comunidade - 30 horas;
9. saúde na escola- 30 horas;
10. Educação em Saúde em programas especiais de saúde Pública - 24 horas.

No módulo I as disciplinas gerais obrigatórias eram:

1. semana introdutória - 23 horas:
 - a) dinâmica de grupo
 - b) orientação bibliográfica
2. introdução à Saúde Pública - 15 horas;
3. administração - 87 horas;
4. noções básicas de administração geral e pública - 29 horas;
5. níveis de assistência e regionalização de serviços 30 horas;
6. políticas de sistemas de saúde - 14 horas;
7. noções de planejamento - 14 horas;
8. epidemiologia - 118 horas;
9. epidemiologia geral - 29 horas;
10. estatística vital - 30 horas;
11. bioestatística - 31 horas;
12. epidemiologia das doenças transmissíveis de vigilância epidemiológica - 28 horas;
13. saneamento do meio - 30 horas;
14. Educação em Saúde Pública - 30 horas;
15. orientação bibliográfica aplicada à Saúde Pública - 10 horas;
16. fundamentos das ciências sociais - 30 horas.

Como requisito para o curso de Educação em Saúde Pública, o candidato deveria ser graduado em alguns dos seguintes cursos: pedagogia, ciências sociais, comunicação (rádio e tv), relações públicas, ciências biológicas, psicologia, serviço social, nutrição, enfermagem, medicina e odontologia.

Os alunos que cursaram em 1986 tinham os seguintes cursos superiores:

- enfermagem - 10;
- ciências biológicas + pedagogia - 2;
- pedagogia- 7;
- psicologia - 3;
- nutrição -5;
- assistência social -1;
- ciências biológicas - 24;
- ciências sociais - 1;
- serviço social - 1;
- odontologia -1.

Em 1988 as matérias obrigatórias específicas na área de Educação falavam de participação, visão crítica, projeto de vida do homem, combinando com o momento da VIII Conferência de Saúde e o deslanche dos movimentos populares. Eram elas:

1. políticas sociais e participação - 32 horas;
2. educação em Saúde na Escola - 32 horas;
3. treinamento e supervisão de pessoal - 32 horas;
4. planejamento em Educação em Saúde Pública - 52 horas;
5. metodologia da Educação em Saúde Pública - 40 horas;
6. o grupo em Saúde Pública 32 horas;
7. aspectos teóricos da Educação em Saúde Pública-
 - parte A - o homem e seu projeto de vida - 30 horas
8. aspectos teóricos da Educação em Saúde Pública -
 - parte B- visão crítica - 30 horas.

Ao cotejar a composição dos alunos na área de Educação de 1985 com os anos anteriores, notamos uma diferença importante quanto às áreas de formação universitária de base dos mesmos. Antes, era notória a predominância de cursos das ciências humanas (Educação Sanitária, Pedagogia, Assistência Social). Neste último

levantamento aparece o predomínio de ciências biológicas, e enfermagem, em detrimento das humanas.

Permeável às idéias da época, a Faculdade de Saúde Pública acompanha e incorpora as idéias de promoção no curso de Educação, que em 1993 tinha as seguintes disciplinas:

1. o grupo em Saúde Pública - 32 horas;
2. introdução à prática e a promoção da Saúde - 40 horas;
3. metodologia da Educação em Saúde - 40 horas;
4. planejamento de programas de Educação e Promoção da saúde - 40 horas;
5. desenvolvimento de recursos humanos em Educação em Saúde: treinamento e supervisão de pessoal - 40 horas;
6. comunicação social em Educação e promoção de saúde - 40 horas;
7. fundamentos teóricos para a Educação em Saúde - 40 horas;
8. Educação em Saúde da criança em idade escolar - 40 horas;
9. participação popular e saúde - 40 horas.

Em 1996 o curso de Especialização em Educação deixa de ser oferecido.

6. O ESPAÇO - TERRITÓRIO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Qual é o espaço da Educação em Saúde?

Do ponto de vista da Geografia “o espaço é formado por um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá” (SANTOS, ⁴⁶ p. 51).

Os objetos - frutos da tecnologia -, as paisagens, formam um conjunto de formas que no espaço adquirem sentido através de uma “dialética espacial”, em que o homem constrói o conhecimento e seus valores, sua história, dinamismo e funcionalidade. “O espaço é a síntese sempre provisória, entre o conteúdo social e as formas espaciais” (SANTOS, ⁴⁶ p. 88).

Quando se fala em espaço, configura-se o palco onde atores sociais constroem suas ações, caracterizando o grupo societário e seus sistemas de idéias, traduzidas no valor da tecnologia das produções materiais. É o palco da história.

Quando se fala em território geográfico, o mesmo autor o define como o conjunto dos complexos naturais e das obras dos homens que modificaram essa natureza. Assim a configuração territorial é o “resultado de uma produção histórica” que não é o espaço. O território é a realidade material. O espaço congrua a realidade com a vida que a anima. Apropriar-se desse espaço-território significa para o conceito de Educação pretendido o primeiro desafio para uma proposta contextualizada do conhecimento e sua metodologia. Implica uma modificação epistemológica de como se faz ou se dá o conhecimento, que, no nosso caso, versa sobre a saúde daquele espaço-território. Por exemplo, qual é a compreensão de saúde? Que práticas de saúde existem? Quais os estímulos para a aquisição de hábitos saudáveis? Como se organiza o sistema local de saúde? Que tipo de cultura alimenta ou obstaculiza as práticas de saúde? Que sistema de saúde existe? Que bases ideológicas fundamentam esse sistema? Quais são

as doenças da região? O que pensam os doentes a respeito da causalidade das doenças, das formas de interferir nelas ?

O campo de atuação da Educação em Saúde não é nada mais que aquele onde o homem está. Nada diferente ou complicado. A abrangência desse estar compreende tudo aquilo em que o homem se envolve. Consideramos aqui dois segmentos importantes: um que diz respeito ao seu mundo concreto (o estar) e outro ao da corporeidade (o ser). O movimento dialético entre os dois estabelece uma relação crítica, portanto conceitual. Estamos falando da ciência da Educação em Saúde, de sua razão onde as raízes estão presas ao território concreto do mundo vivencial.

6.1. BASES CONCEITUAIS

A Educação em Saúde vê na sua prática o referencial maior do seu sucesso. Aberta à escuta do cotidiano dos homens é capaz de reconhecer necessidades e, refletir sobre dificuldades. Ao trabalhar com instrumentos conceituais, entende a importância de situá-los dentro da prática do educador.

6.1.1. EDUCAÇÃO LIBERTADORA

“A educação deve começar pela superação da contradição educador-educando. Deve fundar-se na conciliação de seus pólos, de tal maneira que ambos se façam simultaneamente, educadores e educandos” (FREIRE ¹⁵ p.77).

Entende FREIRE, mais a frente, que a educação é um ato livre, que decorre da vocação ontológica em humanizar-se. Não há lugar para o educador que domine o educando. Há lugar para a criação. É através da conhecida concepção bancária da educação que o autor denuncia este quadro lamentável de passividade: “segundo a concepção bancária quanto mais adaptados estiverem os homens, tanto mais serão ‘educados’ enquanto adequados ao mundo”.(FREIRE ¹⁵ p. 83).

O ato educativo acontece com a colaboração:

- Do pensamento do educador;
- Do pensamento do educando;
- Mediatizado pela realidade, e
- Com a colaboração da comunicação.



Os quatro elementos são igualmente importantes para que aconteça o ato educativo libertador. Isto tanto assegura a igualdade dos valores de cada agente do ato educativo quanto dificulta a dominação.

Podemos dizer entendendo FREIRE,¹⁵ que a construção de uma pedagogia para um homem livre deva pressupor:

1. Que não só o educador sabe;
2. Que a educação pede um confronto comunicativo-dialógico;
3. Parte do concreto e promove a prática.

O autor explica que a sua pedagogia é, em si uma situação gnosiológica. LALANDE³² define gnosiologia como “a análise reflexiva do ato ou faculdade de conhecer”. Cita BALDWIN que diz ser “a análise sistemática dos conceitos usados pelo pensamento para interpretar o mundo...”

Pensando como LALANDE, FREIRE¹⁵ mostra que educar não é um ato de transmissão, aperfeiçoamento ou transferência. MATTOS³⁴ no seu dicionário, diz que Educação é “o processo de aperfeiçoamento da personalidade ou de uma função”.

No caso de FREIRE ¹⁵, esse aperfeiçoamento tem um cunho de razão reflexiva sobre o próprio ato de conhecer.

No ato educativo, há uma relação entre o sujeito cognoscente educador e o sujeito cognoscente educando, junto ao objeto de conhecimento comum, desenvolvendo uma relação sistemática, i.é., contínua, como afirma BALDWIN. (in LALANDE ³²)

Essa constante análise aponta para um modelo onde o ato educativo não estaciona em quem aprende ou em quem ensina. A relação revestindo-se de perene dinamismo, está aberta a revisões e críticas. “... seu que fazer é permanente ato cognitivo” (FREIRE ¹⁴. p.79).

O vínculo com a realidade política como condição do aprendizado conduz FREIRE ¹⁵ a falar da “consciência transitiva crítica”, a que se desenvolve na consciência articulada com a práxis. É a intencionalidade que acompanha o ato do conhecimento... “O próprio ato de consciência...(é) sempre consciência de...” (FREIRE ¹⁵ p. 89).

GIROUX ²³ interpreta a pedagogia crítica como uma das teses epistemológicas de FREIRE. Essa questão toca-nos de perto, porque é ela que nos fornece bases para uma ação efetiva com possibilidades de mudanças, mostrando que a educação se vale de conceitos adequados a uma metodologia que torne coerente e diáfano o desenrolar de qualquer tarefa pedagógica.

O ato de educar é tarefa crítica para uma disciplina sistemática, adquirida somente através da prática. A aprendizagem não é um ato isolado mas uma relação da pessoa com o seu mundo. Alarga a noção de aprendizagem envolvendo o educador e o educando. Mesmo ao leitor e estudante solitário, para compreender a mensagem, impõe-se a relação com o mundo. O aprendizado da leitura relaciona-se com o mundo atual, de tal maneira que o estudante reinterpreta, cria, reescreve o texto lido, agora de acordo com suas experiências.

Portanto, educar supõe o conhecimento de conteúdos que facilitem a análise da história e suas idéias, bem como supõe a relação deles com o conhecimento da experiência. A consciência crítica aparece em todos os momentos do ensino-aprendizado.

Deste modo é que se promovem as descobertas, as investigações, as curiosidades, o ir além do que se sabe. É um conhecimento que se retroalimenta continuamente, inesgotável (teoria gnosiológica).

A atitude crítica sustenta a teoria e as práticas considerando valores de ambas. Enquanto crítica abre possibilidades de criação para outros modos de aprendizagem. Percebe-se que a teoria não guarda valor maior que a experiência. Uma precisa da outra para tornarem-se válidas. Assim sendo, a consciência teórica de algo, permanentemente assediada pela experiência mutável, não se vê compelida a manter-se íntegra e inalterável, nem, por via de consequência, a promover o continuísmo e o “status quo”.

Quando concebemos o conhecimento como crítico, a pedagogia necessariamente precisa ser política, uma vez que é dentro dessa visão que se pode analisar a história, seus modos de produção, suas culturas, suas relações de poder, com vistas as pessoas que vivenciam e usam (ou deixam de usar) os benefícios desse contexto. Um educador crítico e político tem um dever: o de lutar por um Estado democrático, pois nele poderá acontecer a realização da pedagogia crítica.

Discorrendo sobre a transitividade crítica como tese epistemológica em FREIRE ¹⁵, encontramos três características:

1. “o desenvolvimento e exercício da consciência crítica é produto de um trabalho educativo crítico;
2. a tarefa da educação como instrumento do processo de desenvolvimento da consciência, depende de duas atitudes básicas: crítica e diálogo;

-
3. a consciência crítica é típica de sociedades com uma verdadeira estrutura democrática” (GERHART ²⁰ p. 161).

6.1.2. EDUCAÇÃO POLÍTICA.

RICOEUR ⁴⁴ dirige-se à pessoas que são comprometidas com alguma ação eficaz, responsáveis por uma ação transformadora quer seja pela fala, pensamento, escrita ou qualquer outro meio eficaz. Entendemos que educar em saúde diz respeito a um papel de transformação de agentes sociais, capazes de serem livres para aceitar condutas, rejeitar práticas, criticar programas não condizentes com a saúde que escolherem . A tarefa de educar é uma tarefa de educador político.

Para conceituarmos Política, utilizamos a voz de RICOEUR ⁴⁴ que distingue três níveis onde deve atuar o educador político.

1. O nível dos utensílios diz respeito “a tudo o que deve ser considerado como acumulação de algo adquirido que passa a integrar todas as experiências que perdurem através dos rastros como os instrumentos, as tecnologias, os livros, etc.”. (RICOEUR ⁴⁴ p. 146) . Diz respeito às experiências humanas, tanto as materiais quanto as espirituais transformadas em obras. Elas revelam a existência do mundo humano nos seus vários aspectos morais, religiosos, conquistas científicas e tecnológicas.
2. O nível das instituições é o campo onde cada grupo revela sua história e onde os utensílios têm suas características particulares. As instituições aparecem como: a) reguladoras das relações entre os homens. É o modo que define a estática da sociedade (ex. o Direito); b) aparecem também na sua forma dinâmica onde se dá o “exercício da decisão e da força no nível da comunidade”. É o aspecto que diz respeito ao político, estrutura de poder, de mando e comando.

No nível dos utensílios, a dinâmica era criação, inovação, ligadas ao desenvolvimento científico. A dinâmica institucional é aquela que comanda as outras estruturas pela força do poder.

3. Quanto ao nível dos valores o autor diz entender valor não como conceito filosófico, abstrato. É o campo das “valorizações concretas, tais como podem ser apreendidas as atitudes dos homens com relação aos outros homens, no trabalho, relativamente à propriedade, ao poder, à experiência temporal, etc.”.(RICOEUR ⁴⁴ p. 150). Valores são expressões presentes na vida de um povo, tais como imagens, símbolos, utensílios, tecnologia, representando a valorização concreta dele. É a “substância de vida de um povo”.

Seria um erro acreditar que o educador deva se interessar pelo nível dos valores, unicamente. Esse que o faz possui uma concepção desencarnada e descompromissada. A tarefa do educador político deve estar presente nesses três níveis.

1. No plano dos utensílios. Os utensílios são criações que surgem a partir de conhecimentos de base científica. A razão fundamenta a tecnologia dos utensílios, planeja-os e os mantém para uma sociedade que os acolhe e os usa. Nesse nível o educador tem tarefa dupla: “primeiro, tornar visível a significação ética de toda escolha de aparência puramente econômica: em seguida, lutar pela construção de uma democracia econômica... . (Cabe) ao educador iniciar o cidadão ao exercício da escolha coletiva”. (RICOEUR ⁴⁴ p. 155).

Se a nossa sociedade é fruto de uma escolha coletiva, cabe a ela criar os instrumentos para que a decisão coletiva se sustente. Esse é um desafio, pois passar da liberdade individual para a decisão coletiva é algo que está por se fazer. Para que isso ocorra, deverá haver participação efetiva para que a escolha coletiva apareça nas decisões, atue e construa seus instrumentos, de tal forma que o controle não seja de uma minoria (partido ou tecnocratas) e exercido por pressão desses. O papel do educador não será só crítico, identificando as injustiças, as desigualdades, mas também o de preparar os homens para essa decisão coletiva. A questão moral que advém com a

responsabilidade da escolha compromete a todos. Para sustentar as decisões é preciso criar meios. O papel do educador é também o de ter uma tarefa construtiva da democracia.

2. Ao nível das instituições, exercitam-se os poderes e principalmente o político. Como se dá a relação entre essas escolhas de valores coletivos e o poder político? Existe uma responsabilidade nas escolhas coletivas que perpassa pelos valores universais (que se situam nos níveis teóricos) e pelos valores que são exercitados na prática (que se expressam onde interferem a temporalidade, a história). Essa história temporal em que os indivíduos se inserem contém as duas dimensões valorativas: a universal e a individual. As instituições devem fazer com que se concretize na prática a realização do valor dos indivíduos na sociedade. O trabalho do educador é o de resgatar a humanidade de cada homem no seu coletivo, apontando a importância do indivíduo dentro do seu grupo, e procurando fazer nas organizações o mesmo compromisso de valorização das pessoas. A importância do indivíduo, não pode estar subsumida na importância do coletivo, o que muitas vezes é feito dentro das esferas de poder.
3. Ao nível dos valores “só poderão sobreviver aqueles que dêem conta da responsabilidades do homem; que dêem um sentido à existência material, ao mundo técnico, de modo geral à história”. (RICOEUR ⁴⁴ p. 160)

O papel do educador político é o de fazer a integração entre o que é de valor tecnológico universal, para muitos, e o que nesse valor é considerado importante para cada grupo humano. O educador deverá sempre favorecer a leitura desses valores para dentro do grupo. Precisamos ser árbitros constantes para que a civilização com todos os seus requintes tecnológicos seja avaliada, e reconhecidamente entendida pelos grupos humanos.

O educador tem em mãos uma ampla gama de planos de atuação. Atua no indivíduo, na coletividade, na organização estrutural da sociedade, circula sobre a moral, a justiça, a política. A ação do educador político é relacionar esses planos através de conhecimentos estratégicos. Ousaremos encontrar no espaço individual e

coletivo meios que assegurem a construção da participação social, democrática e política, justificando, apesar da ousadia, o nosso objetivo.

6.1.3. COMUNICAÇÃO EMANCIPADORA

Para SIEBENEICHLER ⁴⁸, HABERMAS esclarece dificuldades de interpretação decorrentes do diálogo homem com o seu mundo. Identifica que:

1. O entendimento está sujeito à interpretação do ouvinte. Para tanto é necessário conhecer o contexto concreto do mundo e do autor;
2. “A compreensão do intérprete somente terá êxito se for possível pressupor um nexos racional existente entre ela, a compreensão do intérprete e o autor do texto interpretado”. (SIEBENEICHLER ⁴⁸ p 59-60) .

O nexos racional introduz um conceito que em HABERMAS é esclarecedor. A pretensão de validade é decisiva para o sucesso da interpretação. Somente ela fará o elo entre o autor, o dado comunicado e o ouvinte. Essa harmonia utópica não se traduz sempre em um acordo ou em “fusão de horizontes” racionais. Ao contrário, relativiza as ciências. “As ciências não são a verdade, mas simplesmente representantes de certas pretensões de validade, que têm de ser discutidas e resgatadas à luz de um consenso racional ideal” (SIEBENEICHLER ⁴⁸ p. 61).

O enfoque predominante é o entendimento realizado através de uma teoria que, aceita segundo critério pessoal do ouvinte, é tomada para si. O parâmetro da comunicação não é a palavra abstrata mas a refletida. Essa racionalidade é processual, que se faz pela participação histórica. Ela não é de ninguém, e não pode ser neutra. É uma racionalidade contextual, engajada no indivíduo que a utiliza.

O conhecimento adquire a importância do coletivo. Resgata-se o valor do sujeito, dele enquanto situado e contextualizado e do grupo ou coletividade ao qual

pertence. A comunicação emancipatória diz respeito a outros aspectos: morais, estéticos e de ação.

Esse conhecimento amplo de razão abarca o contexto vital, inserida na espontaneidade, esperança, emancipação.

“Trata-se de um conceito abrangente de razão que não se envergonha diante da auto-reflexão de seu nexos com o nível de desenvolvimento histórico dos sujeitos cognoscentes” (SIEBENEICHLER ⁴⁸ p. 65).

Percebe-se a ruptura com o paradigma da razão purista, do sujeito isolado. A linguagem comunicativa, a fala, é que assegura a passagem compreensível entre as pessoas. Ao mesmo tempo que existe a pluralidade, a razão comunicativa faz a unidade. O conjunto, as diferenças, estão assegurados dentro da importância do homem no seu mundo vivencial.

Para nosso estudo é importante a distinção que SIEBENEICHLER ⁴⁸ coloca em HABERMAS sobre ação social. Distingue:

1. Agir instrumental orientado “por regras técnicas decorrentes de um saber empírico...(em que) implicam prognoses condicionadas sobre conhecimentos físicos ou sociais observáveis”. Esse agir trabalha com o método de análise e leva a proposições corretas ou falsas, através de regras de máxima gerais;
2. Agir comunicativo “é uma interação mediada simbolicamente, orientada através de normas que valem obrigatoriamente, que definem expectativas recíprocas e aceitas por pelo menos dois sujeitos. Enquanto que a validade de estratégias e regras técnicas depende da validade de enunciados analiticamente corretos e empiricamente verdadeiros, a validade de normas sociais fundamenta-se exclusivamente na intersubjetividade do entendimento que se estabelece acerca de intenções...” (SIEBENEICHLER ⁴⁸ p. 74)

Essa ação alimenta a razão processual, porque envolve as diferenças do mundo vital e abre possibilidades para a construção de uma prática consistente. A

Educação em Saúde, especialmente as Oficinas de Territorialização possuem uma atividade rica e extensa no âmbito das questões sociais e históricas, inclusive na sua concepção metodológica, sentindo-se a vontade para contribuir na construção da razão processual dos problemas brasileiros em saúde.

O interesse em emancipação deve-se a ação que conjuga teoria e prática livre e emancipada. Para o autor referenciado as ações, nesse sentido, apontam para:

1. O interesse técnico que visa apropriação da natureza e a libertação do homem em relação ao “poder incontrolável dessa natureza”;
2. O interesse prático que visa o entendimento dos homens entre si, o sentido de sua existência, sua posição na história;
3. O interesse emancipatório visa a libertação de forças tirânicas culturais e políticas, transmitidas de forma ingênua.

Essas intenções transparecem no trabalho social e precisam ser asseguradas pelo ato reflexivo dos sujeitos envolvidos. “... Parto do pressuposto que as outras formas de ação social, como por exemplo, a luta, a concorrência, o comportamento estratégico em geral, são derivados do agir voltado ao entendimento.” (SIEBENEICHLER ⁴⁸ p. 88).

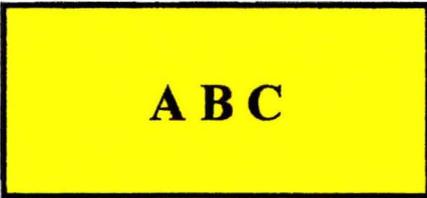
6.2. OUTROS INSTRUMENTOS CONCEITUAIS NA PRÁTICA EDUCATIVA.

6.2.1. INTERDISCIPLINARIDADE

Acredita-se que FREIRE propõe, em todo seu pensamento, uma teoria educacional para superar da opressão político-social da história do Brasil em seus momentos (os mais freqüentes) ditatoriais. Um Brasil onde ainda vemos o culto ao “ser menos das camadas populares entendido como desígnio divino ou sina (sem considerar) a determinação do contexto econômico-político-ideológico da sociedade em que vivemos”. (FREIRE ¹² p. 37).

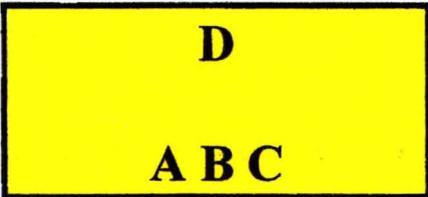
Para GADOTTI ¹⁷ (p. 102), o trabalho de FREIRE alimenta a interdisciplinariedade, que não se restringe ao momento pedagógico. “O objetivo fundamental da interdisciplinariedade é experimentar a vivência de uma realidade global...”. Ela transborda do ato pedagógico para as relações e organização do trabalho entre instituições, serviços e comunidade. Isso é decorrência da divisão equilibrada do poder.

Tratando dessas relações ALMEIDA FILHO ¹ a seu modo, explicita conceitos que são fundamentais para a prática educativa e ao mesmo tempo, polêmicos. Diz o autor: “multidisciplinaridade é um conjunto de disciplinas que simultaneamente tratam de uma dada questão, problema ou assunto... sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico e científico”. (ALMEIDA FILHO ¹ p. 11). Entendida assim na multidisciplinaridade não existe cooperação sistemática entre as disciplinas que se intercambiam.



A B C

“Interdisciplinaridade implica uma axiomática comum a um grupo de disciplinas... cujas relações são definidas a partir de um nível hierárquico superior ocupado por uma delas”. Verifica-se uma tendência a horizontalização das relações de poder, existindo um trabalho comum em bases de valores e princípios decodificados pelos participantes. Há uma aprendizagem por parte de todos os envolvidos.



D

A B C

Tudo indica que ciências e filosofia trocarão ambições e respostas, e quem sabe aí está mais uma possível abertura para que as razões caminhem sempre na segurança dos encontros com os homens, com a sua realidade vivencial e o seu conhecimento.

A ação interdisciplinar confronta-se com a questão do poder. Na Educação em Saúde ela aponta para o modelo de assistência à saúde (o poder de algumas áreas, de alguns profissionais, da estrutura verticalizada) e para as práticas (reproduções desse poder nas atividades educativas). WESTPHAL ⁵⁷ em tese de doutoramento, observa que o educador em Saúde precisa estar atento a questão do poder quando trabalha participativamente com a população. Existem dois riscos: o primeiro é entender a participação da população só no momento da execução dos projetos e não nas outras instâncias; segundo, quando os projetos são endereçados para ações pontuais de assistência médica. Não há construção efetiva de participação entre a comunidade e servidores e igualmente a distribuição e responsabilidades e poderes. Diz a autora que qualquer atividade em Educação em Saúde com a comunidade define sua efetividade de acordo com as relações de poder e suas representações.

Como a Educação em Saúde pode investir contra um modelo hegemônico de poder? A educação política, emancipadora, crítica oferece subsídios e revelam a importância (embora relativa) do pensamento pedagógico na mudança de valores. (TORRES ⁵²)

6.2.2. AS OFICINAS

O conceito Oficina tem sido utilizado em diversas disciplinas, e com diferentes abordagens. Genericamente, indica um trabalho grupal onde se faz algo para ser utilizado. “Trata-se de uma forma de ensinar e sobretudo de aprender, mediante a realização de 'algo', que se leva a cabo conjuntamente.” (ANDER-EGG ³ p.10). O aspecto substancial, essencialmente pedagógico nas Oficinas, está em ela possibilitar um “aprender fazendo”. O autor lista oito pressupostos pedagógicos para situarmos as Oficinas enquanto ação educativa:

1. um aprender-fazendo;
2. uma pedagogia participativa;
3. uma pedagogia da pergunta, contrapondo-se a da resposta dada, própria da educação tradicional;
4. um treinamento para um trabalho interdisciplinar e sob enfoque sistêmico;
5. a relação docente/aluno fica estabelecida na realização de uma tarefa comum;
6. caráter globalizante e integrador da sua prática pedagógica;
7. um trabalho grupal e o uso de técnicas adequadas;
8. um só processo com três instâncias: a docência, a investigação e a prática.

O aprender fazendo implica resgatar a vida concreta, cotidiana do conhecimento. Promove uma visão unificadora da teoria e da prática em que os acontecimentos, métodos, técnicas e habilidades conjugam em um processo de ação/reflexão.

Dentro desse pressuposto, a visão tradicional de aprender muda para aprender a aprender. A visão de ciência objetiva cede lugar para uma atitude científica de deter-se frente às coisas, interrogando-as, buscando respostas, sem acomodar-se com as certezas absolutas. Substancialmente, estamos falando da promoção do ato propriamente investigativo da ciência que é perguntar-se, admirar-se, incomodar-se. Os participantes das Oficinas descobrem que possuem a capacidade do pensador, do cientista e do filósofo. O cerne desse trabalho parece estar na descoberta conjunta da realidade: o papel do técnico não se sobrepõe ao dos participantes.

O autor menciona algumas dificuldades para a realização de um bom trabalho em Oficinas tanto do lado dos participantes quanto do lado dos técnicos. É conhecida a valorização do conhecimento fragmentado e especializado. Porém, a realidade não se apresenta senão de um modo globalizante, totalizante. O conhecimento para as Oficinas deve ser aquele que integra a totalidade multifária da realidade.

Igualmente conhecido é o predomínio do conhecimento pedagógico vertical, vindo a teoria exercer uma força dominadora que controla a realidade à qual

se dirige. Estranha e complexa forma de conceituar o conhecimento, alçando-o a uma certeza imunizada contra o fluxo das interferências cotidianas e singulares. O exercício da pedagogia nas Oficinas estabelece uma relação horizontal entre os atores sociais do conhecimento. Promove um conhecimento intercambiado, por isso aberto a mudanças, no qual os atores saboreiam (o saber é um gosto) um ambiente de troca igualitária, onde o conhecimento científico e o conhecimento comum passam pelo crivo da reflexão crítica.

É fácil perceber as dificuldades na prática das Oficinas quando estamos presos a propósitos de uma ciência que não avoca para si os pressupostos desse modelo.

ANDER-EGG³ menciona o perigo do entendimento da multidisciplinaridade quando se elege uma especialização para interpretar e orientar o trabalho, ao invés de considerar que tal composição não privilegia uma visão teórica, mas propõe reorientar o conhecimento para a multiplicidade tal qual a do mundo concreto.

O trabalho grupal também pode ser um problema para quem foi formado a discursar e ouvir sua própria voz. Como se amoldar a uma prática pedagógica participativa? Tanto aluno-participante como professor-técnico deverão adequar-se à nova realidade para que haja de fato uma co-gestão de conhecimentos.

Não é fácil realizar Oficinas; parece mais fácil concebê-las. O que, atesta a coerência interna de nosso trabalho. Como fazer com que sejam as Oficinas bem fundamentadas, dentro de critérios impermeáveis às tentações racionais da ciência tradicional? Quais são os instrumentos adequados nesse trabalho que se referem a uma técnica científica?

Vejamos o que o autor afirma. Primeiro, o método de investigação que as Oficinas possuem é o que aborda a realidade com um enfoque holístico. Como forma de pensar, procura entender as interações ou inter-relações dos problemas como apoiadas permanentemente em diversos campos de intervenção. Como metodologia

elabora planos e estratégias servindo-se do desenho; é a metodologia do desenho. Como marco referencial, busca em diferentes ciências e disciplinas uma forma de abordagem comum.

A estrutura organizativa das Oficinas deve pressupor:

- Uma equipe integrando várias especialidades;
- Uma estrutura funcional, i.é, equipamentos, materiais e local possam ser flexíveis e adequados à construção do projeto comum.
- A equipe deverá ser responsável por entender tal projeto na sua interdisciplinaridade.
- Os participantes/alunos/população deverão construir passo a passo junto à equipe os novos descobrimentos do processo, até atingir os objetivos.

Tanto a equipe quanto os participantes, diferentemente das modalidades clássicas de ensino-aprendizagem, devem estar atentos a novas estratégias de descobrir o dado, suas ligações, limites e transferências. Essa é uma nova maneira de se trabalhar e pode ocasionar angústia, dispersão, sensação de perda de tempo e de uma metodologia não resolutiva. Todavia, pode-se também entender que essa forma de agir pedagógico se traduz numa proposta investigativa, reflexiva, crítica, que é capaz de problematizar o senso comum, reconstruindo-o dentro do conhecimento organizado.

A estratégia pedagógica das Oficinas confirma a preocupação com a fundamentação científica acima. Primeiro, porque é uma pedagogia centrada em objetivos e não em programas. Segundo, porque se apóia na troca de conhecimentos dos profissionais com os participantes. É um conhecimento refletido, não é dado. (Pedagogia do aprender a aprender). Terceiro porque procura solucionar problemas reais, considerando os conhecimentos, habilidades e capacidades do grupo em resolvê-los. Quarto, porque trabalha dialeticamente teoria e prática. É uma teoria que se preocupa com a prática e a torna ela mesma factível.

6.2.3. CORPOREIDADE

A relação entre o mundo concreto e a corporeidade deve considerar o movimento instável da história e de seus atores. O debruçar-se sobre esse contexto histórico, concreto, revela uma dinâmica instável das relações sociais e históricas, entre os fatos, objetos e agentes sociais. O olhar educativo para tal realidade sugere para uma pedagogia da não universalização dos valores. A pedagogia aqui inclui os excluídos por serem estes os diferentes (não são os homogeneizados). É uma pedagogia para a qual educar é integrar criticamente os valores dos homens na suas vidas, promovendo o debate entre os sujeitos, acontecimento que se repete cotidianamente porém muitas vezes, pouco reconhecido. Para efeito de argumentação, a pedagogia é por nós tida como “a ciência normativa da educação” (LALANDE ³²). É um instrumento a serviço da educação, preliminarmente estabelecida.

GIROUX ²³ nos chama atenção para o que identifica como pedagogia da “percepção imaculada”. É aquela que não toca a realidade, “aquela que representa uma abordagem da aprendizagem que não apenas sanciona as categorias dominantes de conhecimento e valores, mas também reforça uma abordagem teórica e não dialética da estrutura de nossa percepção do mundo”. (GIROUX ²¹ p. 97).

O autor escreve que existem pelo menos duas dimensões relevantes para o pensamento crítico. Uma é o relacionamento entre teorias e fatos. Outra é o conhecimento estar associado a normas e valores humanos. Isso significa que pensar criticamente é trazer à reflexão a vida, os fatos e os valores de tal forma que a orientação prática da vida é assegurada pela ligação que existe entre pensar e agir.

A crítica é um instrumento lógico que ajuda a processar o conhecimento em direção ao conjunto de idéias e práticas os quais sofrem constantes validações umas das outras, respondendo assim a realidade. A abordagem crítica convalida o território da educação abrindo sempre possibilidades para o pensamento aderir a novos dados, e, por isso, rejeitando ortodoxias conceituais.

A reflexão crítica tem um endereçamento claro: chegar a um debate interior sobre qual o papel que cabe a cada um desempenhar nesse espaço-território. Vemos, então, que caminhamos para uma consciência individual do estar - no - mundo. Por outro lado, essa consciência só se verifica quando aceita, fica aberta, reconhece as suas relações.

ASSMANN⁴ (p. 18) faz uma abordagem importante sobre a qualidade do sistema educacional atual. Procura mostrar como os EUA encaminham as reformas educacionais, baseadas em objetivos assustadores, pondo a educação a serviço do modelo político produtivo. Sublinha algumas metas da reforma americana:

1. recuperar o atraso, mormente no que se refere ao preparo científico-técnico;
2. ter os olhos permanentemente fixos numa estratégia de 'excelência' e eficiência (pedagogia dos resultados);
3. vincular, o mais estreitamente possível, na teoria e na prática, a formação escolar em todos os níveis, com formas específicas de produtividade;
4. fixar variáveis e indicadores efetivamente verificáveis (leia-se: quantificáveis) na avaliação;
5. inscrever todo ensino num 'clima de valores' propícios para o incremento da 'excelência'.

O modelo visado coloca a educação como um instrumento a serviço da política e não cria condições para que nele o indivíduo tenha espaço privilegiado para escolher e participar da sociedade. A educação tem sentido funcional e instrumental, qualidades que não a desprestigiam. A busca pelos resultados, pela praticidade, objetivando a eficiência não é de todo discutível. Cumpre, entretanto, identificar o corpo de idéias que orientam e fundamentam esse modelo.

Se fossem remetidas à Educação em Saúde, as características apresentadas na proposta americana identificariam um atendimento em saúde do tipo

assistencial/médico. Não haveria espaço para uma educação formativa e crítica da pessoa, a fim de que ela assumisse a sua saúde.

Qual seria o parâmetro que nortearia o novo modelo educacional? Onde encontrariam o referencial para não vacilarmos nesse discurso inovador? Qual seria a base de que não nos desviaríamos? Para ASSMANN ⁴ (p. 107) é a Corporeidade. Esclarece o seguinte:

- “Corporeidade (é entendida como) bio-social, ou seja, sócio-economicamente inserida num contexto determinado;
- (é) conceito (de) tudo aquilo que faz dos seres humanos “seres-com-necessidades”; mas também “seres-com-desejos” e - dentro de certos pressupostos e limites - “seres-com-aspirações solidárias”.

Entendemos que a corporeidade é culturalmente definida (CHAMMÉ ⁹). A interpretação do que é corpo, corpo ideal, corpo saudável é uma construção a partir de representações num determinado tempo, cultura, região. É a história que modela e pode indicar que tipo de saúde e qual o tipo de corpo que mantenho ou procuro. É importante buscar junto aos indivíduos qual é essa definição de corporeidade. Junto com ela aparecem comportamentos de saúde entendidos a partir desse conhecimento. Em outras palavras, o homem aprende sobre saúde a partir dos delineamentos de sua particular história.

Para o educador é importante perceber quais são esses conhecimentos regionais da cultura, como identificar aquele conceito de saúde que se revela nos seus atos educativos. Tais conhecimentos serão, quem sabe, os constituintes de um novo repensar sobre saúde naquele indivíduo. Qual a distância entre um modelo de saúde de uma e outra pessoa? Qual a distância entre o meu conceito de corpo e o conceito de corpo que o outro tem? De qualquer maneira todos possuímos as nossas representações sobre a corporeidade.

Não raro, ausência de resposta da população ao nosso trabalho educativo deve-se à falta de sintonia, de identificação cultural entre os dois pólos envolvidos. O impacto dos novos conceitos pode ser uma medida interessante para identificar a empatia entre os simbolismos e representações dos comunicantes e do comunicador.

A distância entre o paciente e o profissional da saúde é maior na medida em que várias representações entram em cena: roupa branca; palavras difíceis; salas isoladas; atendimento individual; letras complicadas nos receituários; exames incompreensíveis; cuidados jamais possíveis de serem praticados, etc.

A aproximação comunicativa do educador não pode negligenciar a visão cultural da outra pessoa, paciente ou não, sob pena de realizar o discurso inocente e ineficaz. A força das representações culturais, vale lembrar é muito maior que o discurso que vem de fora. As justificativas para os costumes não são necessariamente racionais; eles são consolidados através de anos de repetição por várias gerações.

CHAMMÉ⁹ aponta para um aspecto educativo relevante. O convívio de participantes de uma mesma simbologia facilita o processo de aprendizagem, pela sintonia de comportamentos e falas. Em tais grupos, ocorre mais facilmente a reinterpretação da qual muitas vezes o educador não consegue explicitar. Por outro lado, vive-se igualmente o risco do próprio grupo se auto-influenciar pelo senso comum do seu saber, arrumando estratégias para derrubar (em grupo) os conceitos científicos e saudáveis em discussão. Um bom exemplo são os momentos em que o grupo discute a adesão aos medicamentos. Parece que há um consenso entre os participantes relatar justificativas (geralmente hábitos de comportamentos) comuns a todos. Contrapondo-se às orientações dadas para a eficácia do tratamento a dificuldade é importante, pois mostra o peso da cultura e o valor do senso comum.

O conhecimento construído dentro de um trabalho participativo é muito mais real e sólido. Aquilo que é questionado e refletido tem maiores chances de ser incorporado. Esse conhecimento que é formulado abrangendo o cotidiano, não deixa de fora costumes muitas vezes irrefletidos. O conhecimento que se formula resgatando o

cotidiano é, assim verdadeiro, entendendo-se por verdadeiro aquele conhecimento que se vivencia. Associando-se com a vida, esses conhecimentos promovem diálogos constantes, pois está concretamente presente na experiência.

As simbologias presentes no ato educativo mereceriam um estudo à parte, em função de sua profunda importância. A leitura das artes, a leituras das expressões corporais, da dança, das religiões etc. vai além do que o conceito, (entendido enquanto não referenciado na ação, na experiência vivida) hoje alcança. “Ler o mundo é um ato anterior a leitura da palavra”.(FREIRE ¹⁶ p. 79). Esse autor refere-se a inconsistência da teoria isolada da práxis.

As Oficinas de Territorialização em Saúde perseguem e concretizam em inúmeros tópicos as colocações de ASSMANN ⁴, CHAMMÉ ⁹, FREIRE ¹⁶, como, por exemplo:

1. desencadeiam um envolvimento solidário, que permeia todo o processo num trabalho de diversos agentes;
2. seu conceito fundamental (Territorialização) apóia-se num corpo-social;
3. incentivam a consciência histórica e crítica dos indivíduos, a caminho da criação coletiva;
4. declaram o rompimento paulatino com um modelo de atenção à saúde que não considera as necessidades dos envolvidos;
5. acolhem uma corporeidade que inclui educando e educadores;
6. aceitam as diferenças dentro da heterogeneidade.

7. ABORDAGENS CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS DAS OFICINAS DE TERRITORIALIZAÇÃO IMPORTANTES PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

7.1. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

O enfoque estratégico em Saúde aparece na década de 70 como questionamento ao modelo normativo de planejamento. Para URIBE RIVERA ⁵⁶ o planejamento normativo exhibe concentração de poder, não partilhado nem validado pelo senso popular. O autor questiona o enfoque reducionista economicista do planejamento normativo que abandona o princípio de totalidade que caracteriza a história social. Desconsidera outros fatos da realidade, que não os econômicos e políticos. Desconsidera igualmente os aspectos qualitativos que se manifestam no social. “A norma é definida como a situação de equilíbrio terminal, da máxima racionalidade (noção de otimização) que se pretende impor à realidade” (URIBE RIVERA ⁵⁶ p. 155).

O planejamento normativo pretende controlar a realidade histórica a partir de normas. Possui uma racionalidade dualista: considera os dados (como a matéria) e os que os pensam (como a forma); separa o sujeito em objeto de estudo e análise; coloca valor no pensamento e não na práxis; considera a construção do conhecimento por modelos e não por uma razão processual.

Segundo URIBE RIVERA ⁵⁶ encontramos no enfoque normativo as seguintes características:

- supõe um objeto e sujeito independentes; sujeito controla a realidade;
- procura a verdade objetiva, “científica”;
- a realidade social é objeto do modelo das ciências naturais e biológicas;
- a única norma possível é a econômica;
- como é controladora, admite uma única trajetória, com “final fechado”.

Contra esse enfoque, aparece o modelo estratégico com as seguintes características:

- O sujeito que planeja está inserido na realidade histórica;
- Aceita a interpretação e diagnóstico de outros atores sociais;
- Admite outros planos de intervenções na realidade e não só o econômico/político;
- Trabalha com sistemas de “final aberto”.

Estratégia para TESTA ⁵⁰ (p. 60) é a “forma de implementação de uma política”. Na América Latina o pensamento estratégico encontra na pessoa de MATUS ³⁵ um colaborador e sistematizador no que ele próprio chamou de Planejamento Situacional. TELXEIRA ⁴⁹ (p. 9), mencionando Matus diz, “situação é a explicação da realidade que uma força social realiza em função de sua ação e da luta com outras forças sociais.” O conceito de planejamento situacional aponta para algumas características:

- envolve todos na ação, os que pensam e planejam;
- a ação não se faz com o planejador a distância; ele é ator envolvido na ação;
- ao mesmo tempo que o planejador planeja, ele terá sucesso na medida em que sua ação responder ao seu ponto de vista colocado enquanto ator. Dessa forma o planejamento é uma explicação às intenções do próprio autor que para ter uma boa resposta, empenha-se com vontade e firmeza; é uma explicação dinâmica (porque capta a realidade como um processo) e totalizante (abrange várias dimensões da realidade). Por isso é uma explicação tanto para um micro setor quanto um macro problema .

Do ponto de vista metodológico o planejamento estratégico abre um enorme campo de possibilidades a cada especialista ou especialidade. A situação de saúde da população é analisada através de um conjunto de procedimentos específicos dirigidos para a organização de coleta, processamento, discussão e análise de informação, fornecendo um perfil da situação real. Identifica-se na população critérios

demográficos, epidemiológicos, sócio-econômicos, procurando priorizar, selecionar e resolver os problemas de saúde. Esse momento é especialmente rico porque encontra de um lado os conceitos e as representações da população, e de outro, o setor de apoio técnico. Os dois lados, população e técnicos, compartilham conhecimentos, assegurando o sucesso do planejamento. É também o momento “essencialmente pedagógico”, da comunicação e do entendimento (diagnóstico situacional).

TESTA ⁵⁰ diz que o diagnóstico é caracterizado dentro dos propósitos que lhes dão origem. Aquilo que norteia, fundamenta e dá valor ao trabalho do planejamento é que delineará as soluções dos problemas. Para o diagnóstico situacional tanto é importante o levantamento quantitativo (dados epidemiológicos, números, habitantes, casas, etc.), como a força qualitativa deles. Estão presentes os motivos econômicos, políticos e também os sociais que face a face, não se conciliam harmonicamente, principalmente no caso da saúde.

Esse momento metodológico encontra dificuldades também a nível do poder em razão dos motivos econômicos e políticos envolvidos. No pensamento estratégico o poder é partilhado pelas instâncias gerenciadoras e as envolvidas no diagnóstico, ou seja a população local. Confrontar poderes e orçamentos faz da metodologia uma técnica pedagógica importante. Refletir, retomar a História, fazer os elos de condições e causas, pesquisar os motivos que levaram os homens a agirem, abarcar a realidade maior através do conhecimento dos fatos sociais, dão significados educacionais à metodologia.

MATUS ³⁵ nos mostra que existem dificuldades na aceitação de trabalhos nos moldes estratégicos. Buscar um processo interativo entre o desenho do modelo de planejamento antecessor e o atual é o que o autor chama de “coração” do momento estratégico. URIBE RIVERA ⁵⁶ afirma que deve-se transcender a visão normativa. para que o planejamento estratégico se realize. Esse ir além do que está posto, faz do planejamento estratégico um campo novo a ser explorado que admite possibilidades metodológicas e estimula pensamentos inovadores.

O modelo normativo não permite compreender como são geradas e como se relacionam as estruturas sociais locais. O pensamento estratégico constrói-se na noção de situação (“lugar social onde está o ator e a ação”), que assegura a possibilidade de entendimento dos objetivos de cada ator social, das relações entre eles, dos fatos (políticos, econômicos e sociais) que permeiam suas atividades, e, do contexto de forças sociais oponentes que também se expressam conflituosamente no local.

O planejamento estratégico apareceu, para nós brasileiros num momento em que se questionava a visão histórico-político do poder. Todavia o modelo de planejamento estratégico trabalhava dentro de uma teoria da ação social (MATUS ³⁵) mas que não era domínio dos especialistas da área da Administração da Saúde.

7.2. TERRITORIALIZAÇÃO

A Reforma Sanitária prenosticava entre outras coisas a descentralização e a unificação através da implantação dos Distritos Sanitários ou Sistemas Locais de Saúde. Esta lógica de organização desenvolve planejamentos e metodologias instrumentalizando a prática gerencial. O modelo de planejamento estratégico situacional constituiu desafio na medida em que “as formulações teórico-metodológicas do enfoque situacional não foram elaboradas com base na saúde senão que com base numa teoria de ação social... que não são do domínio dos especialistas na área de Administração de Saúde”. (TEIXEIRA ⁴⁹ p.6).

UNGLERT ⁵³ ⁵⁴ ⁵⁵ constrói um modelo metodológico de operacionalização do planejamento estratégico em Saúde, chamado de Territorialização. Para a concepção topográfica-burocrática do Distrito Sanitário a noção de território diz respeito a delimitação geográfica de uma determinada área. Enquanto espaço dinâmico, político-social entende uma situação de saúde entre as relações sociais, econômicas e políticas e as experiências práticas e conceitos de saúde que essa população do território expressa.

Para UNGLERT ⁵⁵ (p.7), Territorialização é “um processo de apropriação do espaço por distintos atores sociais, sendo que esse espaço representa muito mais que uma superfície geográfica, tendo ainda um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção”.

A Territorialização tem por primeiro motivo ser instrumento de apoio a concretização da Reforma Sanitária. Vem sido trabalhada dentro da política de Distritos Sanitários ou Sistemas Locais de Saúde, compondo em todo o Brasil com uma política interessada em construir um sistema de saúde compatível com as necessidades da população. Percebe-se que afluem conceitos e palavras-chaves como construção da saúde por seus atores, participação política na comunidade, tradução da realidade científica conforme interesse dos atores locais, entendimento e construção da pessoa, importância da coletividade, construção flexível e permanente da história; assim, à luz do novo paradigma entende-se a Territorialização um espaço adequado para o trabalho da Educação em Saúde que associa-se a processar uma prática tendo por meta a edificação da pessoa.

Acreditando na transformação do sistema de Saúde, e mais, na substituição do modelo conceitual que o sustenta, a Territorialização nesse sentido aparece como possibilidade de construção de um novo homem saudável, de um novo território da saúde, de uma nova demarcação da vida saudável.

É objetivo da citada autora entender o espaço-território como um conjunto não homogêneo, onde convivem desigualdades de vários tipos, as estruturais e as individuais.

Um território nunca é dado se não for conhecido. Como tudo, os fenômenos existem porque o sujeito os pensa. Assim é que SANTOS ⁴⁶ concebe o “espaço como formas mais a vida que os anima “, e ainda como, “um sistema de valores que se transforma permanentemente”, e também, “espaço é sempre um Presente, uma construção horizontal, uma situação única”.

Logo, o território em si, como conceito-fenômeno, é também construído. Esse saber é feito de modo metodologicamente analítico, do mais abrangente para o mais simples, do histórico total para o situacional. Isso não quer dizer que UNGLERT⁵³ compactue com uma didática compartimentalizada e estanque. Ela afirma que persegue uma proposta metodológica que trabalhe os espaços consecutivamente.

Estabelece que esses espaços a serem trabalhados são: Distrito Sanitário, área de abrangência, micro-área de risco, domicílio. No cronograma de atividades proposto para as Oficinas de trabalho sobre Territorialização em Saúde, segue-se a mesma distribuição: bases conceituais, área de influência e abrangência, reconhecimento local e proposta de trabalho. Existe uma dinâmica metodológica entre os conceitos gerais e as experiências locais.

Essa base territorial enfatiza valores como acessibilidade e equidade, tocando os campos da justiça e da democracia. A acessibilidade e a equidade em Saúde estão no nível de justiça, porque buscam alargar as possibilidades de saúde para a população. Para UNGLERT⁵⁴ (p. 36) busca-se equidade no “reconhecimento de ações de Saúde específicas, direcionadas aos distintos grupos de risco. A diversidade de ações propostas para as distintas realidades poderá estar gerando um sistema mais eqüitativo”.

Tanto nas questões de acesso quanto nas de equidade considera-se importante o conjunto das diferenças culturais e educacionais como sinalizadoras do modo de agir e pensar sobre a saúde e seus condicionantes.

Na Territorialização, enquanto planejamento estratégico, o compromisso da teoria com a participação ativa da comunidade local, é consolidada a partir da validação da ação prática.

Descobrir a área de abrangência e o território da Saúde faz o cenário pedagógico traduzir-se na história das pessoas e no descobrimento das identidades individuais e coletivas. O reconhecimento dessa participação involuntária e sem ciência é um grande filão a ser explorado no processo pedagógico. Ele é rico em determinantes

culturais, místicos, míticos, hábitos, simbologias, muitas vezes inconscientes ou pouco refletidos. Pode-se desenvolver uma análise a respeito do conjunto social a que se pertence e do compromisso entre as pessoas, das desigualdades, diferenças e lógicas de exclusão.

O caminho para realizar a Territorialização é o Planejamento Ascendente, “entendido como um processo de construção do Sistema Único de saúde, baseado em distintas realidades locais, onde atores sociais se transformam em autores de um processo, no qual se dá a apropriação do território numa lógica voltada à Saúde” (UNGLERT ⁵³ p. 225).

Há uma enorme identificação entre os propósitos da Educação em Saúde e essa definição. Se ousássemos definir Educação em Saúde, diríamos que é a ciência que possui conteúdos e desenvolve metodologias próprias com fim de possibilitar a reflexão e a crítica do homem sobre si mesmo e a realidade, para que decida aderir ou rejeitar as idéias e as práticas sobre saúde.

Ser autor de si mesmo é ponto básico de sintonia entre Educação em Saúde e a Territorialização. Para desencadear o processo a autora usa como metodologia as Oficinas de trabalho, modelo pedagógico participativo voltado para uma prática.

A Oficina de Territorialização trabalha com alguns pressupostos:

1. participação de representantes de três instâncias: da população (comunidade); de funcionários da saúde (serviços); do nível central (político-administrativo). A composição desses participantes é flexível e depende de cada realidade local. Pode acontecer que os representantes da população sejam de associação de bairro, professores ou de comunidades negras. O mesmo pode ocorrer quanto a funcionários. Esse intercâmbio de vários participantes com vidas diversas promove o conhecimento analógico na medida em que, a troca de vivências compartilhadas, faz o conhecimento ser construído em bases ricas da experiência concreta. Esse caráter de

participação de várias instâncias parece estar adequado ao entendimento de ALMEIDA FILHO ¹ como um trabalho transdisciplinar onde a comunicação se faz entre agentes e não entre disciplinas. Para UNGLERT ⁵⁵ (p. 8) a participação “possibilita uma interessante integração entre os membros da equipe e a população, pois geralmente são os servidores de nível não universitário os que melhor conhecem a área, a população e seus problemas, o que reforça a importância da participação de toda a equipe”.

2. formular e formalizar um projeto de ação. Cada Oficina tem por incumbência formular um projeto que será o início de um amplo trabalho. O relatório final é o conjunto das propostas de todos os participantes, que de uma forma sucinta representa uma aliança entre os participantes e as entidades políticas do local, distribuindo atividades e responsabilidades. No relatório de Vila Varela vimos que:
 - 1) a comunidade está consciente do seu papel e dispõe-se a trabalhar em conjunto para resolvê-los.
 - 2) a oficina não é um treinamento mas uma práxis, no modelo freireano de pensar e agir.
 - 3) a composição mista garante o início do envolvimento e compromisso de várias instâncias.
 - 4) se inicia a visão educativa da promoção à Saúde como consequência de vida digna.

A Oficina de Territorialização é um dos momentos importantes do processo de formulação das diretrizes estratégicas para um Distrito Sanitário saudável. Do ponto de vista educativo é o início de um longo crescimento das pessoas participantes. Sabe-se que três ou quatro dias de Oficina não são insuficientes para que a reflexão faça um homem novo. O grande mérito educacional está em dignificar as idéias do povo e funcionários com a participação ofertada. É dar valor ao autor-participante do Planejamento Ascendente. É o início de toda atividade pedagógica (corporeidade como eixo norteador).

3. espaço-território local é uma totalidade. SANTOS ⁴⁶ (p.86) designa a noção de espaço como um conjunto de ações humanas materiais animado de dinamismo e funcionalidade. “Os movimentos da sociedade, atribuindo novas funções às formas geográficas, transformam a organização do espaço, criam novas situações de equilíbrio e ao mesmo tempo novos pontos de partida para um novo movimento”.

Esse dinamismo dialético presente no espaço social, movimenta-se em possibilidades. Essas, concretizadas, vão integrando a totalidade maior (o espaço geográfico aumenta). Fica claro na delimitação de áreas de influência e abrangência como se constituem os espaços, dentro da flexibilidade social. Os entraves das barreiras geográficas e culturais, ao se mostrarem como limites, mostram-se também como forças estimuladoras de novos acessos. A força dos espaços humanos supera barreiras, e encontra outros espaços que os sustentem. Na vida prática, o povo ao encontrar dificuldades organiza-se de forma inteligente e resolutiva.

A racionalidade do espaço-território valoriza o senso comum presente nas pessoas. Como diz UNGLERT ⁵⁵, a comunidade é inteligente e busca resoluções de formas próprias que o seu conhecimento voltado para a prática, lhe orienta. Esse valor do conhecimento do senso comum deve ser o mesmo que a ciência perseguirá na medida em que procura resolver com eficiência seus objetivos e metas. Essa racionalidade não se põe a serviço da técnica, da economia, da política, das instituições. Tem uma finalidade em si mesma ou seja, na ação que humaniza. No Planejamento Ascendente não existe a lógica da comunidade, do profissional, do universitário. Pretende-se que a lógica maior seja a que dignifique o homem, o autor de si próprio. O eixo central dessa razão é nova visão de Homem que o novo paradigma sugere.

Nesse enfoque considera-se as diferenças de experiências e teorias. A procura dessa harmônica diversidade é um ponto importante dentro da racionalidade do paradigma emergente. Uma racionalidade inovadora encontra problemas junto ao pensamento do paradigma anterior. A lógica do planejamento ascendente procura ultrapassar pensamentos historicamente e cientificamente consolidados, sem eliminar a racionalidade científica ou destruir as pessoas.

No trabalho de base como o das Oficinas de Territorialização encontra-se conflitos semelhantes. O modelo antigo trabalha com projetos e programas diferentes quanto a concepção do pensamento emergente. Porém é possível compor um trabalho novo junto a programas preexistentes.

“Não identificamos concretamente a existência de conflitos entre a lógica de implantação de distritos sanitários com os objetivos dos programas de saúde. A implementação da lógica da vigilância à saúde só pode enriquecer a aplicação de determinadas ações, quando necessárias “ (UNGLERT ⁵⁵ p. 9).

7.3. CONCEPÇÃO METODOLÓGICA

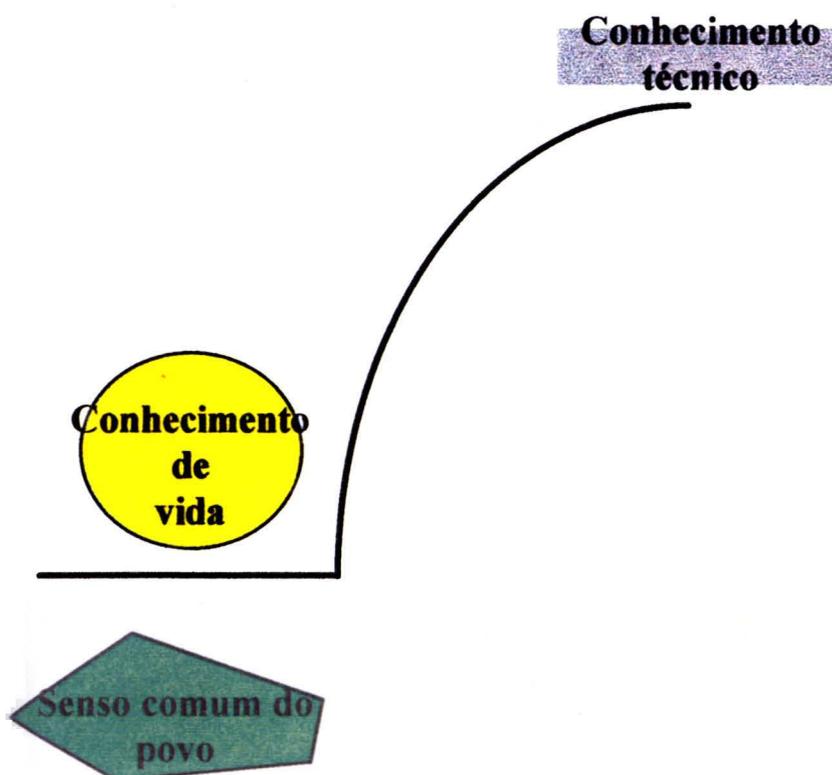
Do ponto de vista freireano a educação é uma tarefa gnosiológica. O objetivo é autodeterminação do sujeito que a si conhece. Esse processo não privilegia o conhecimento; ele procura trazer o real-concreto para dentro do sujeito. Está amparado na concepção de sujeito histórico e político onde a dialética sujeito-conhecimento-mundo é constantemente refletida. As técnicas metodológicas precisam estar adequadas a esse entendimento maior que as rege.

A concepção metodológica é entendida como a lógica interna dessa teoria ou seja, a dialética do conhecimento: a partir da prática, teorizar sobre a mesma e voltar a prática (JARA ²⁹). A lógica da metodologia organiza as técnicas em si. Por isso JARA ²⁹ e UNGLERT ⁵⁵ falam numa concepção metodológica, a qual está aberta a técnicas que porventura conduzam a realização da teoria. Há campo de inovações que se espera ser preenchido na contribuição pedagógica. Esta indica mais uma postura de entendimento do que a opção por uma técnica metodológica. JARA ³⁰ (p. 102-103) identifica quatro tipos de reflexão para o trabalho com educação popular:

- I. “...realizar un proceso ordenado de abstracción que permita pasar de la apariencia exterior dos hechos particulares a sus causas internas - estructurales e históricas;
- II. “...llegar a adquirir una visión totalizadora de la realidad;
- III.“...obtener una visión crítica y creadora de la práctica social;
- IV.“...adquirir la capacidad de pensar por sí mismas”.

Para JARA ²⁹ a concepção metodológica possui um tripé didático.

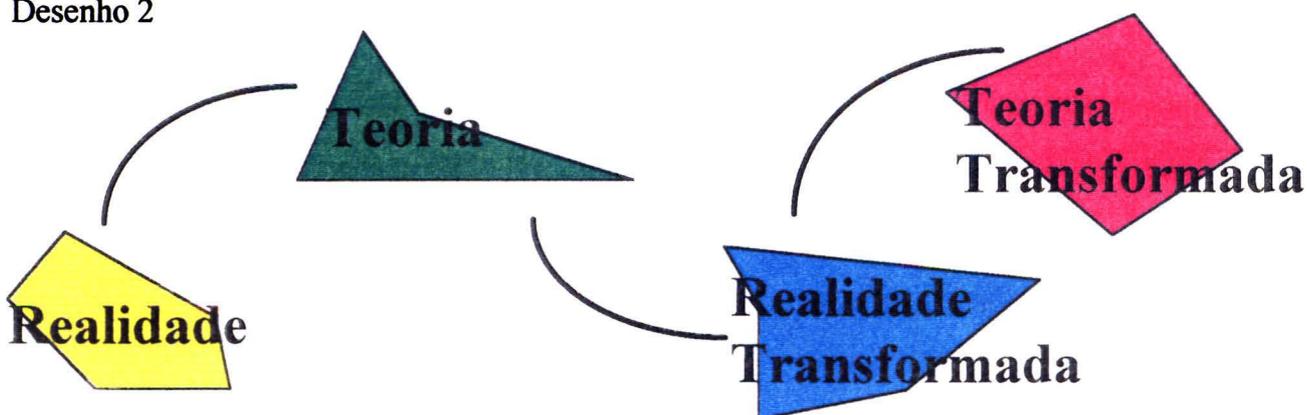
1. O ponto de partida é a prática social. Momento de descoberta do senso comum, das experiências, dos comportamentos. É um entendimento da multiplicidade do real. Esse momento o educador olha para... “a problemática concreta que um determinado grupo ou setor da sociedade vive, de suas necessidades específicas, do conhecimento que eles já possuem sobre um determinado tema, do nível de consciência particular do grupo, etc.”.(JARA ²⁹ p. 11) Esse é o campo da história concreta onde objetividade e subjetividade se expressam em conflitos e contradições. É o campo do educador político. (Desenho 1)



A participação é determinante nessa fase. Quando a participação realmente ocorre, ela é necessariamente educativa porque eleva os níveis de consciência e organização. (GUTIÉRREZ PEREZ ²⁶).

2. Um segundo momento da concepção metodológica diz respeito ao papel que exerce a teoria na prática. Depois de conhecer a realidade o momento de reflexão acontece como “... Levar adiante processos ordenados de abstração, que nos permitam analisar as situações concretas de que partimos. Fazer dedução a partir delas, confrontá-las com outras práticas, analisar as causas dos fenômenos, conceitual, emitir opiniões críticas” (JARA ²⁹ p. 12). Aqui acontece o processo de ruptura epistemológica onde se pretende fazer científico o senso comum. O descobrimento do conhecimento teórico organizado constitui um processo pedagógico que supõe: comunicação nos moldes freireanos, liberdade, autoconsciência, reflexão da prática.

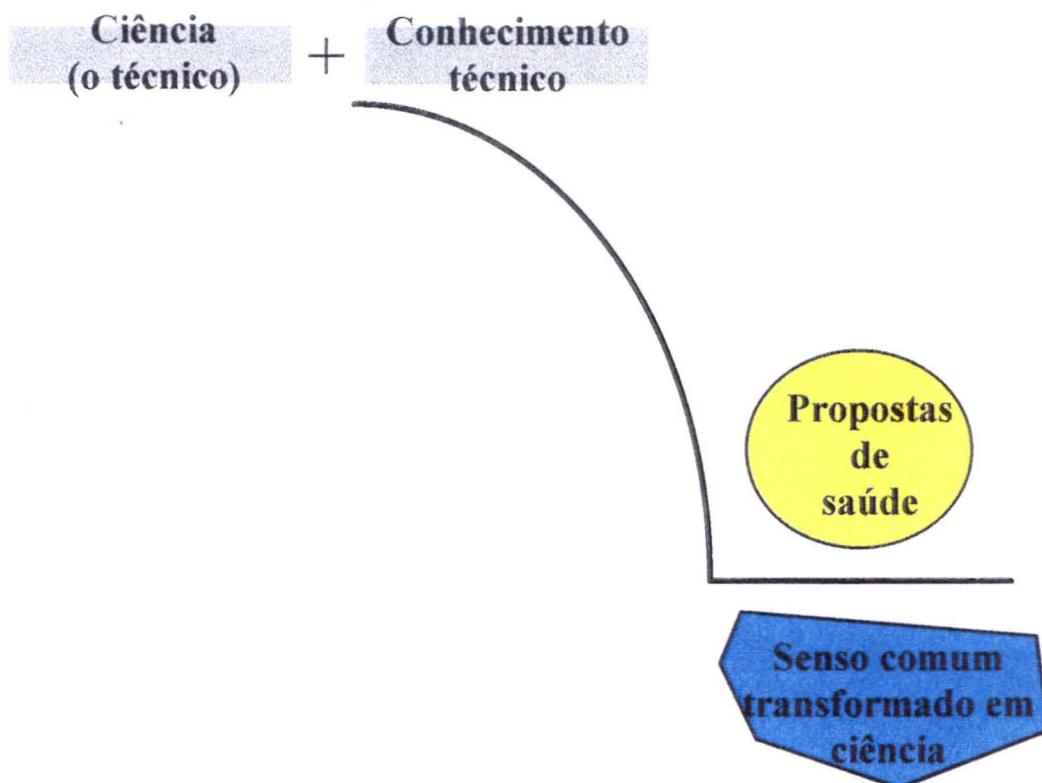
Desenho 2



A ousadia de inverter o início do argumento científico prefaciando-o pela vida concreta e não pelo pensamento, põe a teoria num segundo momento da intervenção (Desenho 2). A teoria antes considerada verticalizante, adquire através da liberdade e da reflexão, o valor pessoal. Passa a validar não só a pensamento, a teoria, mas o cotidiano representado nessa nova teoria transformada pelos dados da experiência individual. O ato de aprendizagem deixa de ser técnica para ser uma teoria do conhecimento. É a atividade gnosiológica. Ao mesmo tempo que se conhece conhecendo, esse conhecimento substancia outras aprendizagens, outros comportamentos e reflete em outras situações de aprendizagem. Esse aprendizado refere-se não tão somente as coisas, mas a forma como a razão age. Estamos construindo algo novo, a apropriação de conceitos em categorias vivas e não “frias deduções”, porque são articulados com as vivências e porque interligam-se com outros conceitos. O valor atribuído a pessoa, autora do seu pensamento e competente para enfrentar o que decidiu, possibilita uma força individual e também coletiva para outras

atividades, que antes julgava impossível, transcende da preocupação estritamente de aprendizagem para o domínio da vida.

3. Da teoria para a ação. A dialética se completa com uma prática consciente e consistente. A educação projetada para a construção da pessoa contextualizada completa-se na medida em que ela realiza as ações (Desenho 3).



Costuma-se entender as atividades da Educação em Saúde dentro de um contexto limitado para resolver problemas cotidianos de saúde. As resoluções são restritas aos momentos e não atingem na maioria das vezes, as causas mais amplas, ou seja, as político-estruturais.

Gostaríamos de pensar que a Educação em Saúde primeiramente parte de um dado cotidiano de saúde e o reflete dentro das circunstâncias (individuais e sociais) da pessoa que o possui. A consciência reflexiva desse dado transporta a questão para um campo da individualidade e do mistério da liberdade e da vontade humanas. As pessoas podem ou não agir, conforme a decisão da liberdade e da vontade.

O conteúdo de razão que cabe ao educador explicitar é aquele que, no conhecimento do senso comum, está misturado, difuso, sem clareza, sem relações. É o mesmo objeto de conhecimento da ciência, porém para o senso comum se apresenta de modo inocente, ingênuo, sem crítica, sem relações causais. A arte do processo pedagógico está em fazê-lo nítido, limpo, dentro de seu próprio mundo vital, onde se descubra, por força da razão, sua verdade. Essa reflexão não é alienante porque conjuga o objeto com o contexto em que se insere o mundo vital do sujeito cognoscente. Faz o elo, dele, com as circunstâncias políticas, religiosas, culturais, e o transforma enquanto objeto de conhecimento, agora de razão. Não o retira ou o modela conforme a ideologia do educador. O bom conhecimento científico é aquele que “ao defender o esforço permanente de reflexão dos oprimidos sobre suas condições concretas, não estamos pretendendo levar a cabo um jogo a nível meramente intelectual. Pelo contrário estamos convencidos de que a reflexão, se é verdadeira reflexão, conduz a prática.” (FREIRE ¹⁵ p. 67).

GAJARDO ¹⁸ muito bem aponta para as estratégias de participação comunitária isoladas do contexto maior que não atingem nem interferem nas atividades sociais e políticas. Referindo-se a práticas educativas no terreno da educação participante, diz que essas “procuram fortalecer a organização de base para a resolução de problemas e a satisfação de necessidades básicas. Até certo ponto, reconhece-se que isso não representa uma solução para problemas que são em grande maioria, de corte estrutural” (GAJARDO ¹⁸ p. 64-65).

Mais além a autora descreve que as ações educativas acabam compondo com conjunturas políticas diversas onde tal enlace revela a hegemonia ideológica incompatível com as práticas educativas em andamento, fato que acarreta mais críticas as metodologias educativas, incapazes de concretizar o enfrentamento com as políticas locais. A autora exemplifica que na América Latina muitos programas acabam tendo essa análise, e não raro, acontece o desgaste metodológico, perdendo-se ricos e extensos trabalhos produzidos dentro desses projetos.

Todavia existindo a aliança entre o desenvolvimento pedagógico e o plano econômico-social, este de fato, realiza o momento educativo e ajuda o plano econômico também. A autora escreve que alguns trabalhos advindos da capacidade de grupos comunitários, frutificaram de acordo com o valor pedagógico que possuíam e foram reconhecidos pela política local enquanto tal. (É o caso do Projeto Pais e Filhos no Chile).

UNGLERT ⁵⁵ acrescenta que para a realização e reprodutibilidade do processo de Territorialização é fator fundamental a vontade política. Caso essa política não aceder aos princípios básicos da regionalização e da descentralização o processo de territorialização dar-se-á com grande dificuldade.

São conhecidas as críticas às ciências sociais quanto a metodologias falhas, imprecisas e de pouca resolutividade.

Além do que pensa a Sociologia Interpretativa, GIDDENS ²² (p. 163-66) propõe outras “regras” para o método sociológico, que em muitos aspectos compartilham com a dialética metodológica de JARA ²⁹.

1. Primeira regra.

- a) “A sociologia não se ocupa de um universo ‘pré-dado’ de objetos, senão de um que está constituído ou é produzido pelos procedimentos ativos dos sujeitos”. Esse conjunto é criado pelos homens que não produzem o mundo natural, mas são responsáveis por transformar a realidade, “humanizá-la”.
- b) “A produção e reprodução da sociedade deve ser considerada como uma realização correta da parte de seus membros”. Aqui se atenta para o significado da ação humana que deve ser considerada de grande importância pelos atores sociais. Cabe conhecê-la e exercitá-la de forma adequada e consistente, bem como considerar os resultados intencionais da ação.

2. Segunda regra.

- a) “O domínio da atividade humana é limitado. Os homens produzem a sociedade, mas o fazem como atores historicamente situados, não na condição de sua própria eleição”. A sociologia considera que existe uma margem instável entre a conduta intencional e a que é nomológica, isto é, existem as condutas regidas por normas e aquelas que são livres. Nesse sentido há que se esclarecer sobre as propriedades das estruturas e no que elas interferem.

“As estruturas não devem conceptualizar-se simplesmente como impondo coerções à atividade humana, senão no sentido de permiti-la”. Deve-se perceber as estruturas como construção das ações dos atores sociais e perceber as próprias ações como estruturas, num intercâmbio recíproco. (GIDDENS ²² entende estrutura como um sistema de regras e recursos geradores. Assim a fala, o diálogo, as motivações, são estruturas geradoras da sociedade.) “Não entende estrutura como análise das relações de interação que compõe as organizações ou coletividades”.

- c) “Os processos de estruturação implicam uma inter-relação de significados, normas e poder”. Considera que todo tipo de conhecimento deve ser entendido como uma ação intencional na estrutura e também uma aquisição de poder.

3. Terceira Regra.

- a) “O observador sociológico não pode tornar abordável a vida social como um fenômeno de observação, independentemente de utilizar seu conhecimento sobre a mesma, a maneira de um recurso mediante o qual a constitui como um ‘tema de investigação’ ” (GIDDENS ²²). Sociólogo e leigos estão inseridos no trabalho de mesma maneira e com o mesmo valor. O conhecimento mútuo (conhecimento dividido, partilhado, tal qual numa pesquisa participante, ou numa Oficina) não representa aquele que deve ser corrigido, mas deve ser entendido como esquemas representativos importantes de cada indivíduo envolvido. Para se entender e caracterizar a vida social é necessário reconhecer esses esquemas.
- b) “A imersão na forma de vida é o meio único e necessário pelo qual um observador pode gerar tais caracterizações” (GIDDENS ²²). Para se conhecer o conjunto de práticas, orientar-se nelas e ser capaz de participar, o observador sociológico deve imergir na realidade local, não para dominá-la ou para converter-se em um membro

dela. Deve saber orientar-se nela para ser capaz de “transformar em categorias do discurso científico social” os conhecimentos e práticas observadas.

4. Quarta regra

- a) “Os conceitos sociológicos obedecem ao que chamo uma dupla hermenêutica... O observador científico social tem que ser capaz primeiro de captar... conceitos leigos ou seja penetrar hermeneuticamente na forma de vida cujas característica quer analisar e explicar” (GIDDENS ²²). De outro lado o próprio observador social necessita entender seu universo de significados (porque pertence como ator social a um deles) e a partir daí reinterpretar dentro de seus próprios esquemas teóricos.
- b) Em resumo, o autor descreve a tarefa do sociólogo como a : “explicação da produção e reprodução da sociedade como resultado conquistado pela atividade humana; a explicação e mediação hermenêuticas de formas de vida divergentes dentro das metalinguagens descritivas das ciências sociais”. Explicar e entender o comportamento dos homens na sociedade através do próprio homem (e não de leis ou normas gerais) e através da interpretação que fazemos dele e seus comportamentos.

Podemos entender que a Pesquisa-Ação como metodologia, reforça as posturas de JARA ^{29 30} e GIDDENS ²². Vejamos resumidamente os aspectos que THIOLENT⁵¹ aponta como estratégias metodológicas que a pesquisa-ação utiliza:

1. Há uma ampla e explícita interação entre pesquisadores e pessoas implicadas na situação investigada;
2. Desta interação resulta a ordem de prioridade dos problemas a serem pesquisados e das soluções a serem encaminhadas sob forma de ação concreta;
3. O objeto de investigação não é constituído pelas pessoas e sim pela situação social e pelos problemas de diferentes naturezas encontrados nesta situação;
4. O objetivo da pesquisa-ação consiste em resolver ou, pelo menos, em esclarecer os problemas da situação observada;
5. Há, durante o processo, um acompanhamento das decisões, das ações e de toda a atividade intencional dos atores da situação;

-
6. A pesquisa não se limita a uma forma de ação (risco de ativismo): pretende-se aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o conhecimento ou o 'nível de consciência' das pessoas e grupos considerados.

Utilizando dos registros de JARA ^{29 30}, GIDDENS ²², UNGLERT ⁵⁵, THIOLENT ⁵¹, URIBE RIVERA ⁵⁶, MATUS ³⁵, adotamos três recursos metodológicos neste trabalho. Primeiro, a observação do orientador-educador; segundo, a análise do relatório final da Oficina de Territorialização de Vila Varela e terceiro, a análise dos dados do questionário aplicado aos participantes dela (Anexo 1).

Pautando-nos no planejamento estratégico consideramos o sujeito inserido na história como ator social e planejador participante da saúde local. De UNGLERT ⁵⁵ adotamos principalmente a noção de ator como autor social construído a partir do conhecimento e reflexão do espaço-território. De JARA ²⁹, permeando UNGLERT ⁵⁵ a noção da contextualidade do conhecimento transformador. De GIDDENS ²² e THIOLENT ⁵¹ a contribuição do educador-observador participante, entendendo que a “imersão na forma de vida é o meio único e necessário” para o educador construir as ações fundamentadas no alargamento da consciência dos participantes.

8. RESULTADOS E DISCUSSÕES.

8.1. CARACTERIZANDO A OFICINA DE VILA VARELA

Os dados da caracterização de Vila Varela foram descritos a partir da Oficina. Eram registros da Secretaria da Saúde de Poá e também das sociedades de bairros.

Vila Varela é um bairro de Poá, cidade dormitório, perto de São Paulo. Possui um sistema de saúde com um Pronto Socorro, um hospital com 20 leitos, um Centro de Saúde Referência e 8 Unidades Básicas de Saúde (U.B.S.).

Poá tem uma população de aproximadamente 100 mil habitantes, 98% de água tratada e 70% de esgoto. Até 1982 Poá possuía um Centro de Saúde. Em 83 começou sua expansão na área da saúde. Na administração atual, a Secretaria de Saúde não conseguiu bem planejar as ações, em detrimento da falta de levantamentos de morbidade, mortalidade, atividades de enfermagem, custo-benefício, importantes para planejar, estimar e realizar os trabalhos que a comunidade necessita, e imprescindíveis para conseguir reivindicar um orçamento adequado do município. A prefeitura de Poá conta com dificuldades de organizar custos e gastos numa época de rigidez econômica. O seu quadro funcional é restrito e planejado dentro da visão normativa com base no modelo assistencial-médico. O quadro de funcionários em programas de prevenção e promoção da saúde é prejudicado, porém há um bom número de profissionais que contemplam a área curativa. (Por exemplo, a U.B.S. de Vila Varela tem um médico clínico, um pediatra, um ginecologista dois auxiliares de enfermagem, 1 gerente, um servente e dois dentistas, fazendo um atendimento - em novembro de 1997 - de 2.600 casos).

A Oficina de Vila Varela foi resultado de encontros entre representantes e Secretário Municipal da Saúde de Poá e NACE CONSILOS da Faculdade de Saúde Pública da USP na presença de Dra. Carmen Vieira de Sousa Unglert.

Procurando alargar a visão política do planejamento em saúde, Poá iniciou em dezembro de 1997 a primeira Oficina de Territorialização elegendo o bairro de Vila Varela como prioridade.

A população de duas outras vilas próximas utilizam os serviços de saúde da U.B.S. Vila Varela indicando um atendimento de saúde à uma população de quase 10.000 pessoas da região - território. O bairro é tipicamente dormitório. Seus habitantes trabalham em S. Paulo, Mogi das Cruzes, Itaquaquecetuba, Suzano e outros locais.

A região de Vila Varela beira o Rio Tietê. Margeando o rio, a SABESP lança o esgoto de Poá. Existem vários espaços rurais, com campos e animais em pastagem, porém Vila Varela segundo este plano físico mais se assemelha a um bairro de São Paulo do que uma pequena cidade do interior paulista. As casas são simples e poucos são os locais de moradia de classe econômica mais rica. Percebe-se que costumes, falas, interesses e preocupações são comuns aos habitantes de São Paulo. Por exemplo, entre os participantes da Oficina estava um representante da associação de bairro da Vila Varela que trabalha em São Paulo e milita num partido político. Essa pessoa trazia para o grupo preocupações e sugestões condizentes para uma realidade complexa como a da capital.

Vila Varela tem cinco seitas com oito igrejas no bairro. Para o lazer tem uma quadra de futebol de salão, um campo, uma lagoa e uma boate. Possui cinco indústrias têxteis, cinco metalúrgicas e mais quatro outras. Não utilizam mão de obra local, preferindo admitir pessoas de outras regiões. Suspeita-se que, pelo fato de serem indústrias poluidoras, desagradariam muito aos habitantes próximos, como também iriam responder a questões legais sobre suas atividades.

A Oficina de Vila Varela foi realizada num período de três dias, com carga horária integral, ocupando todo o fim de semana. Era um período de vésperas do natal e de muito calor. Realizamos a Oficina numa escola da prefeitura e na U.B.S. local.

O trabalho da Oficina seguiu os seguintes passos: 1- parte conceitual sobre as bases teóricas explicativas do processo; 2- visita aos locais da região para o (re)conhecimento da área; 3- espaços de reflexão sobre o teórico e a realidade; 4- momentos de resolução e propostas; 5- realização de registro do documento/relatório da Oficina.

A metodologia teve pressupostos delineados pelo modelo participativo:

1. Trabalhos em grupo,
2. Ação - reflexão - ação,
3. Resgate da experiência,
4. Construção do conhecimento contemplando a prática,
5. Resgate do cidadão político: participação social.

8.2. OBSERVAÇÃO DO ORIENTADOR - EDUCADOR SOBRE O PROCESSO SOCIAL DA OFICINA

A observação da Oficina de territorialização de Vila Varela trouxe dados importantes de análise. Os participantes do local (serviços e comunidade) estavam motivados para o encontro. Nem todos sabiam a amplitude do trabalho, mas estavam lá para melhorar a saúde do bairro e organizar o atendimento em saúde. Não rejeitaram nenhuma atividade proposta e também não se inibiram em fazer perguntas sobre o que não entendiam. Preferiram fazê-las, no início, mais freqüentemente, nos pequenos grupos de trabalho. Os orientadores esclareceram as perguntas e conforme a flexibilidade do planejamento das Oficinas, usaram o tempo necessário para fazer as tarefas. Nos subgrupos a população teve condições de colaborar para o reconhecimento dos costumes locais. Identificaram a religiosidade das pessoas da vila, as dificuldades de adaptação de horário para atendimento da U.B.S. e as indústrias que não contratavam mão de obra da cidade. Percebemos que existe certa organização política no bairro porém transparece algumas incompatibilidades entre os participantes da associação de bairro de Vila Varela. O membro fundador da associação era religioso e conservador incompatibilizando-se com outros mais ousados e politicamente atuantes.

Os membros dessa entidade reconheceram essas diferenças e não fizeram delas empecilho para o trabalho de equipe.

Durante as reuniões os representantes da população e dos serviços, percebendo a importância e amplitude do envolvimento da Oficina convidaram outros participantes locais. Soubemos que devido a questão religiosa, muitos não poderiam se afastar dos compromissos das suas igrejas, geralmente mais intensos nos fins de semana. O nível de consciência de todos aumentou após o reconhecimento do território em que vivem.

Muitas foram as descobertas que fizeram em conjunto.

Apesar do reconhecimento da amplitude do problema de saúde, souberam priorizar atividades. O relatório final da Oficina identifica ações a perseguir. Percebeu-se que necessitavam de representantes de outras instâncias locais, como SABESP, CETESP para realizarem algumas práticas necessárias nesses campos. Nas reflexões em plenária que ocorreram após os subgrupos, o consenso nem sempre ocorria. Caso interessante foi a identificação da não aceitação do planejamento familiar pela população local, em função de seitas religiosas que não concordavam com o uso de certos métodos anti-concepcionais. Os participantes da área da saúde bem identificaram a necessidade e o valor do conhecimento sobre os métodos para a decisão dos parceiros sexuais. Alguns representantes da população mostraram-se radicalizados na defesa de seus ideais formadores. Outros foram claros e disseram não apreciar a abordagem do uso da “camisinha”. As diferenças foram importantes para todos perceberem a força dos valores culturais. Essa é uma das situações que exige uma abordagem educativa compatível entre o conhecimento técnico e o modo de vida local.

Percebemos que havia uma necessidade de ação entre os participantes, porém aquela que fosse esclarecida e dentro dos seus propósitos. De fato o agir estratégico é guiado para um fim por intermédio de uma influência indireta. (HABERMAS²⁷).

Para o entendimento da Educação em Saúde, o agir estratégico precisa principalmente ser consciente e livre para que ocorra o ato emancipatório. Agir estratégico e agir comunicativo precisam estar juntos para evitar-se a dominação de qualquer setor envolvido. Nessa Oficina pudemos reconhecer que o observador educador deve reconhecer que a estratégia está amparada pela reflexão crítica, apontando para o entendimento e a validação coletiva.

8.3. ANÁLISE DO RELATÓRIO FINAL DA OFICINA DE VILA VARELA

O Relatório Final da Oficina de Vila Varela aponta características dos participantes como subsídio para as interpretações educativas do trabalho.

O título do relatório foi “Atenção à Saúde: a busca de um modelo mais justo, igualitário, humano e mais próximo da realidade local”.

Expressaram a necessidade de mudança do modelo de atenção à saúde no Município de Poá. Acreditaram na possibilidade dessa mudança ocorrer através dos estudos dos problemas locais e reais em que a comunidade se encontra. A Oficina de Territorialização seria o início da construção de uma estratégia em que, a parceria do trabalhador da saúde, da comunidade do bairro de Vila Varela e da Secretaria da Saúde de Poá, resultasse na transformação de atendimento.

Os objetivos apontados foram:

1. Favorecer a reflexão dos participantes sobre a condição da vida da população;
2. Iniciar a delimitação da área de abrangência da U. B. S. para determinar área de responsabilidade;
3. Reconhecer os recursos disponíveis na comunidade, as áreas de risco e reconhecer “in loco” os vários problemas levantados;
4. Implantar o programa de Agentes Comunitários de saúde e Programa de Saúde da Família na U.B.S. de Vila Varela como projeto piloto.

Durante o reconhecimento local caracterizaram os territórios físicos (geográficos) e o humanos (existenciais, culturais). Percebeu-se como os dois territórios não se excluem, mas complementam-se. Nas descrições das barreiras o relatório identificou a dificuldade da equipe médica em estabelecer vínculos com o usuário, e da necessidade de outros profissionais da saúde (ex. assistente social) integrarem a U.B.S. de Vila Varela. Poá possui um atendimento de Serviço Social centralizado na Secretaria Municipal e no Centro de Saúde de Referência.

Essa necessidade de um outro tipo de profissional, imediatamente ligada a “falta de vínculo” do médico com os usuários, sugere que existam profissionais “intermediários” que façam a ponte entre aspectos da assistência curativa e os da vida. O Assistente Social da saúde é visto pela população como aquele que resolve questões que não foram contempladas pelas áreas médicas, nas consultas e exames. É o profissional cuja formação equilibra o pedagógico, o jurídico e o social.

Foi identificado pelo grupo a questão do desemprego como gerador de mudanças de hábitos na vida da população. Sem trabalho, as pessoas acordavam mais tarde e não vinham para as consultas que se distribuíam no período da manhã na U.B.S. de Vila Varela. Interessante que, fatos como estes, são recuperados quando existe um território comum entre comunidade e serviços. Pode-se inferir, quanto seriam importantes constatações como estas, para o nível político decisório de planejamento.

Refletiram que o Planejamento Familiar tinha pouca receptividade em função do entendimento que, algumas crenças religiosas mantêm em relação a métodos anti-concepcionais. O Choque cultural na interpretação do científico com o religioso, sugere uma abordagem educativa que respeite a vida subjetiva, emocional, cultural, física em vista da saúde.

A “pouca participação popular” que imputaram à comunidade local, envolvia causas como, inferioridade da população frente ao poder de opinar e dificuldades de acesso ao discurso técnico, distante do saber popular.

No descobrimento “in loco” do território, tanto pessoas da comunidade quanto dos serviços de saúde, desconheciam áreas de prostituição e tráfico de drogas. Apontaram na seqüência casos de violência, gravidez na adolescência, como problemas da saúde que o poder público não está comprometido.

Entenderam que o “estabelecimento da territorialização é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como o dimensionamento do impacto do sistema sobre os níveis de saúde dessa população, e também para a criação de uma relação de responsabilidade entre os serviços de Saúde e a sua comunidade”(Relatório Final- anexo III).

Consideraram que o acesso a Saúde perpassa a educação, a localização da habitação, poder aquisitivo e outros. O território é entendido como área construída através da apropriação do conhecimento local.

O conhecimento ofertado é o inicial para que se desenvolvam estratégias no futuro, com a comunidade, com outras agências não oficiais e outros órgãos públicos. Esse conhecimento individual e da coletividade é entendido como fundamental nas resoluções de saúde.

8.4. ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO DA OFICINA DE TERRITORIALIZAÇÃO DE VILA VARELA.

As análises foram feitas do ponto de vista de coerência dos temas e não seguiram a ordem das perguntas. Optamos por localizar as tabelas e figuras do questionário, no Anexo II desse trabalho, entendendo melhor organização e ajustando com mais pertinência a Conclusão ao item da Metodologia.

Estavam na Oficina, representantes da Secretaria da Saúde, das escolas da associação de bairro, da UBS local e de duas igrejas, um grupo de trabalho de 10 pessoas presentes nos três dias de Oficina. A população representava 50% dos participantes e os outros 50% eram representados pelos trabalhadores da Saúde. Outras

peças participaram ocasionalmente por falta de tempo e ocupações outras, como foi o caso do Secretário da Saúde de Poá.

Algumas pessoas já tiveram alguma experiência em trabalhos com outras Oficinas (60%). Disseram (70%) que durante esses trabalhos mudaram de opinião sobre algumas coisas e esperavam que isso também mudasse suas atitudes.

Para vir a Oficina os sentimentos que expressaram era de estar FELIZ, ANSIOSO, CANSADO E ALEGRE. Apareceu uma resposta COM RAIVA, interpretada como uma sensação de impotência diante de tantas dificuldades e como fazer para resolvê-las. Explicaram que o cansaço deveu-se a Oficina estar sendo realizada na semana do Natal (fim de ano) e por ser em período integral.

A questão da escolha da época para realização da Oficina foi sugerida pela Secretaria da Saúde como a única possível pois conta com um número reduzido de funcionários e com muitas dificuldades de assumirem outras atividades. Os representantes da comunidade (caracterizada pela força religiosa) também tiveram dificuldades de participação, por exemplo, no caso de duas mulheres que não puderam vir as Oficinas no sábado, impedidas pelas regras da seita.

Na pergunta dez (10) responderam em primeira opção, que gostaram de estar presentes na Oficina, primeiro para conhecer melhor sobre a comunidade, e empatados no segundo lugar, para conhecer melhor sobre seu trabalho e para falar.

Interessante analisar esses três pontos. Por que conhecer a comunidade foi o mais apontado? Poá é uma cidade pequena e Vila Varela é um bairro perto do centro apesar de ser a periferia. Como não conhecê-lo? Que tipo de conhecimento estamos falando? Esse conhecer, melhor se faz em grupo; é a fala de cada um com a sua história e representações sobre os locais e pessoas. Assim vão-se revelando os costumes da região e conhecendo outras características da população. Interessante como é em grupo que todas essas circunstâncias constroem-se, estruturam-se, compõem o lugar de forma que até mesmo as pessoas que lá moravam “nunca tinham visto aquilo antes”. A

população é a que melhor auxilia os demais participantes a conhecerem “a pluralidade das vozes”.

Porque na Oficina conheceram mais sobre o seu trabalho? A troca de experiências e conhecimentos possibilita a reflexão sobre o papel de cada um, sugere iniciativas, possibilidades, pistas, saídas, problemas, projetos. Há uma auto-reflexão desencadeada pelo contexto grupal. Aqui se escuta a “polifonia da razão”. Os limites se alargam. Existe a oportunidade do diálogo que esclarece contribuindo para a crítica e para as mudanças possíveis.

O que chama a atenção é os participantes terem escrito que FALAR foi uma das três coisas que mais gostaram na Oficina. Por que? Muito importante e intrigante!

O que é a palavra? O que ela significa? Por que é importante revelá-la oralmente? Na fala a palavra é escutada. Alguém escuta. Pode-se falar qualquer palavra? Quem escuta entende a palavra? A palavra cobra, acusa, auxilia? A palavra representa o pensamento? Ela é assim entendida por outros?

A importância de falar pode estar ligada a de ser ouvida. Ter uma oportunidade de ser entendido. O ato de falar para alguém indica possibilidade de respeito uma vez que alguém escuta. No caso da Oficina essa relação acontece dentro do que se entende por comunicação horizontal. A fala é COM alguém e não de ou para alguém. Existe na Oficina de Territorialização a abordagem dialógica e facilitadora da reflexão. Na Oficina de Territorialização a prática, o contexto da vida cotidiana tem peso grande. Essa experiência recuperada com todo o seu valor na hora de um trabalho interdisciplinar (ou transdisciplinar) garante o valor da palavra. A palavra não é “oca” e a sua consistência vem de algo que entre todos tem peso, tem valor, é acreditada. A palavra é “cheia” do mundo. A palavra não é “verbalismo”, a teoria da educação não é “teórica”. (FREIRE ¹³).

Esse FALAR, não usa de poder manipulatório. Sua força e validade está na consistência e coerência entre o que fala e o que faz. É o conceito de práxis que instrumentaliza a Educação.

Nas perguntas 13 e 14 quase 100% dos participantes responderam que puderam falar e ser ouvidos. Apesar dos aspectos sócio-econômicos e culturais serem determinantes na expressão da linguagem, esses não foram barreiras na comunicação de um grupo heterogêneo (40% eram universitários)

Nas Oficinas a homogeneidade nunca deve ser perseguida. A diversidade caracteriza o mundo. É com ela que é possível construir um conhecimento mais perto dos homens. A multiplicidade da diversidade enriquece conhecimentos e experiências. Interessante notar como o aspecto educativo nas Oficinas é totalizante, generalizante. Não há interesse em trabalhar um setor, uma especialidade isoladamente. As áreas que caracterizam alguma homogeneidade fazem parte de um todo múltiplo de diferenças. Portanto o conhecimento advindo das Oficinas caracteriza-se pela abrangência em detrimento da profundidade. Os participantes responderam que também preferem conhecer mais a comunidade.

O objetivo das Oficinas é descobrir (e descobrirem) os vários “territórios” subjetivos e objetivos, sem o qual não se conhece e nem se planeja a saúde.

Na pergunta 15 foi unânime a concordância do bom trabalho exercido pelos coordenadores. O papel educativo do coordenador é facilitado pela sua sustentação teórica, interagindo entre a corporificação das idéias, organizando possibilidades e estratégias. A característica desse coordenador é a flexibilidade, entendida enquanto uma capacidade de interagir entre situações antagônicas de ajustar dificuldades. Essas características são importantes desde o início da fase de implantação e organização das Oficinas. A composição de uma Oficina de territorialização trabalha com várias instâncias do poder central, funcionários e população local. Há necessidade de compor com diferenças importantes e ajustar

estratégias. Isso é mais que uma habilidade política. Traduz-se na compreensão da superação paradigmática que deverá ocorrer entre as pessoas no tempo.

A redefinição de como se dá o conhecimento é a base de todo esse trabalho que se realiza nas Oficinas. O personagem educador aqui é o que deverá reconhecer um novo modelo de trabalho porque há um novo olhar sobre os homens. Todos estão redimensionando suas práticas porque o conhecimento está sustentado em outros paradigmas.

O modelo metodológico das Oficinas revela a solidariedade, tolerância e ética apoiadas na factibilidade do conhecimento e na recuperação da importância da corporeidade. Entendendo a fragilidade do conhecimento, admite-se a possibilidade de outros tipos de razão, a religiosa, a artística, a moral que integram o discurso e a vida.

A flexibilidade a um tempo que ajuda no processo pode assustar pela insegurança que admite. Uma metodologia aberta oferece aos participantes o benefício do debate. Tanto para profissionais (que tem a intenção do diálogo a multivozes) quanto para participantes. Esse terreno pode significar exposição pública de idéias pessoais (possivelmente de comportamentos). Esse fato além de desnudar, deixa socialmente confirmado práticas e conceitos que alguns preferem guardar para si. O medo e insegurança acontecem quem sabe, por conta do julgamento da sociedade.

Todavia, a participação é para cada um dos participantes assumida e revelada de maneira individual. Expor-se pela fala é decisão da pessoa. O coordenador percebe e coordena a participação e respeita o silêncio de quem optar por ele.

A respeito de encontrar soluções para os muitos problemas, os participantes mostraram certas angústias: como priorizá-las e como concretizá-las? Na compreensão abrangente do conceito de saúde/doença abre-se muitas frentes de ação. O Planejamento Ascendente oferece a oportunidade de trabalhar por temas agregados a compromissos cada vez mais amplos.

Foi unânime o entendimento de que a Oficina pode ajudar nas soluções dos problemas de saúde local (pergunta 21). Na pergunta 17, 40,00% responderam que ela dá pistas para soluções, 31,83% entendem que “é um trabalho de conscientização do papel de cada um nos problemas locais”, e 27,27% acreditam que ela “dá força política ao grupo”. Considerando que 71,83% tem uma visão bastante nítida do seu papel na sociedade e do que deseja enquanto saúde.

A responsabilidade desses atores se mostra também na forma como entendem a Saúde (perg. 23). Concordam, 60,00%, que a promoção da saúde é o aspecto mais importante na Oficina e 40,00% ficaram com a prevenção. Ninguém apontou a cura como o fato mais importante.

As pessoas de Vila Varela precisam de ações que assegurem a saúde e não as que curem a doença. Como ainda estamos nos debatendo com o modelo sanitário? A comunidade da Vila Varela quer a ruptura com o modelo de saúde vigente e admite (80,00%) que a administração superior é o principal obstáculo para essa realização.

Nas perguntas 3,9,18 e 26 o desejo expresso indica claramente a intenção transformadora dos participantes. A Oficina exerce metodologicamente a função de estimular os participantes a conhecer a realidade para transformá-la (JARA^{29 30}).

Para exemplificar, algumas das respostas foram:

1. Querem “orientar e conhecer melhor a população para participar do processo que agora iniciaram”; “ajudar”; “divulgar”; “promover plenárias”; “favorecer a participação de outros”; “convocar outros representantes (SABESP, CETESB, médicos)”.
2. “Concretização da reflexão para participar das novas Oficinas em outras unidades e novos trabalhos”; “realizar propostas”; “colocar em prática”.
3. “Cobrar para que a população seja atendida”.

Sem embargo, várias questões são desafiadoras e clamam por respostas convenientes. A Educação em Saúde vem acompanhando o desenvolvimento científico da época. Hoje, tal desafio é traduzir a evolução do pensamento contemporâneo que critica o modelo de razão absoluta, para incorporar a razão processual e histórica na prática da Educação em Saúde. Quais são as bases inequívocas conceituais da Educação em Saúde? Vimos que a Educação em Saúde é uma ciência social, voltada para ação. Dentro do corpo das ciências ela também compõe com o período de transição paradigmática. Não há como escapar, fugir às mudanças e exigências (advindas da realidade que identifica crise) que vivenciamos no campo conceitual. A Educação em Saúde presente na história, acompanhou as mudanças. Procuramos identificar nos conceitos e metodologias sinais da Educação em Saúde do novo paradigma. Apontamos a Promoção da Saúde e as Oficinas como novos pensamentos e metodologias que a Educação em Saúde desenvolve para responder a um trabalho novo. Vimos em Poá os resultados analisados. Balanço crítico entre a teoria e a prática.

8.5. A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO NOVO PARADIGMA

Concordamos com SANTOS ⁴⁵ (p. 58) quando diz:

“ Nenhum de nós pode neste momento visualizar projetos concretos de investigação que correspondam inteiramente ao paradigma emergente. E isto é assim precisamente por estarmos numa fase de transição. Duvidamos suficientemente do passado para imaginarmos o futuro, mas vivemos demasiadamente o presente para podermos realizar nele o futuro. Estamos divididos, fragmentados. Sabemos-nos a caminho mas não exatamente onde estamos na jornada. A condição epistemológica da ciência repercute-se na condição existencial dos cientistas . Afinal, se todo o conhecimento é auto conhecimento, também todo o desconhecimento é auto-desconhecimento”.

Apontada a crise paradigmática por que passa o conhecimento científico, podemos eleger no paradigma emergente dois temas, presentes na experiência de Vila Varela, configurando algum tipo de participação da ação educativa em saúde no novo paradigma.

Por ser da ordem de um paradigma, a crise do conhecimento inevitavelmente atinge ao corpo científico de modo geral. Dessa forma, a Educação em Saúde não podia deixar de estar pensando sobre temas presentes nessa nova interpelação. É inevitável o comprometimento. Nesse momento, as buscas para identificar aspectos educativos em saúde no novo paradigma compõem um compromisso consciente e um esforço na construção da Educação em Saúde.

Acreditamos que esses dois temas podem bem demonstrar a contribuição da Educação em Saúde para a nova concepção paradigmática: 1 - o resgate do senso comum enquanto participante no conhecimento científico, e 2 - o conhecimento científico enquanto social e local - “o paradigma de uma vida decente”.

8.5.1. O RESGATE DO SENSO COMUM ENQUANTO PARTICIPANTE DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO.

Os pensamentos do senso comum resultam diretamente da experiência. “Eles não se baseiam em coisa nenhuma a não ser na vida como um todo”. (GEERTZ ¹⁹ p. 114). O sentido prático e ativo dessa forma de conhecimento orienta o cotidiano e dá sentido à vida, caracterizando o território pessoal e coletivo de maneira ilustrativa e dinâmica. Como é resolutivo sua relação com as coisas e pessoas, acontece de maneira horizontal, sem profundidade porém com espontaneidade, muitas vezes assessorado por metáforas e convencimentos experienciais, concretos e utópicos.

Em Vila Varela vimos na tabela 14 do questionário respostas confirmando o desejo pela praticidade. Nas conversas grupais não havia vergonha ou inibição de falar “errado”. Ao contrário, percebia-se que gostavam de contar, à própria maneira, o que conheciam sobre os fatos, sobre as pessoas. Usavam argumentos de fé,

outros de crenças populares. Esta espontaneidade vinha dentro de uma lógica. Uma das mulheres acreditava que política e religião não deviam se misturar. Quem era de um lado não podia ser também do outro. Como era uma pessoa religiosa, debatia com os que tinham atividade política partidária. Ela agia assim porque sempre aprendeu dessa maneira. As coisas de Deus não se misturam com as dos políticos, dizia ela. Ela desconfiava dos argumentos dados pelos técnicos.

Esse senso comum na Oficina de Vila Varela era conservador e debatia-se com as idéias contrárias de outros componentes. Como no grupo havia a questão da escuta, do respeito, da oportunidade de falar, as posições eram amplamente discutidas. Não se sabe o quanto essa mulher descobriu novos pensamentos para integrá-los com a sua sabedoria de vida. Ficou mais fácil perceber em outro momento onde a questão era de se falar sobre o uso de preservativos para a população na prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Três participantes, também religiosas, foram a princípio contrárias. Mais tarde, ponderaram os argumentos sobre a gravidade das doenças, principalmente a AIDS. Sentimos que houve um choque entre suas posturas e a realidade nova.

De um lado pudemos observar como a população se beneficia com a troca de dados científicos. De outro salientamos o salto epistemológico que é do cientista, quando considera a importância e a validade do senso comum na construção do conhecimento. Vinha de Vila Varela uma gama de conteúdos diferentes sobre um mesmo assunto. Eram eles que compunham o objetivo do trabalho e não o dos técnicos em Territorialização. O senso comum não era um degrau para o técnico e sua realização profissional. O senso comum valia enquanto importante dado no conjunto das lógicas todas. Era o eixo para as conversas técnicas, para se fazer o elo educativo, a comunicação de conteúdos diversos.

A Oficina de Territorialização sempre esteve trabalhando com conceitos científicos. Não se abriu mão dessa racionalidade. Porém, essa cientificidade foi posta à prova na medida em que teve de arrumar linguagens facilitadoras, repensar sua forma de argumentos e perceber que alguns não eram compreensíveis a pessoas do grupo.

“Na ciência moderna a ruptura epistemológica simboliza o salto qualitativo do conhecimento do senso comum para o conhecimento científico; na ciência pós-moderna o salto mais importante é o que é dado pelo conhecimento científico para o conhecimento do senso comum” SANTOS ⁴⁵ p. 57. O autor entende que ao “sensocomunizar-se” o pesquisador deve repensar sua ação, se auto-conhecer, analisar seu comportamento. Este senso comum auxilia a ciência a ser mais prática porque fica mais adequada ao povo (tem que dar respostas aos argumentos da religiosa e do político de Vila Varela); fica mais simples porque percebe a necessidade de horizontalizar-se e relacionar-se com as pessoas (tem que levar em conta as diferentes mensagens e os debates populares para responder com mais confiança aos argumentos do grupo. Usa os argumentos concretos do povo ao invés dos abstratos conceitos muitas vezes distanciados da realidade. A racionalidade assim aberta é capaz de ser tradutora dos conhecimentos científicos e de fazê-los chegar mais perto dos acontecimentos e fatos do mundo vivido pelas pessoas. Essa prática metodológica de JARA ^{29 30} que a nosso ver, promove este encontro.

Esse é o território da Educação em Saúde e o seu espaço onde se articulam e se enfrentam os diversos conhecimentos do homem. Esse enfrentamento é angustiante. Temos a reflexão epistemológica mais avançada do que a nossa prática. Nós a estamos construindo com a colaboração da Oficina de Territorialização de Vila Varela.

8.5.2. O CONHECIMENTO CIENTÍFICO ENQUANTO SOCIAL E LOCAL: “O PARADIGMA DE UMA VIDA DECENTE” .

“ Sendo uma revolução científica que ocorre numa sociedade ela própria revolucionada pela ciência , o paradigma a emergir dela não pode ser apenas um paradigma científico... . Tem de ser também um paradigma social (o paradigma de uma vida decente)” .SANTOS ⁴⁵ p. 37. O autor afirma que estamos retomando o sujeito e o colocando no centro de toda natureza científica. Estamos aproximando o sujeito do objeto. A distinção dicotômica entre ciências naturais e sociais deixa de ter sentido, como os dualismos sujeito /objeto, subjetivo/objetivo, quantidade/qualidade entre

outros. A revolução do conhecimento está sendo conduzida pelas ciências sociais, pelas humanidades.

O fato da Educação em Saúde estar aceitando o senso comum e as várias expressões dos seus argumentos, formas e linguagens como importantes dentro da aprendizagem em saúde, torna-a participante e colaboradora desse trabalho de valorização da pessoa e da saúde .

A prática da Oficina, no seu modelo de Territorialização, aplica o Planejamento Ascendente, proporcionando a construção do conhecimento em saúde pelo próprio indivíduo, autor e ator da sua saúde. Facilita ao educador uma postura condizente com o modelo emergente, numa metodologia voltada para a humanização , a dignidade, o respeito e a participação efetiva da pessoa no planejamento da saúde, onde quer que se encontre.

Mais do que uma boa metodologia, a Oficina de Territorialização deve ser entendida e aplicada enquanto uma nova postura da razão. Esta é a nossa proposta: levar em conta a história da pessoa, relevar a consciência comum. Não é raro deparar em nossos argumentos com aspectos míticos , tabus, fantasias dos pacientes sobre a doença, crenças, que pomos à margem ou negligenciamos no trato educativo como irrelevantes. Percebê-los como importantes na identidade da pessoa e como condições de reorientação de novos comportamentos mais saudáveis é o que sugerimos dentro da nova proposta.

A Oficina de Vila Varela valorizou o conhecimento local. O conhecimento que as pessoas mostraram era um conhecimento total, fechado. Avançaram nas discussões para outros temas, através de um inter-relacionamento complexo de dados da vida. Os dados conhecidos tinham relações entre si. Não eram fragmentários. O conhecimento que se alastrou também vinha crescendo nas relações com a vida. Tal qual uma árvore onde crescem as raízes e os galhos (SANTOS ⁴⁵). Os momentos de desenhar os mapas da Vila Varela e suas características foram construídos com detalhes, com experiências, com imagens, com fatos ocorridos, com linguagens

diferentes. Esses aspectos qualitativos do conhecimento caracterizam bem o valor de vida de cada indivíduo. É igualmente uma característica do nosso tempo, trabalhar harmonicamente os aspectos quantitativos das estatísticas e os dados subjetivos.

A realidade plural também solicita trabalho transdisciplinar. Na Oficina tínhamos psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, educador, médico, auxiliar de enfermagem além da população. Com as diferentes cosmovisões fica mais fácil a percepção de diferentes aspectos na multiplicidade das experiências.

A Educação em Saúde é uma atenção sempre presente nos profissionais que trabalham na área. As atividades de sentido pedagógico nos serviços de saúde, de parte de outros profissionais, é uma importante preocupação do educador em saúde pública. Ao definir, refletir, reorganizar, aderir à nova epistemologia nas práticas, o educador proporciona um alinhamento pedagógico adequado à história e oferece subsídios aos demais profissionais que trabalham na transdisciplinaridade .

A reflexão aqui desenvolvida procurou esclarecer as mudanças históricas que têm interferido na formação do conhecimento científico, inclusive na Educação em Saúde. Na prática, o dia a dia do educador é intensamente bombardeado por comportamento do modelo fragmentário de atuação em saúde. Este modelo ainda está presente entre nós. Reavaliar nossa prática tem, portanto, um compromisso não só com a população, com os profissionais educadores em saúde pública, mas também com todos que compreendem sua função educativa na saúde.

Na proposta de valorização da pessoa, a Educação em Saúde , enquanto conhecimento integrador está a caminho de instalar a vida saudável , a vida decente. A era bacteriológica, do modelo hegemônico, do conhecimento distante do que se vive e sente, está sendo posta sob severo exame crítico.

A Educação em Saúde é solicitada mais uma vez a fazer parte dessa história , pós - moderna, nas suas mais profundas características. Estamos buscando contribuir para essa análise com a Oficina de Territorialização de Vila Varela em Poá.

8.5.3. FAZENDO PARTE DA HISTÓRIA ATUAL

ASSMANN ⁵, analisando a nova configuração epistêmica do agir pedagógico, concebe três eixos que deveriam estar presentes nas práticas educativas:

- 1 - o primeiro eixo consiste no resgate das novidades da ciência a respeito de como se processa o conhecimento. Na visão do autor a mais importante é a “consolidação do modelo interpretativo que afirma a existência de uma relação estreita...entre processos vitais e processos cognitivos” (p.116);
- 2 - o segundo eixo é formado pelos recursos científico-tecnológicos que interferem e processam novos meios de aprendizagem;
- 3 - o terceiro eixo é constituído pela sociedade que exalta um conjunto de possibilidades e expectativas nessa cultura da aprendizagem.

Na época atual, a concepção do aprender deve trabalhar com a intersecção desses três eixos, oferecendo às pessoas a vivência de experiências cognitivas, a possibilidade de serem criativas, de tomarem iniciativas e desfrutarem das oportunidades da sociedade. Na aprendizagem em saúde entendemos que, para manter o estado saudável, cumpre valorizar as experiências vividas do senso comum, a liberdade de escolha, ensejando as oportunidades de saber e de criar condições para a saúde dentro de cada vida.

As reflexões presentes na história atual nos compelem a repensar as linhas mestras dos comportamentos e o papel que temos dentro delas. Qual é o caminho dessa sociedade que muda substancialmente o enfoque das relações entre homem e mundo? O que está acontecendo à nossa volta mostra-nos porventura aspectos éticos, de justiça, de comportamentos religiosos, entre outros, na vida de trabalho, produção, progresso tecnológico, educação e saúde? São questões nucleares sobre a natureza das sociedades atuais. Porque hoje relativizamos a ciência e não aceitamos as metanarrativas, somos solicitados a buscar outros caminhos para responder a essa existência desafiante. É esse grande painel que nos obriga a reavaliar as potencialidades

do homem. É preciso entender o Iluminismo e buscar saídas para o momento atual. Se a era moderna se torna questão, é também a história que exige uma nova reorientação.

O debate desta nossa época focaliza o social e o cultural como as matrizes das novas reflexões nos vários campos da vida: econômico, político, industrial, científico etc. Precisamos formar juízos sobre a modernidade onde “... a ordem social é caracterizada acima de tudo por novos modos de comunicação” (LYON³³ p. 129).

O vínculo histórico da Educação em Saúde é forte e seu envolvimento evidencia-se no seu currículo e nos órgãos formadores de opinião. As análises filosóficas e científicas ajudam a reconfigurar a educação para o novo tempo. Nesse sentido, o esforço de compreender a nova racionalidade educativa na Oficina de Vila Varela, nos seus conteúdos e práticas, proporciona subsídios para o pesquisador-educador concretizar sua história e com responsabilidade, contribuir para a ciência.

Entendemos o pós-moderno enquanto campo de possibilidades e criações. Duvidamos do passado mas acreditamos no futuro. Confiamos no legado do indiscutível avanço científico-tecnológico e na capacidade de utilizá-lo em benefício da vida saudável. Como vamos gerenciá-lo? Tudo depende de nós.

9. CONCLUSÃO

A Oficina de Territorialização de Vila Varela exibe uma abordagem educativa em que se valoriza a construção do sujeito-autor de sua saúde. Considera-se a construção do conhecimento como o cerne da preocupação pedagógica em saúde. Enquanto construção admite a razão processual, que reconhece como valor de ciência as expressões do homem comum circunstanciado.

A prática da Oficina de Territorialização de Vila Varela assim concebida nos introduz no campo da crítica epistemológica das ciências. A Educação em Saúde enquanto ciência faz parte da crise paradigmática e reconhece que pode colaborar na superação da concepção tradicional de ciência, assumindo seu objeto como sujeito livre em construção. A Educação em Saúde é histórica, participa do ideário científico da época e atualmente dá mostras de insatisfação ao modelo médico-assistencial do paradigma tradicional.

A Educação em Saúde aqui proposta afirma como fundamental, a reflexão sobre as bases conceituais científicas do novo paradigma, do novo homem, da nova visão de ciência. Esse debruçar-se sobre a sua realidade é a mesma prática preconizada dentro da proposta educativa. O entendimento de si próprio perpassa pelo olhar-se na história circundante (Realidade), pelo encontro na teoria de novo paradigma (Teoria) e pelo retorno à Educação em Saúde de Vila Varela, o campo fértil da construção da nova ciência, diminuindo as diferenças e aproximando vida e conhecimento científico.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2 (1/2) : 5-20, 1997.
- 2 - ALVARENGA, A.T. Considerações teórico-metodológicas acerca do discurso de Naomar Almeida Filho sobre a transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2 (1/2) :45-5, 1997.
- 3 - ANDER-EGG, E. *El taller, una alternativa para la renovation pedagógica*. 2º ed. Rio del Plata, Ed. Magistério, 1991.
- 4 - ASSMANN, H. *Paradigmas educacionais e a corporeidade*. São Paulo, Editora da UNIMEP, 1994.
- 5 - ASSMANN, H. *Metáforas novas para reencontrar a educação*. 2ª ed. S. P. UNIMEP, 1998.
- 6 - BRIXI, O. Can we talk of health promotion at a time of so many regressions? *Promot. Educ.* (1/4), Editorial, 1994.
- 7 - CANDEIAS, N.F.M. Evolução histórica da educação em saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da USP - 1925 a 1967. *Rev. Saúde Pública*, 22 (4) : 347-65, 1988.
- 8 - CARVALHO, M.C., *Construindo o saber*. 5º ed. São Paulo, Papyrus, 1995.
- 9 - CHAMMÉ, S.J. Educação para a doença. *Saúde Deb.* (44) : 32-4, 1994.
- 10 - DICIONÁRIO Oxford de filosofia. Rio de Janeiro, Zahar, 1997.
- 11 - DICIONÁRIO prático de filosofia. Lisboa, Terramar, 1994.
- 12 - FREIRE, A.M. A trajetória de Paulo Freire. In: Gadotti, M. et al. *Paulo Freire uma biobibliografia*. São Paulo, Cortez, 1996, p. 5-20.
- 13 - FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. 4º ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1994.
- 14 - FREIRE, P. *Extensão e comunicação*. 8º ed. São Paulo. Paz e Terra, 1985.
- 15 - FREIRE, P. *Pedagogia del oprimido*. 8º ed. Buenos Aires, . Siglo Veintiuno, 1973.
- 16 - FREIRE, P. *Pedagogia da esperança*. São Paulo, Paz e Terra, 1992.

-
- 17 - GADOTTI, M. et al. *Paulo Freire uma biobibliografia*. São Paulo, Cortez, 1996. p. 69-115: A voz do biógrafo brasileiro. A prática à altura do sonho.
- 18 - GAJARDO, M. *Pesquisa participante na América Latina*. São Paulo, Brasiliense, 1996.
- 19 - GEERTZ, C. *O saber local*, R. J. Vozes, 1998.
- 20 - GERHART, H.P. Uma voz europeia : arqueologia de um pensamento. In Gadotti M. et al, *Paulo Freire uma biobibliografia*. São Paulo, Cortez, 1996. p.149-70.
- 21 - GIDDENS, A. et al. *Modernização reflexiva*. São Paulo. Editora da UNESP,1995.
- 22 - GIDDENS, A. *Las nuevas reglas del método sociológico*. Buenos Aires. Amorrortu, 1993.
- 23 - GIROUX, H. *Os professores como intelectuais*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.
- 24 - GREEN. L.W. et al . *Health education planning: a diagnostic approach*. Mayfield, Palo Alto, 1980.
- 25 - GREEN, L.W. Policies for decentralizations and development in health education. *Rev. Saúde Pública*, 22 (3): 217-20,1988.
- 26 - GUTIÉRREZ, PÉREZ, F. Desarrollo sociopolítico y educación comunitária.. In: Gadotti, M. *Educação popular: utopia latino americana*. São Paulo, Cortez, 1994. p. 122-9.
- 27 - HABERMAS, J. *Pensamento pós-metafísico*. 2º ed., Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1988.
- 28 - HAGARD, S. Quels sont les principaux contextes d'intervention et les types de action en promotion de la santé? *Promot. Educ*, 1(3) : 28-32, 1994.
- 29 - JARA, O. *Concepção dialética da educação popular*, São Paulo, CEPIS, 1985.
- 30 - JARA, O. El reto de teorizar sobre la práctica para transformala. In Gadotti, M. *Educação popular: utopia latino americana*. São Paulo, Cortez, 1994. p.102-3.
- 31 - KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. 3º ed. São Paulo, Perspectiva, 1994.
- 32 - LALANDE, A. *Dicionário técnico da filosofia*. São Paulo, Ed. Martins Fontes, 1993.
- 33 - LYON, D. *Pós-modernidade*, S.P. Paulus, 1998.
- 34- MATTOS, C. L. *Vocabulário filosófico*, São Paulo, Leia, 1957.

-
- 35 - MATUS, C. Fundamentos de planificação situacional . In: Uribe Rivera, J. *Planejamento e programação em saúde, um enfoque estratégico*. São Paulo, Cortez, 1989. p. 105-48.
- 36 - MELO, J. C. *Educação sanitária: uma visão crítica*. São Paulo, CEBES, 1984.(Cadernos CEBES,4).
- 37 - NAJMANOVICH, D. A lenguaje de los vínculos: de la independência absoluta a la autonomia relativa, [mimeografado na disciplina de Epistemologia do curso de pós graduação da Educação da USP em 1997].
- 38 - NUNES, E. D. Saúde coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação . *Ciênc. Saúde Coletiva*.1 (1): 55-69, 1996.
- 39 - OLIVEIRA, M. L. Concepções, dificuldades e desafios nas ações educativas em saúde para escolares no Brasil. *Divulg. Saúde Deb. (18)* : p. 43-50., 1997.
- 40 - PAME, P. Evaluación y promoción de la salud: situación de la literatura internacional al respecto. *Promot. Educ.*, 2 (1) : 59-60, 1995 .
- 41 - PRIGOGINE, I. Ciência e cultura: uma nova aliança.. *Correio*, 16 (7): 9-13,1989.
- 42 - PRIGOGINE, I. *O fim das certezas* . São Paulo, Editora da UNESP, 1996.
- 43 - REALE, G. *Para uma nova interpretação de Platão*. 14° ed. São Paulo, Loyola, 1997.
- 44- RICOEUR, P. *Em torno ao político*. São Paulo, Loyola, 1995.
- 45 - SANTOS, B. S. *Um discurso sobre as ciências*. 8° ed. Lisboa, Afrontamento, 1996.
- 46 - SANTOS, M. *A natureza do espaço*. São Paulo, Hucitec, 1996.
- 47 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE de POÁ. Relatório da Oficina de Territorialização de Vila Varela . Poá. São Paulo, 1997.
- 48 - SIEBENEICHLER, F. B. *Razão comunicativa e emancipadora*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileira, 1989.
- 49 - TEIXEIRA, C. F. Planejamento e programação local de saúde. São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, 1989.
- 50 - TESTA, M. O pensamento estratégico em saúde : In : Uribe Rivera, J, *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo, Cortez, 1989. p 59-104.
- 51 - THIOLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 5° ed. São Paulo, Cortez, 1992.

- 52 - TORRES, C. A. Uma biografia intelectual : In Gadotti, M. *Paulo Freire uma biobibliografia*. São Paulo, Cortez, 1996. p. 117-47.
- 53 - UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: Mendes, E. *Distrito sanitário*. 3ªed. São Paulo, ABRASCO/Hucitec, 1995. p.221-35.
- 54 - UNGLERT, C. V. S. O processo de territorialização em saúde no município de São Paulo. In: Teixeira, C. e Melo, C. *Construindo distritos sanitários: a experiência da cooperação italiana no município de São Paulo*. São Paulo, Hucitec, 1995, p.35 a 43.
- 55 - UNGLERT, C. V. S. Territorialização em saúde: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente. São Paulo, 1995. [Tese de Livre Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP].
- 56 - URIBE RIVERA, J. *Planejamento e programação em saúde : um enfoque estratégico*. São Paulo, Cortez, 1989. p. 151-76 : Por um modelo de formulação de políticas de saúde baseado no enfoque estratégico.
- 57 - WESTPHAL, M. F. Participação da mãe no cuidado da criança com asma brônquica. São Paulo, 1982. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP] .
- 58 - WESTPHAL, M. F.& PELICIONE M. C. F. Contribuição da educação em saúde para a Reforma Sanitária. *Saúde Deb.*(33) : 68-73, 1991.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

CHIESA , A. M. O uso de estratégias participativas para o conhecimento das representações sociais de mulheres da região de Pirituba/Perus com resultado classe III de Papanicolau. São Paulo, 1993 [Dissertação de mestrado- Faculdade de Saúde Pública da USP].

CHIESA, A. M. & WESTPHAL, M. F. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. *Saúde Deb.* (46): 19-22, 1995

CHIOZZA, L. *Porque adoecemos?* São Paulo, Papirus, 1987.

DUSSEL, E. *Oito ensaios sobre cultura latino -americana e libertação*. São Paulo, Paulinas, 1997.

NUNES, E. D. *Pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo, Cortez, 1989.

SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice*, 2ª ed. São Paulo, Cortez, 1995.

TESTA, M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre, ABRASCO, 1992.

11. ANEXO I - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PARTICIPANTES DA OFICINA DE TERRITORIALIZAÇÃO DE VILA VARELA EM POÁ. NOVEMBRO DE 1997. SÃO PAULO

1. Você participa da Oficina como representante:

- A) Da comunidade;
- B) Dos funcionários da saúde;
- C) Outros _____

2. Qual a sua função enquanto trabalhador?

3. Você já participou de outra Oficina para um outro tema?

- A) Sim;
- B) Não;
- C) Não sei

4. O que mais lhe chamou a atenção no processo da Oficina?

- A) A participação das pessoas nos grupos;
- B) A forma de trabalhar;
- C) As conclusões a que chegamos;
- D) Outros _____

5. O que você espera fazer depois desses encontros a fim de melhorar a Saúde da população?

6. Você mudou de opinião sobre qualquer assunto durante a Oficina?

- A) Sim;
- B) Não;
- C) Não sei.

7. Essa(s) mudança(s) irá(ão) fazer você mudar de atitude?

- A) Sim;
- B) Não;
- C) Não sei.

8. Aqui você pode escolher mais de uma alternativa.

Ao participar da Oficina você se sentiu:

- A) Feliz;
- B) Ansioso;
- C) Mal-humorado;
- D) Cansado;
- E) Alegre;

- F) Triste;
 - G) Com raiva;
 - H) Indiferente;
 - I) Outras sensações
-
-

9. Explique essas sensações.

10. O que você mais gostou quando participou da Oficina? Dê uma nota de 1 a 7 em ordem decrescente (do maior para o menor).

- A) Ficar calado;
 - B) Poder levantar dados;
 - C) Conhecer melhor sobre seu trabalho;
 - D) Conhecer melhor sobre a comunidade;
 - E) Pensar;
 - F) Falar;
 - G) Outros
-
-

11. Você acredita que é possível ter um objetivo comum com as pessoas que estão aqui na Oficina?

- A) Sim;
- B) Não;
- C) Não sei.

12. Se você respondeu sim na pergunta anterior, diga se é possível realizar esse objetivo?

- A) Sim;
- B) Não;
- C) Não sei.

13. Durante a Oficina as pessoas escutaram o que você tinha para falar?

- A) Sempre;
- B) Às vezes;
- C) Nunca;
- D) Não sei.

14. Você soube escutar as opiniões dos participantes?

Sempre;

- A) Às vezes;
- B) Nunca;

C) Não sei.

15 - Você gostou do jeito de trabalho dos coordenadores?

- A) Sim;
 - B) Não;
 - C) Não sei.
 - D) Dê sugestões
-
-

16. Dê uma nota de 1 a 4 em ordem decrescente.

As dificuldades que você encontrou nesse trabalho foram por causa:

- A) Sua;
 - B) Dos outros participantes;
 - C) Da maneira que o grupo foi estruturado;
 - D) Por outras causas
-
-

17. Você pode escolher mais de uma alternativa.

Para você, um trabalho como esse da Oficina ajuda a solucionar problemas de saúde, porque?

- A) É um trabalho de conscientização do papel de cada um nos problemas locais;
- B) Dá pistas para novas soluções;
- C) Dá força política ao grupo;
- D) Não soluciona.

18. O que mais você pode fazer para realizar o (s) objetivo(s) dessa Oficina?

19. Dê uma nota de 1 a 5 na ordem decrescente.

Quais as maiores dificuldades que você pensa encontrar para trabalhar esse (s) objetivo (s)?

- A) Dos companheiros que não estiveram aqui para elaborar junto os passos;
 - B) Das direções do sistema de saúde local;
 - C) Dos políticos da região;
 - D) De você mesma;
 - E) De Outros
-
-

20. Enumere em ordem de prioridade.

A Oficina é importante porque:

- A) Nela descobrem-se fatos novos pertinentes a uma visão ampla da Sociedade;
- B) Todos podem falar o que entendem sobre a saúde;
- C) Podemos organizar intenções que cheguem a instâncias decisórias onde o poder administrativo tem mais força.

21. Você concorda que as Oficinas de Territorialização são atividades prioritárias nesse momento para a sua região?

- A) Sim;
- B) Não;
- C) Não sei.

22. Essa forma de trabalhar (as Oficinas) é adequada para resolver problemas de saúde?

- A) Sim;
- B) Não;
- C) Não sei.

23. Qual é o aspecto mais importante que você apontaria na Oficina?

- A) De prevenção da doença;
- B) De promoção da saúde;
- C) De curar a doença.

24. Qual é o principal obstáculo para o sucesso da Oficina?

- A) O funcionário da saúde;
- B) A população;
- C) A administração superior.

25. Você pensa que sua participação na Oficina, é:

- A) Muito importante;
- B) Regularmente importante;
- C) Pouco importante;
- D) Nada importante.

26. Você tem sugestões para as outras Oficinas?

- A) Não;
- B) Sim, quais

12. ANEXO II - RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO

Tabela 1 - N° e % de participantes da Oficina enquanto representantes da região de Poá.

Representantes	(n°)	(%)
Da comunidade	5	50,00
Dos funcionários da saúde	4	40,00
De outros	1	10,00
Total:	10	100,00

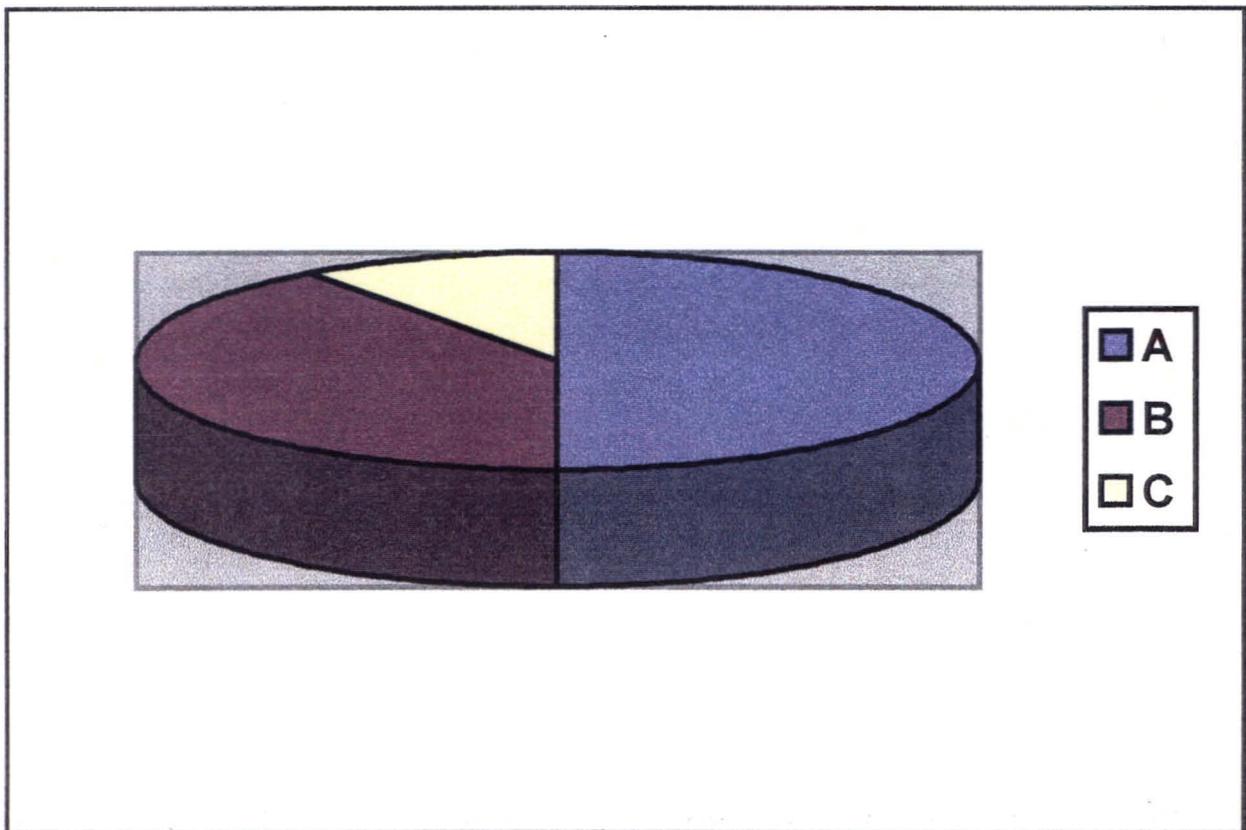


Figura 1 -Participantes da Oficina enquanto representantes da região de Poá.

LEGENDA

Comunidade	A
Funcionários da Saúde	B
Outros	C

Tabela 2 - Participação de experiências anteriores em outras Oficinas (nº e %).

Participou de oficinas?	(nº)	(%)
Sim	6	60,00
Não	4	40,00
Não sei	0	0,00
Total:	10	100,00

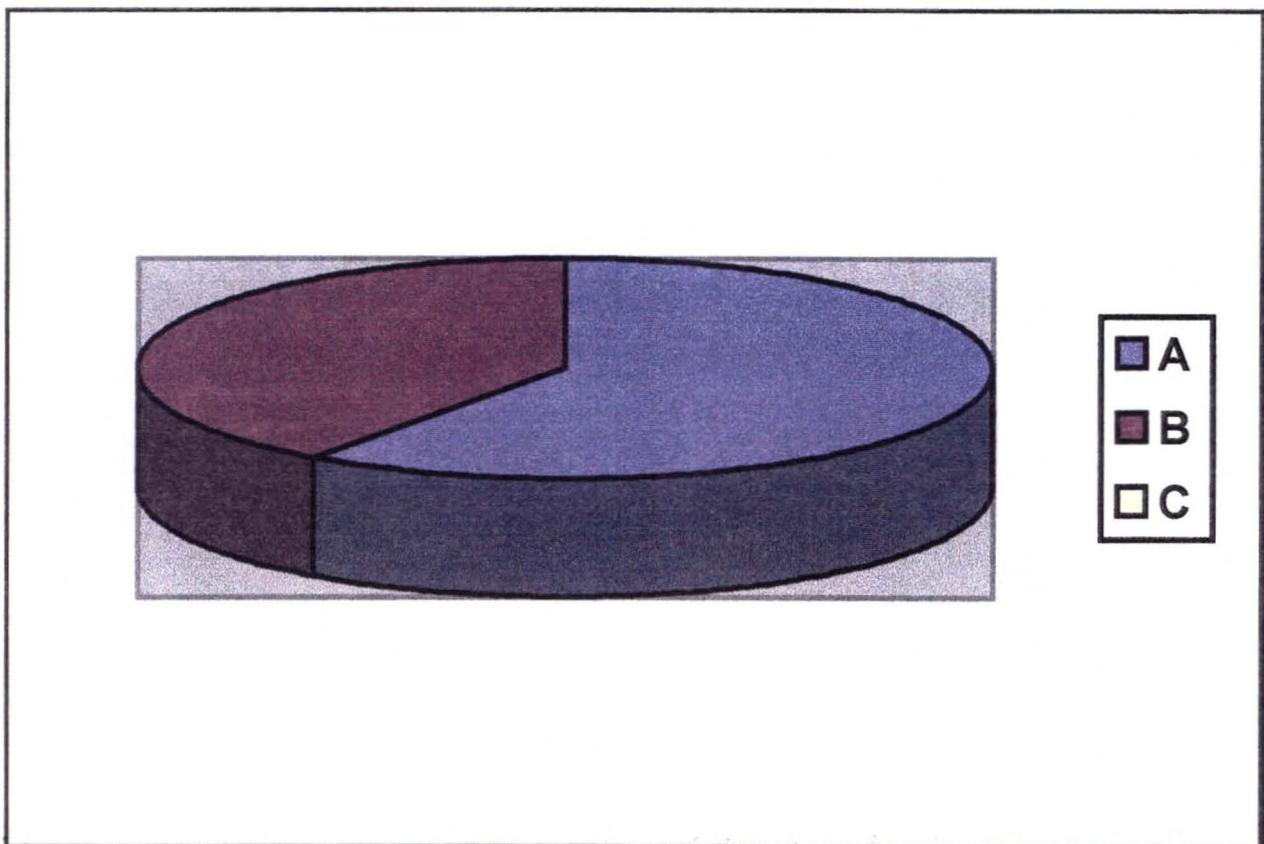


Figura 2 - Participação de experiências anteriores em outras Oficinas .

LEGENDA

Sim	A
Não	B
Não sei	C

Tabela 3 - Respostas dadas conforme o grau de importância a características de participação, formas de trabalhar e conclusões obtidas na oficina (nº e %).

Características de:	(nº)	(%)
Participação das pessoas	4	25,00
Forma de trabalhar	7	43,75
Conclusões obtidas	5	31,25
Outros	0	0,00
Total:	16	100,00

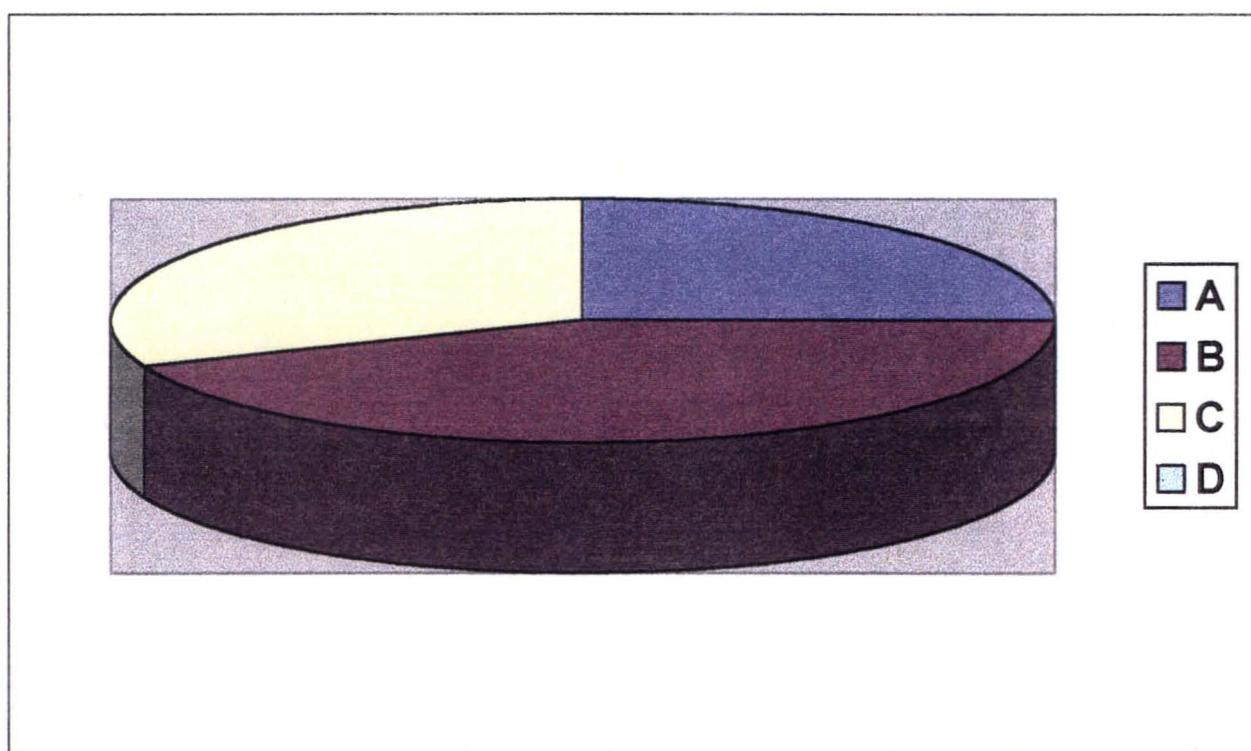


Figura 3 - Respostas dadas conforme o grau de importância a características de participação, formas de trabalhar e conclusões obtidas na oficina .

LEGENDA

Participação das pessoas
Forma de Trabalhar
Conclusões Obtidas
Outros

A
B
C
D

Tabela 4 - Respostas de acordo com mudança ou não de opinião sobre assuntos durante a oficina (n° e %)

Mudanças de opinião	(n°)	(%)
Sim	7	70,00
Não	3	30,00
Não sei	0	0,00
Total:	10	100,00

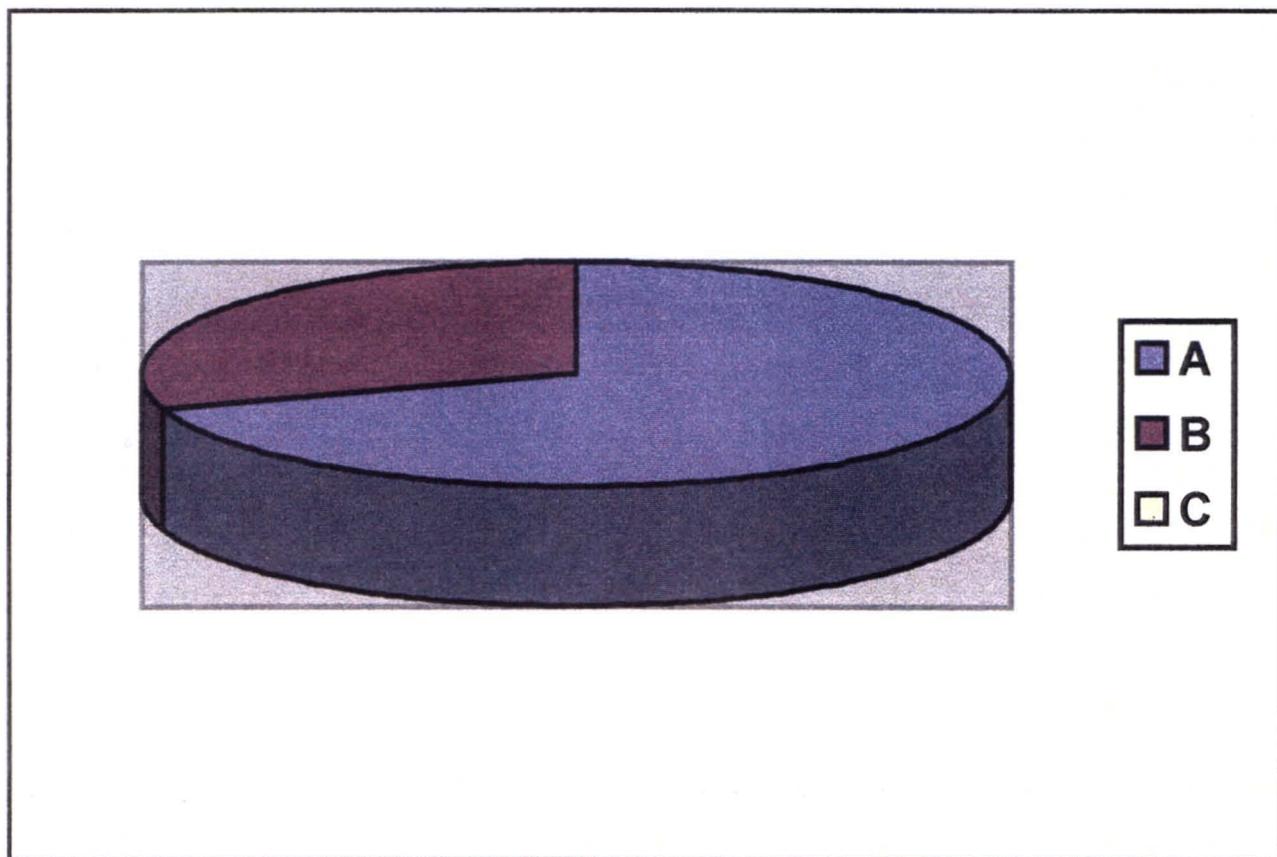


Figura 4 - Respostas de acordo com mudança ou não de opinião sobre assuntos durante a oficina (n° e %)

LEGENDA

Sim	A
Não	B
Não sei	C

Tabela 5 - Relatos de possíveis mudanças de atitude (nº e %) dos participantes em função das novas opiniões adquiridas na Oficina.

Acredita que vai mudar opinião?	(nº)	(%)
Sim	7	70,00
Não	2	20,00
Não sei	1	10,00
Total:	10	100,00

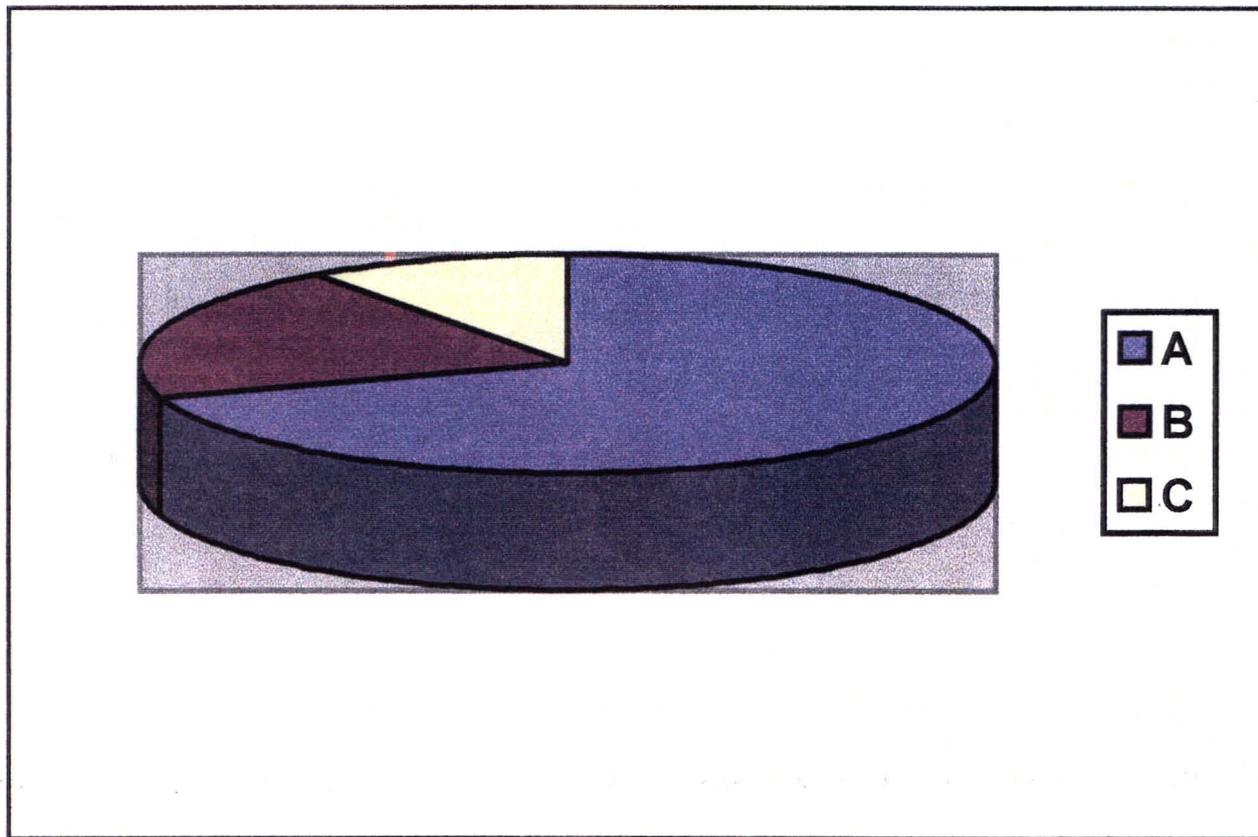


Figura 5 - Relatos de possíveis mudanças de atitude dos participantes em função das novas opiniões adquiridas na Oficina .

LEGENDA

Sim	A
Não	B
Não sei	C

Tabela 6 - N° e % de respostas sobre sentimentos expressados quando da participação da Oficina.

Sentimentos de	(n°)	(%)
Felicidade	5	29,44
Ansiedade	4	23,52
Mal-humor	0	0,00
Cansaço	4	23,52
Alegria	3	17,64
Tristeza	0	0,00
Raiva	1	5,88
Indiferença	0	0,00
Outras	0	0,00
Total:	17	100,00

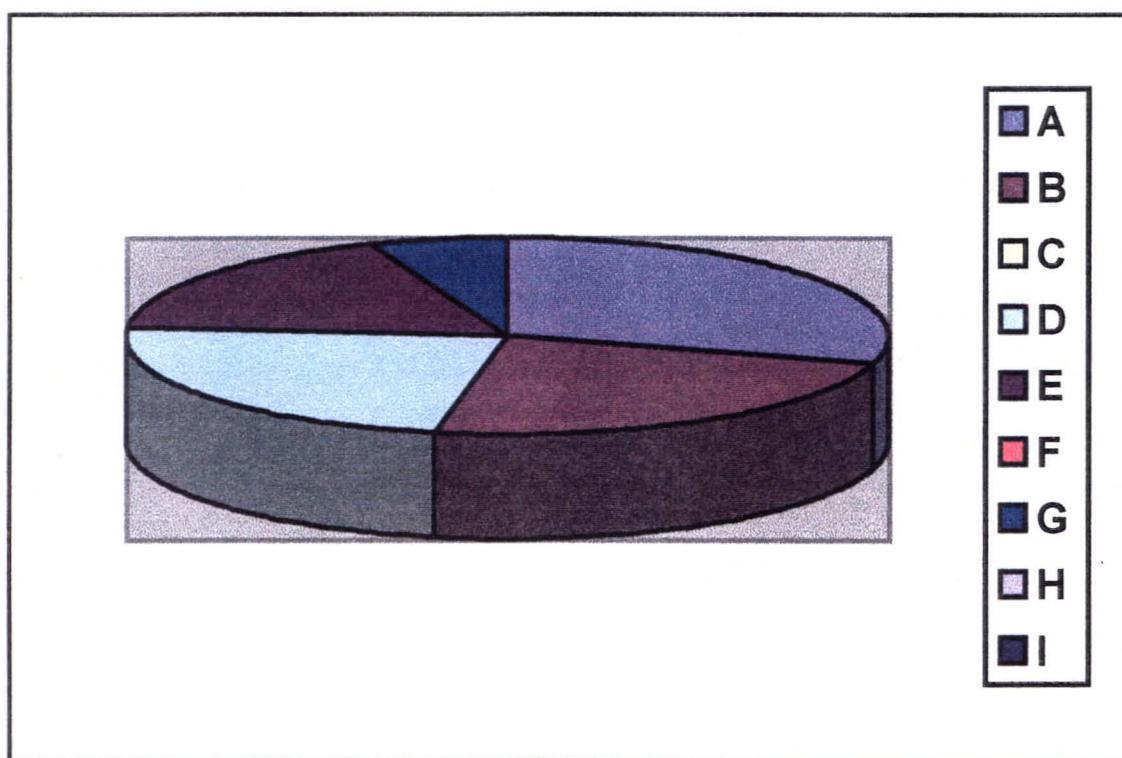


Figura 6 -Respostas sobre sentimentos expressados quando da participação da Oficina.

LEGENDA

Felicidade	A
Ansiedade	B
Mal-humor	C
Cansaço	D
Alegria	E
Tristeza	F
Raiva	G
Indiferença	H
Outras	I

Tabela 7 - N° e % de respostas, dos participantes da oficina, por prioridade, de acordo com o que mais gostaram de fazer durante as reuniões.

Gostou mais de:	(n°)	(%)
Ficar calado	4	9,76
Levantar dados	6	14,63
Conhecer melhor seu trabalho	8	19,52
Conhecer melhor a comunidade	9	21,95
Pensar	7	17,07
Falar	7	17,07
Outros	0	0,00
Total	41	100,00

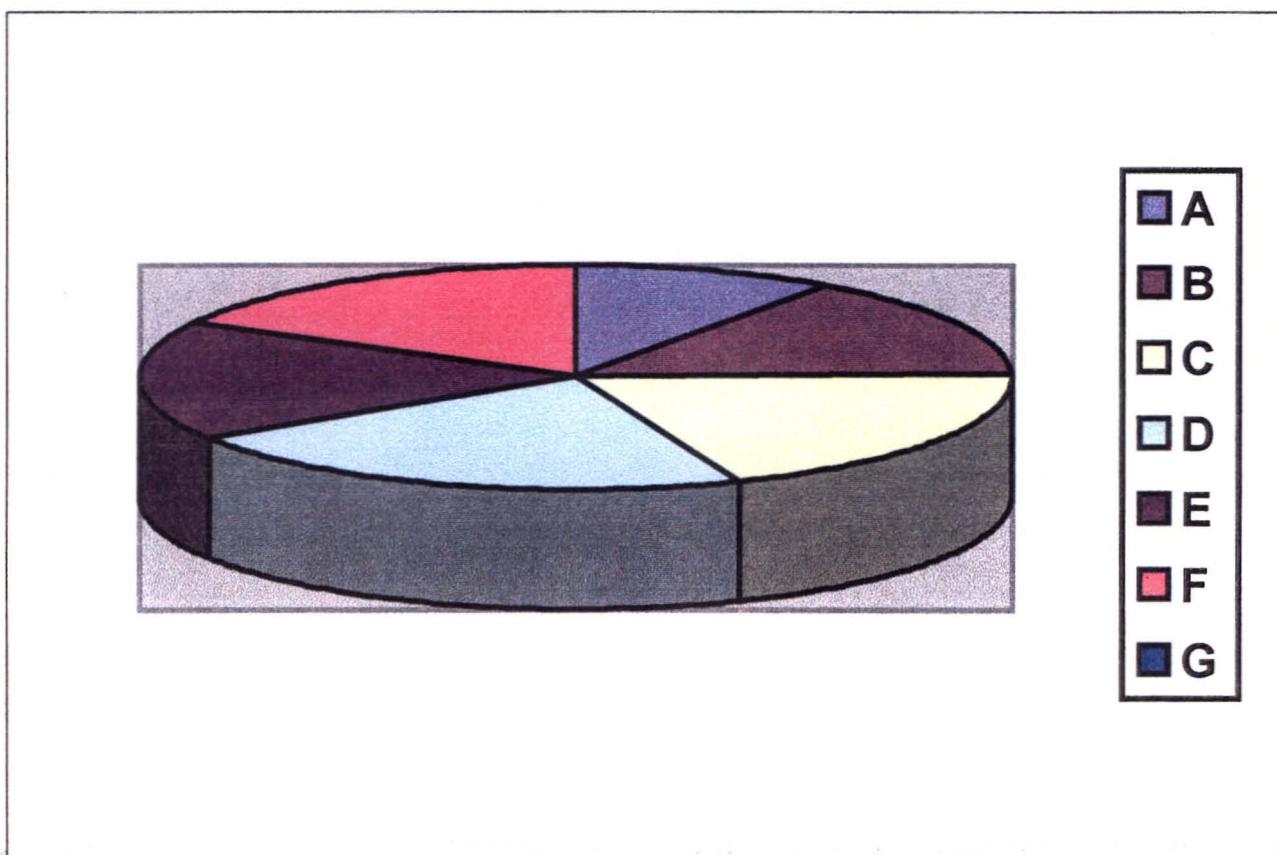


Figura 7 - Respostas, dos participantes da oficina, por prioridade, de acordo com o que mais gostaram de fazer durante as reuniões.

LEGENDA

Ficar calado	A
Levantar dados	B
Conhecer melhor seu trabalho	C
Conhecer melhor a comunidade	D
Pensar	E
Falar	F
Outros	G

Tabela 8 - Respostas sobre a possibilidade dos participantes da Oficina terem um objetivo comum (nº e % .)

É possível objetivo comum?	(nº)	(%)
Sim	10	100,00
Não	0	0,00
Não sei	0	0,00
Total:	10	100,00

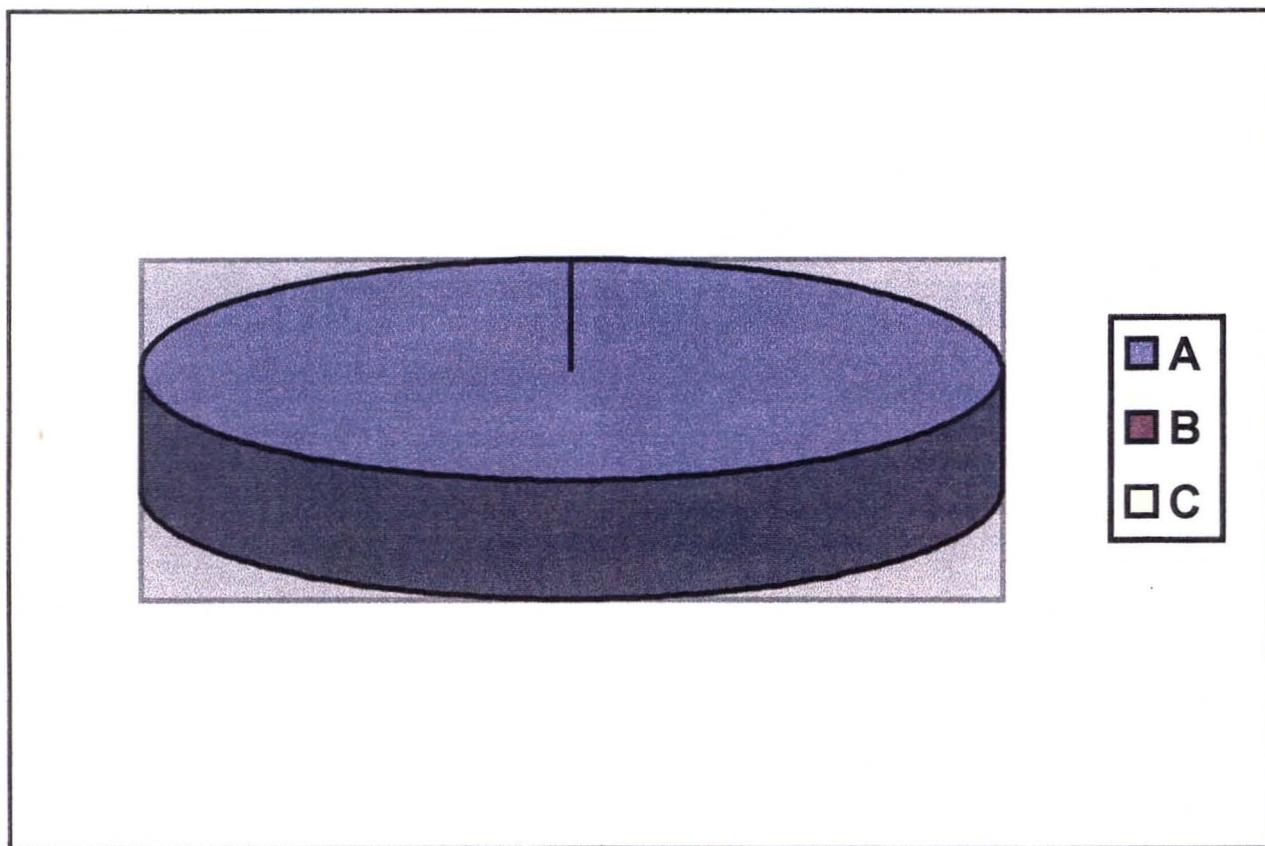


Figura 8- Respostas sobre a possibilidade dos participantes da Oficina terem um objetivo comum .

LEGENDA

Sim A
Não B
Não sei C

Tabela 9 - N° e % de respostas sobre a possibilidade do objetivo comum ser realizado.

Possibilidade de realização do objetivo comum	(n°)	(%)
Sim	9	90,00
Não	0	0,00
Não sei	1	10,00
Total:	10	100,00

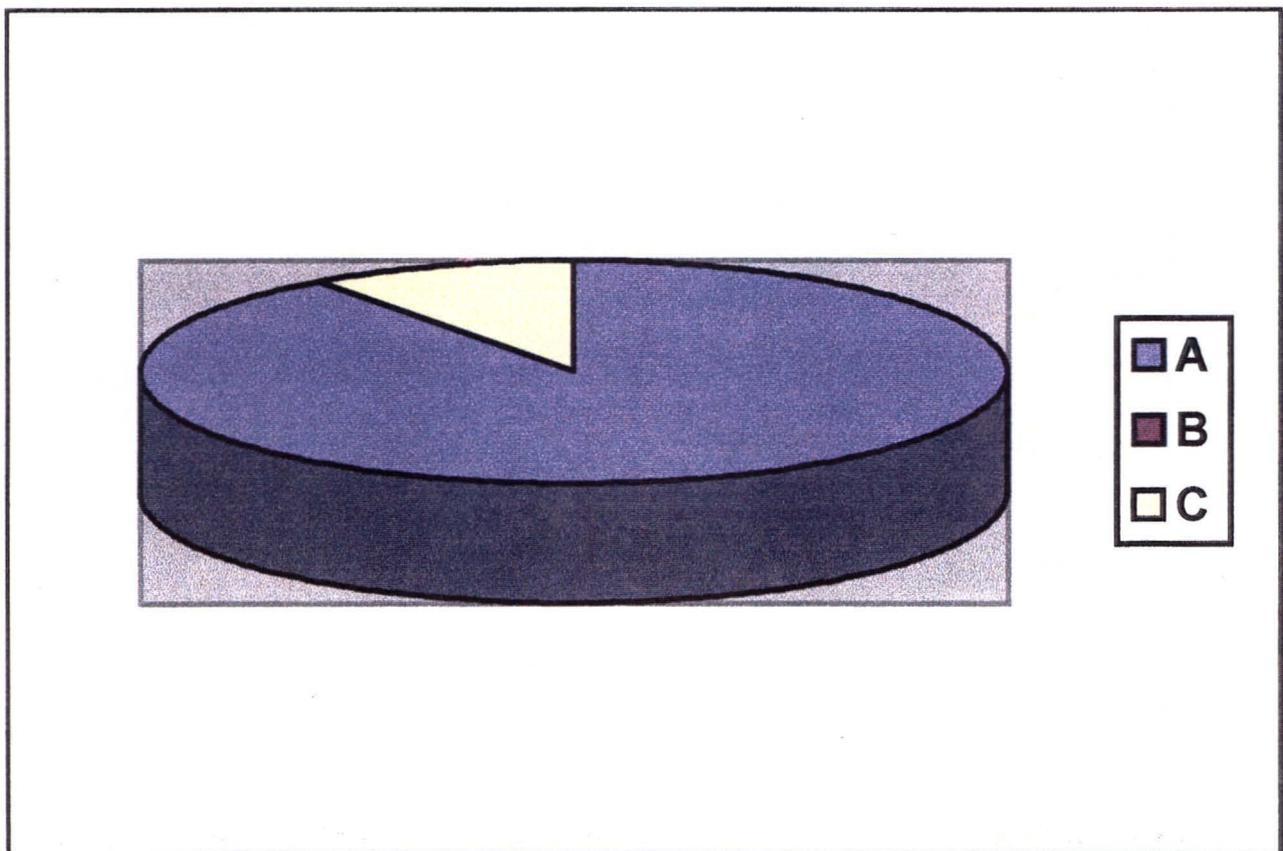


Figura 9- Respostas sobre a possibilidade do objetivo comum ser realizado.

LEGENDA

Sim	A
Não	B
Não sei	C

Tabela 10 - Nº e % de respostas a respeito dos participantes serem escutados pelos outros enquanto falavam durante a Oficina.

As pessoas escutaram você?	(nº)	(%)
Sempre	9	90,00
Às vezes	1	10,00
Nunca	0	0,00
Não sei	0	0,00
Total:	10	100,00

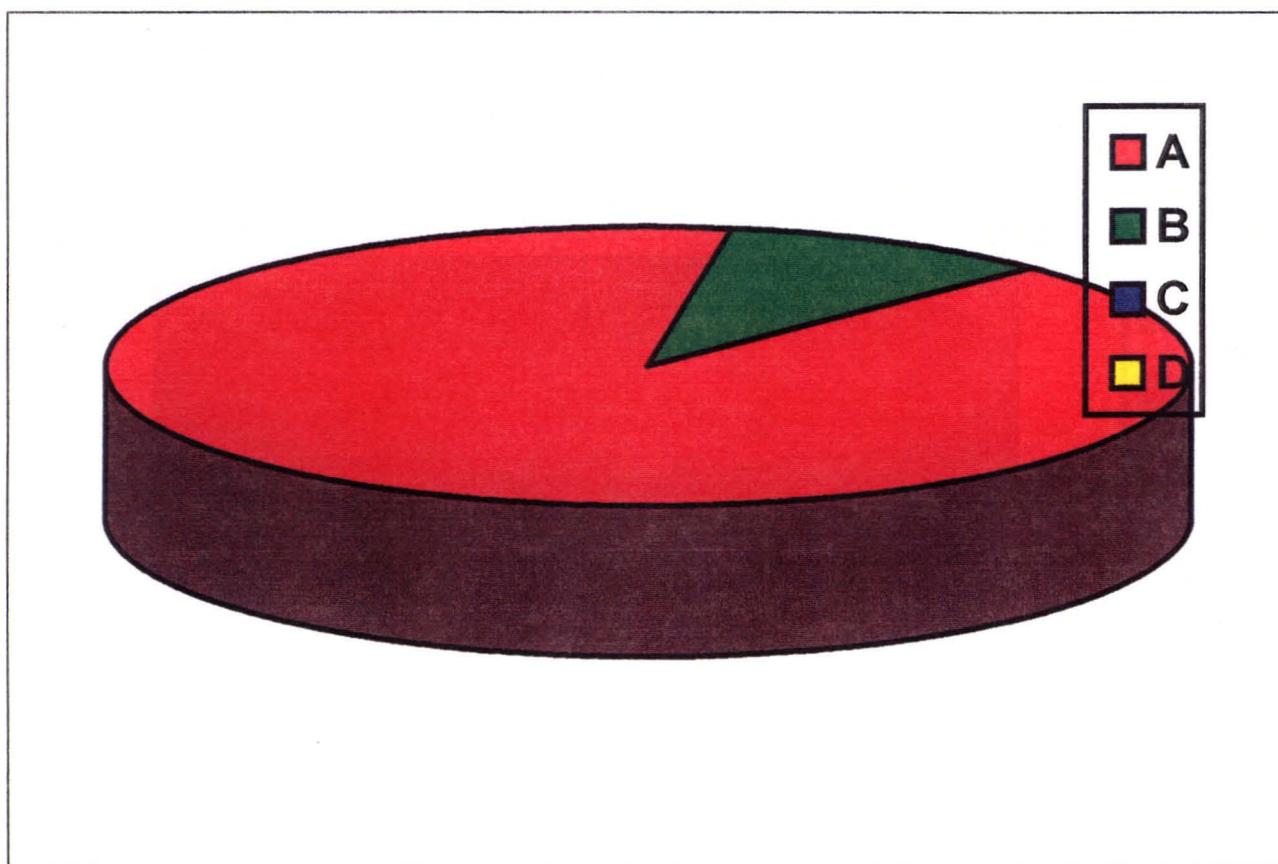


Figura 10- Respeito dos participantes serem escutados pelos outros enquanto falavam durante a Oficina.

LEGENDA

Sempre	A
Às vezes	B
Nunca	C
Não sei	D

Tabela 11 - N° e % de respostas dos participantes segundo a capacidade de escutar os outros.

Você soube escutar os outros?	(n°)	(%)
Sempre	10	100,00
Às vezes	0	0,00
Nunca	0	0,00
Não sei	0	0,00
Total:	10	100,00

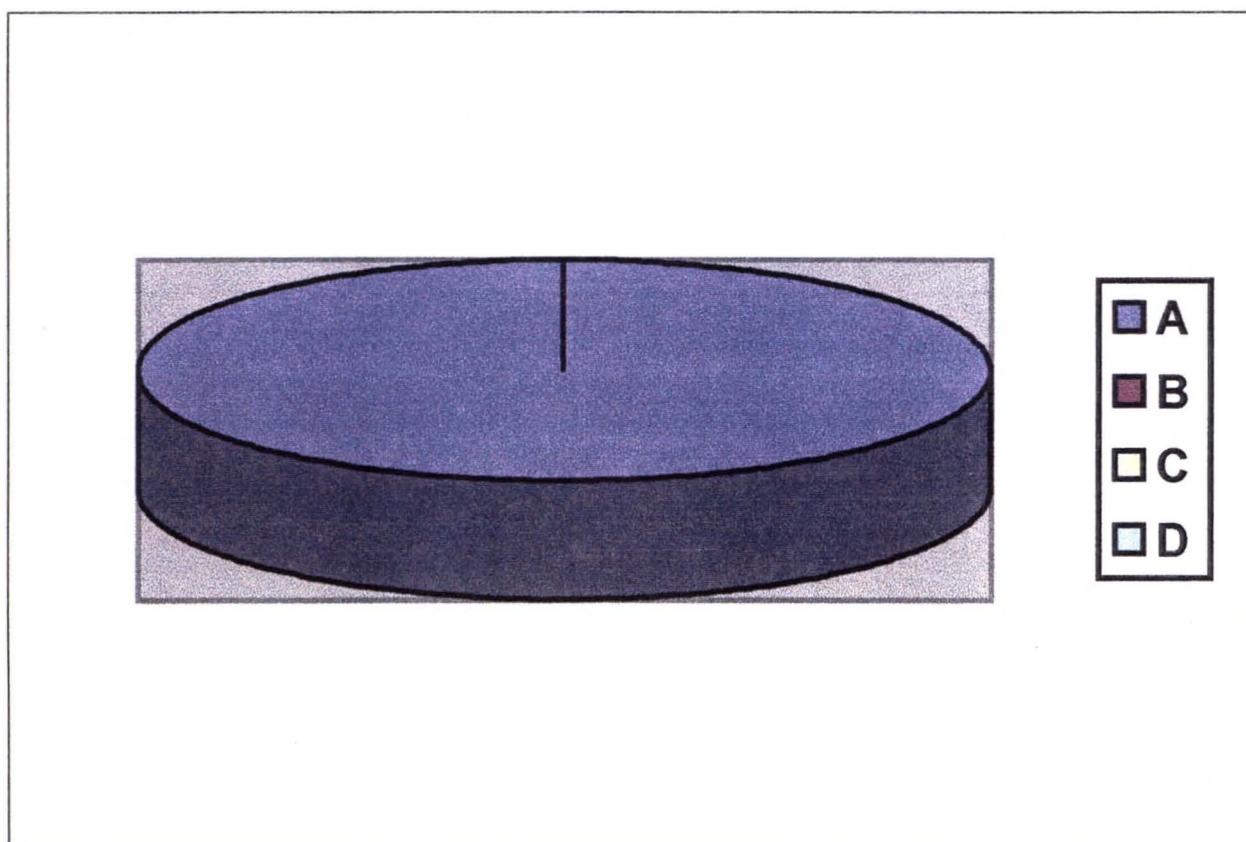


Figura 11- Respostas dos participantes segundo a capacidade de escutar os outros.

LEGENDA

Sempre	A
As vezes	B
Nunca	C
Não sei	D

Tabela 12 - Respostas (n° e %) sobre o desempenho dos Coordenadores da Oficina.

Gostou do desempenho?	(n°)	(%)
Sim	10	100,00
Não	0	0,00
Não sei	0	0,00
Total:	10	100,00

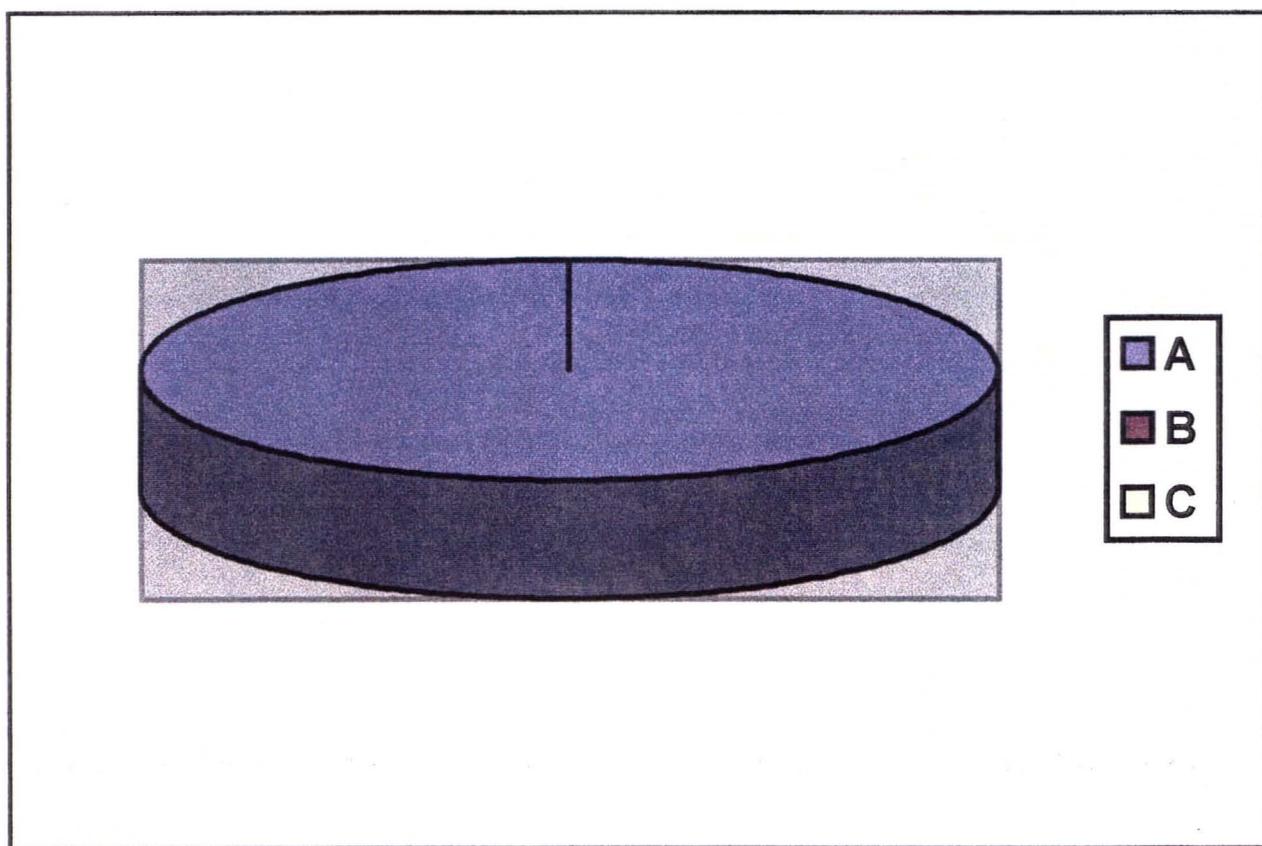


Figura 12- Respostas sobre o desempenho dos Coordenadores da Oficina.

LEGENDA

Sim A
Não B
Não sei C

Tabela 13 - Classificação das responsabilidades sobre dificuldades encontradas na Oficina, por ordem de prioridade (nº e %).

As dificuldades encontradas foram de responsabilidade:	(nº)	(%)
Sua	0	0,00
Dos outros participantes	2	20,00
Da maneira que o grupo foi estruturado	0	0,00
Não tenho dificuldades	7	70,00
Sem resposta	1	10,00
Outros	0	0,00
Total:	10	100,00

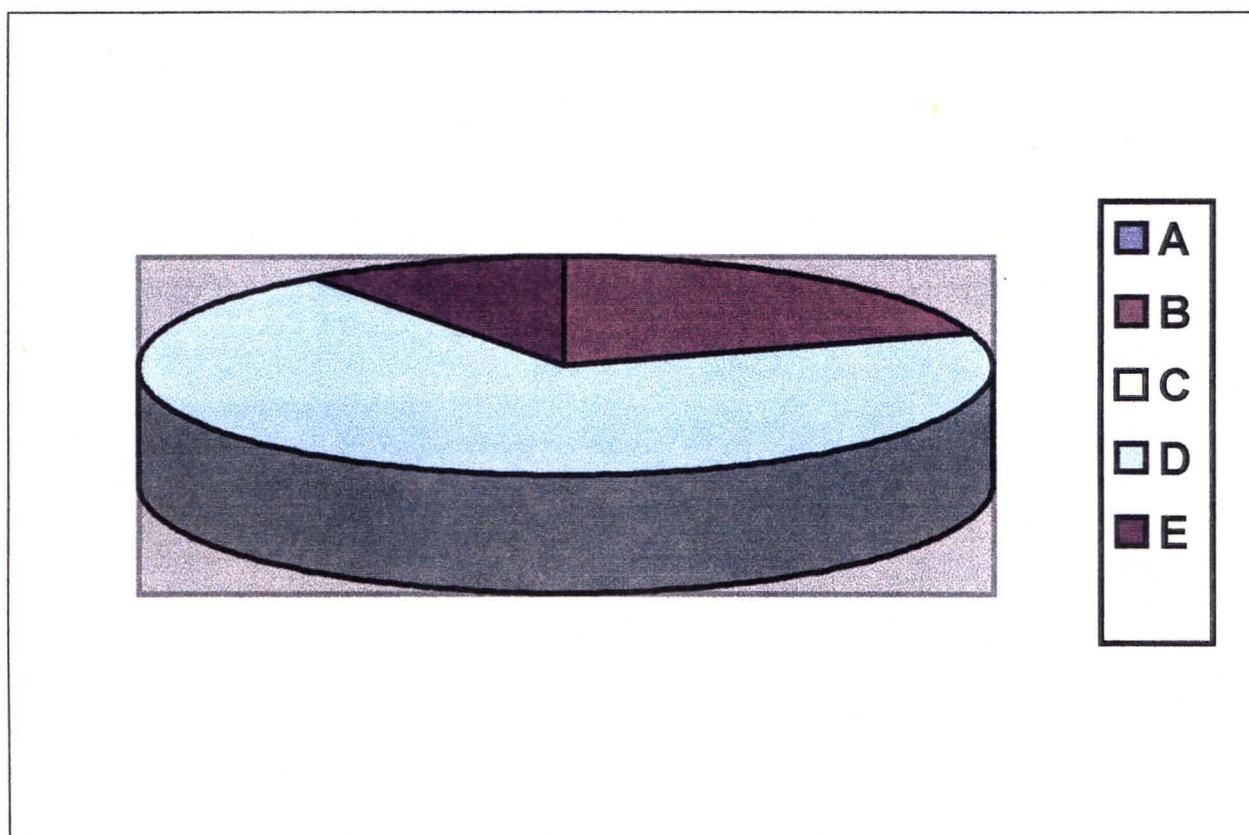


Figura 13- Classificação das responsabilidades sobre dificuldades encontradas na Oficina, por ordem de prioridade)

LEGENDA

Sua	A
Dos outros participantes	B
Da maneira que o grupo foi estruturado	C
Não tenho dificuldades	D
Sem resposta	E
Outros	F

Tabela 14 - Respostas sobre a validade da Oficina enquanto ajuda para solucionar problemas de saúde (nº e %). Ordem de prioridade.

É válida porque:	(nº)	(%)
É um trabalho de conscientização	7	31,81
Dá pistas para soluções	9	40,90
Dá força política ao grupo	6	27,29
Não soluciona	0	0,00
Total:	22	100,00

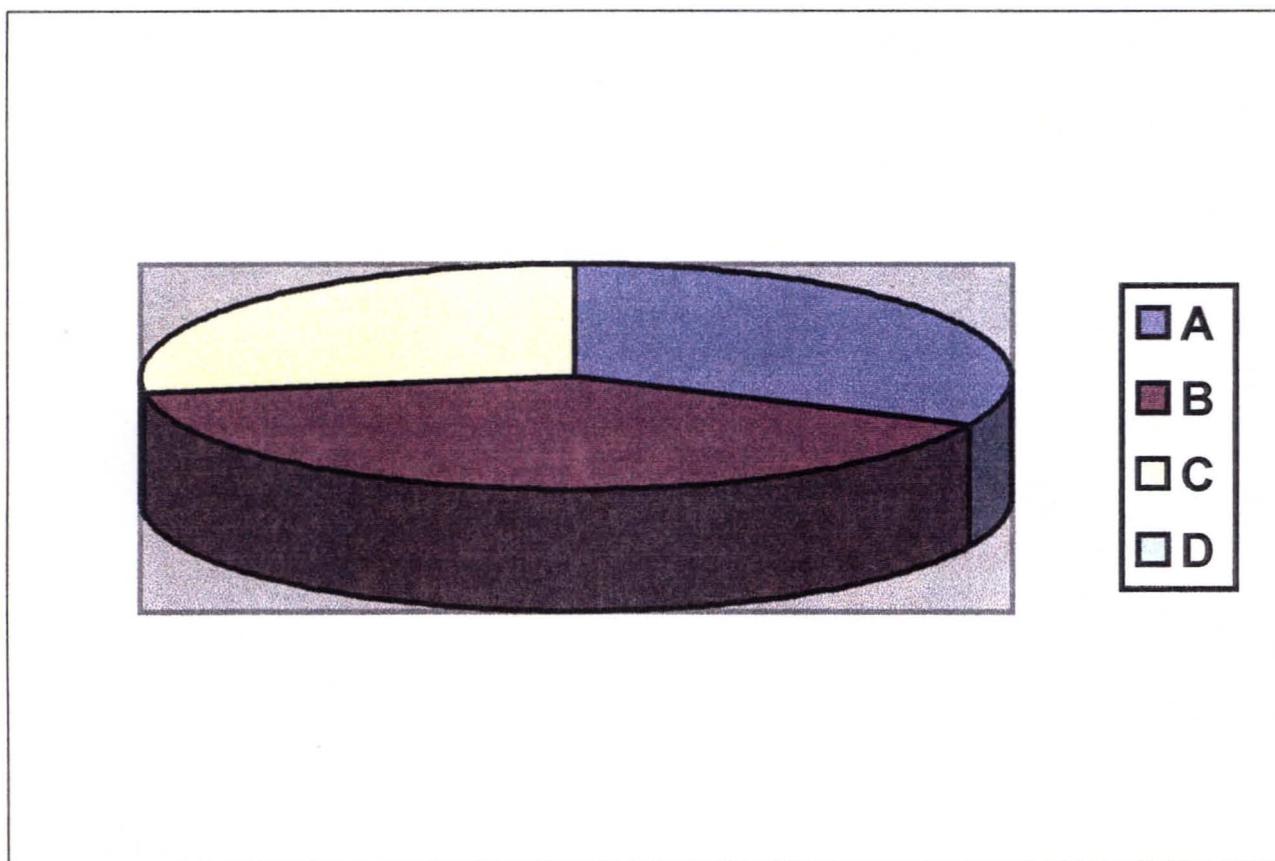


Figura 14- Respostas sobre a validade da Oficina enquanto ajuda para solucionar problemas de saúde . Ordem de prioridade.

LEGENDA

É um trabalho de conscientização
 Dá pistas para soluções
 Dá força política ao grupo
 Não soluciona

A
 B
 C
 D

Tabela 15 - Respostas por prioridade sobre dificuldades e responsabilidades em realizar os objetivos da Oficina (nº e %)

Dificuldades da realização dos objetivos de responsabilidade	(nº)	(%)
Dos companheiros ausentes	6	30,00
Das direções do sistema local	5	25,00
Dos políticos da região	8	40,00
De você mesmo	1	5,00
De outros	0	0,00
Total:	20	100,00

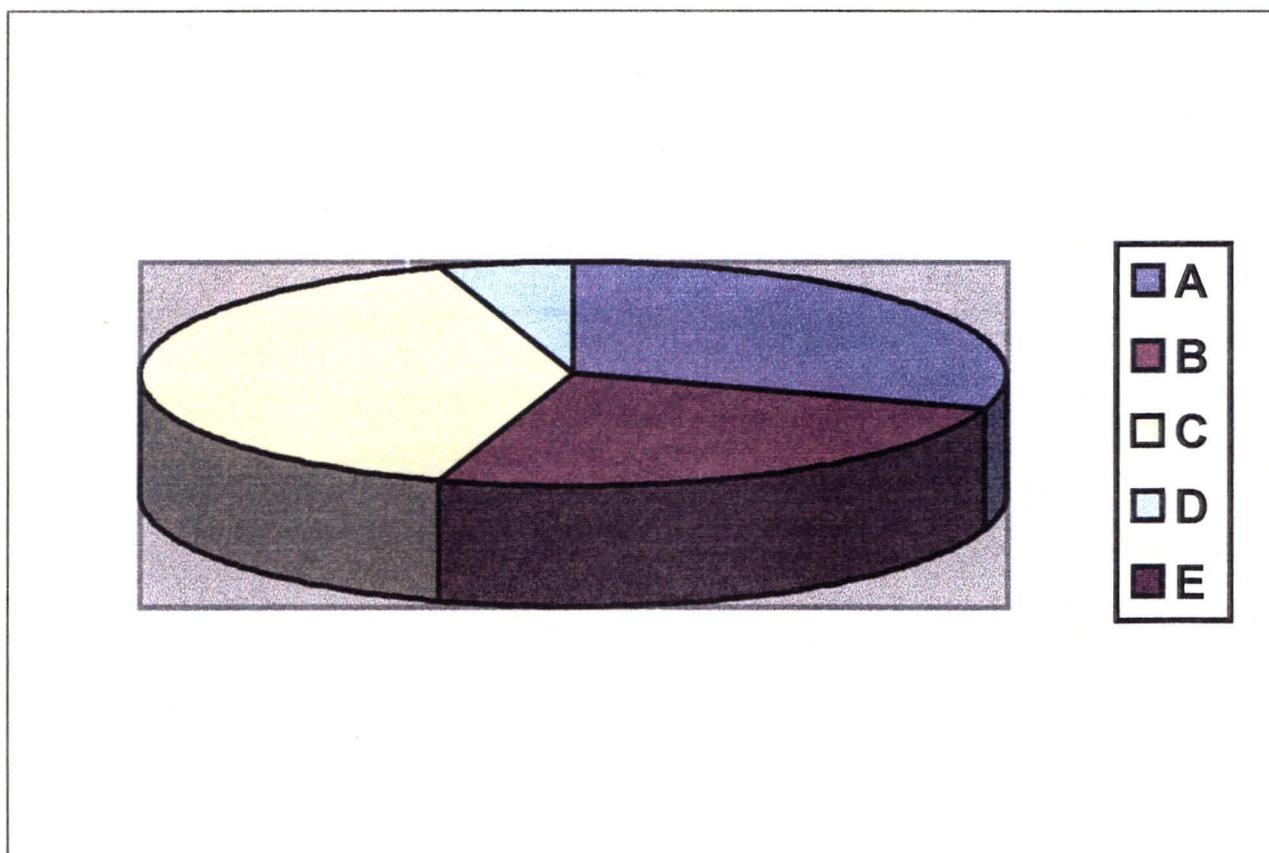


Figura 15 - Respostas por prioridade sobre dificuldades e responsabilidades em realizar os objetivos da Oficina .)

LEGENDA

Dos companheiros ausentes	A
Das direções do sistema local	B
Dos políticos da região	C
De você mesmo	D
De outros	E

Tabela 16 - N° e % de respostas por prioridade sobre a importância da Oficina de acordo com visão alargada da saúde, entendimento e força política.

Importância da oficina é porque:	(n°)	(%)
Descobrem-se fatos novos que alargam a visão sobre eles	9	33,33
Todos podem falar o que entendem sobre saúde	9	33,33
Possibilidade de organizar intervenções que cheguem a instâncias decisórias de maior força político/administrativo	9	33,34
Total	27	100,00

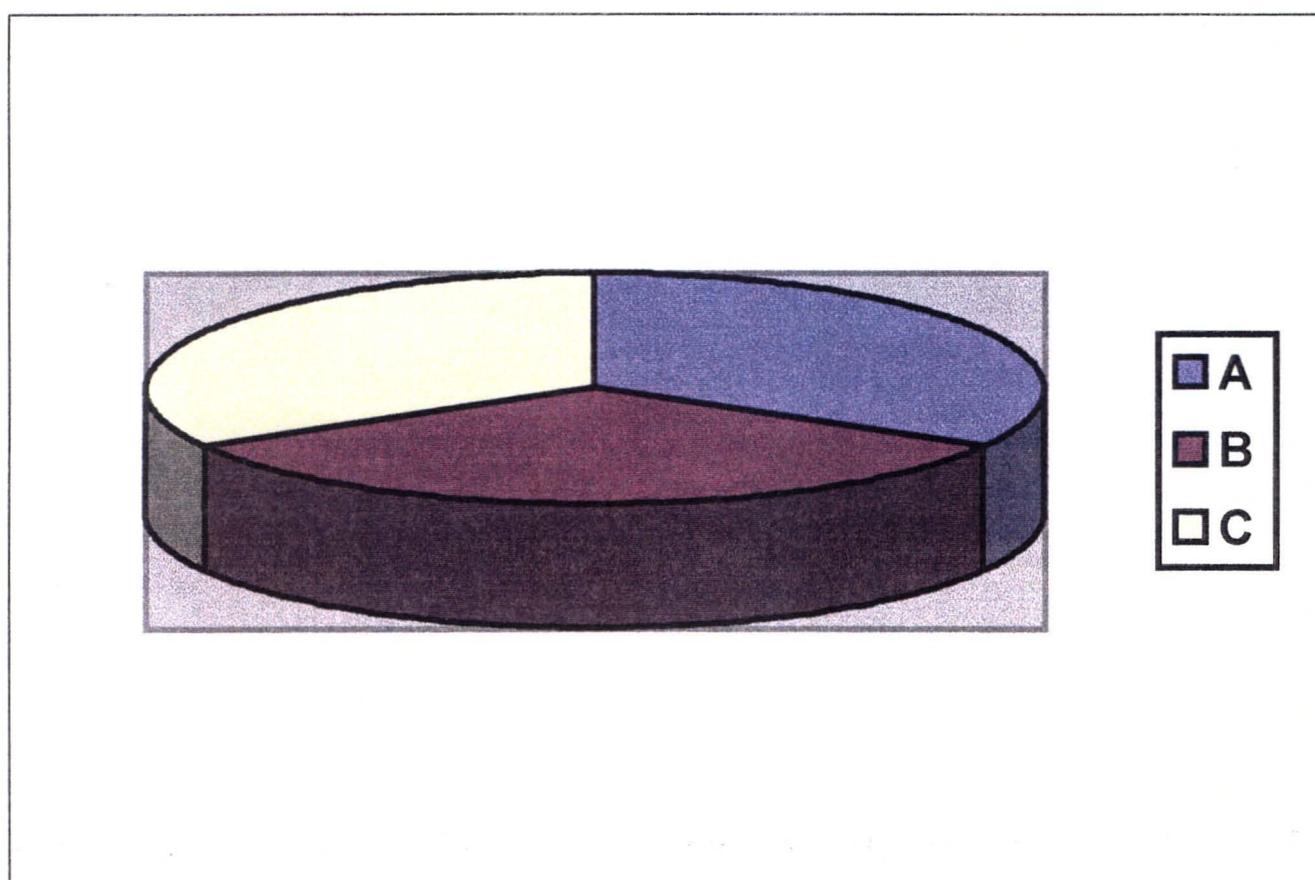


Figura 16 -Respostas por prioridade sobre a importância da Oficina de acordo com visão alargada da saúde entendimento e força política.

LEGENDA

Descobrem-se fatos novos que alargam a visão sobre eles	A
Todos podem falar o que entendem sobre saúde	B
Possibilidade de organizar intervenções que cheguem a instâncias decisórias de maior força político/administrativo	C

Tabela 17 - Respostas (n° e %) sobre a prioridade da Oficina para a saúde local.

Oficina é prioridade?	(n°)	(%)
Sim	10	100,00
Não	0	0,00
Não sei	0	0,00
Total:	10	100,00

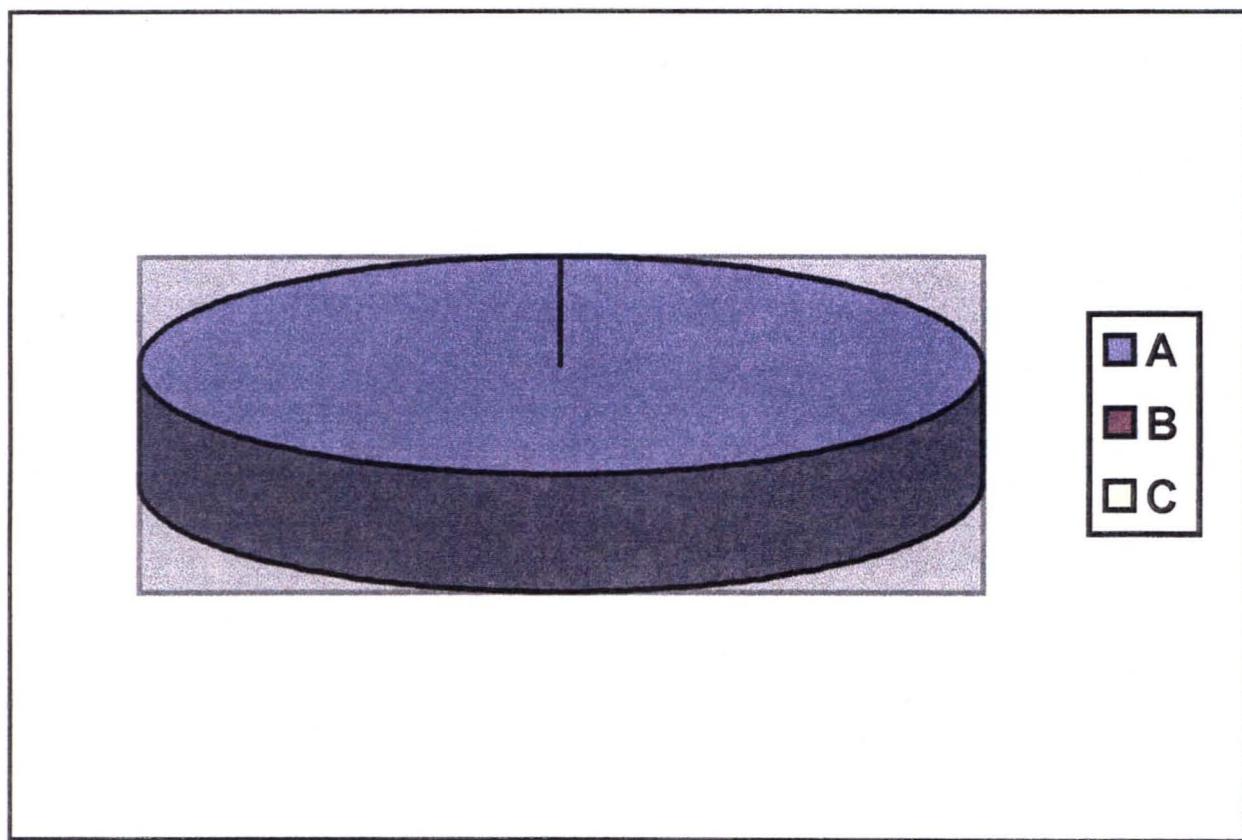


Figura 17- Respostas sobre a prioridade da Oficina para a saúde local.

LEGENDA

Sim	A
Não	B
Não sei	C

Tabela 18 - Respostas sobre a adequação da Oficina para resolver problemas de Saúde (n° e %).

A Oficina é adequada?	(n°)	(%)
Sim	10	100,00
Não	0	0,00
Não sei	0	0,00
Total:	10	100,00

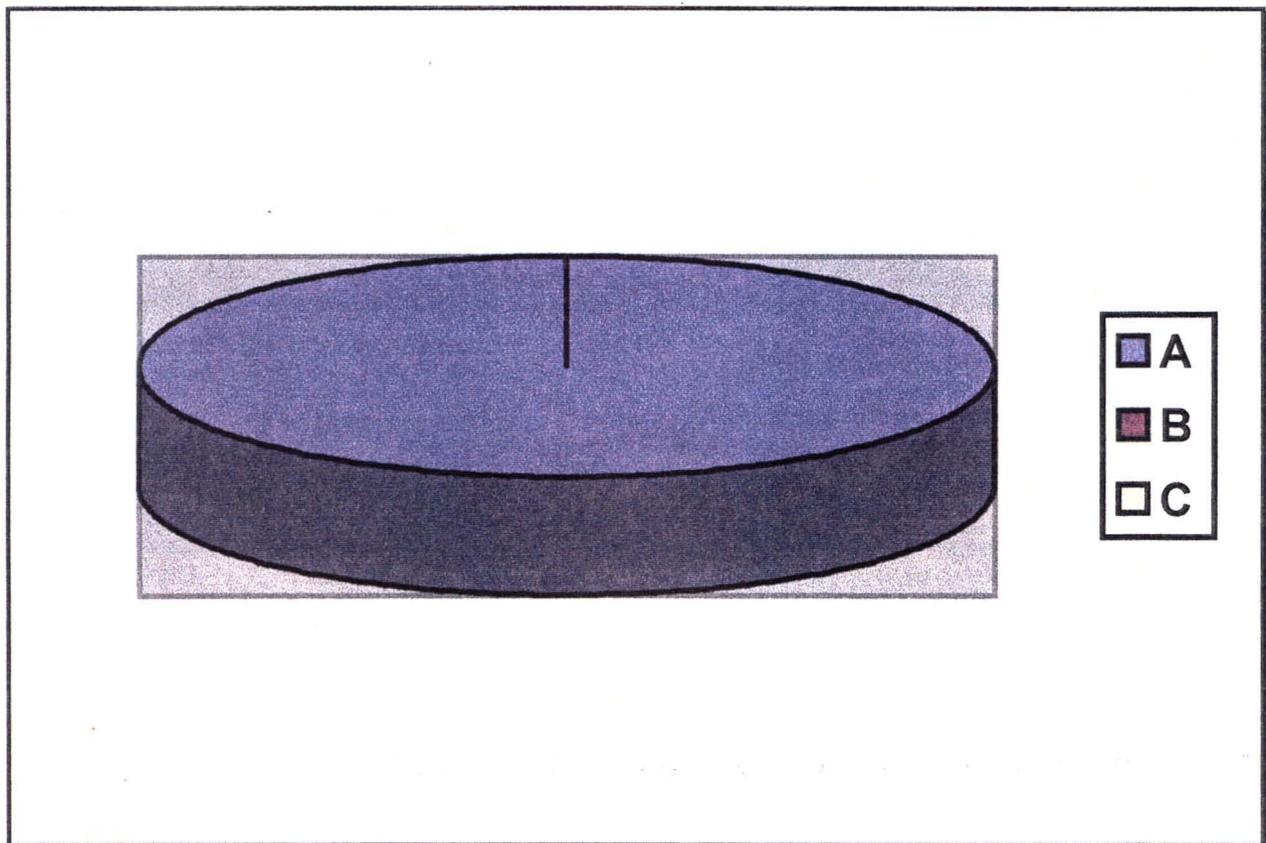


Figura 18- Respostas sobre a adequação da Oficina para resolver problemas de Saúde).

LEGENDA

Sim	A
Não	B
Não sei	C

Tabela 19 - N° e % de respostas sobre os aspectos de cura e prevenção da doença, e promoção da saúde como importantes questões abordadas na Oficina..

Importância da Oficina quanto aos aspectos

de:	(n°)	(%)
Prevenção da doença	6	60,00
Promoção da saúde	4	40,00
Cura da doença	0	0,00
Total:	10	100,00

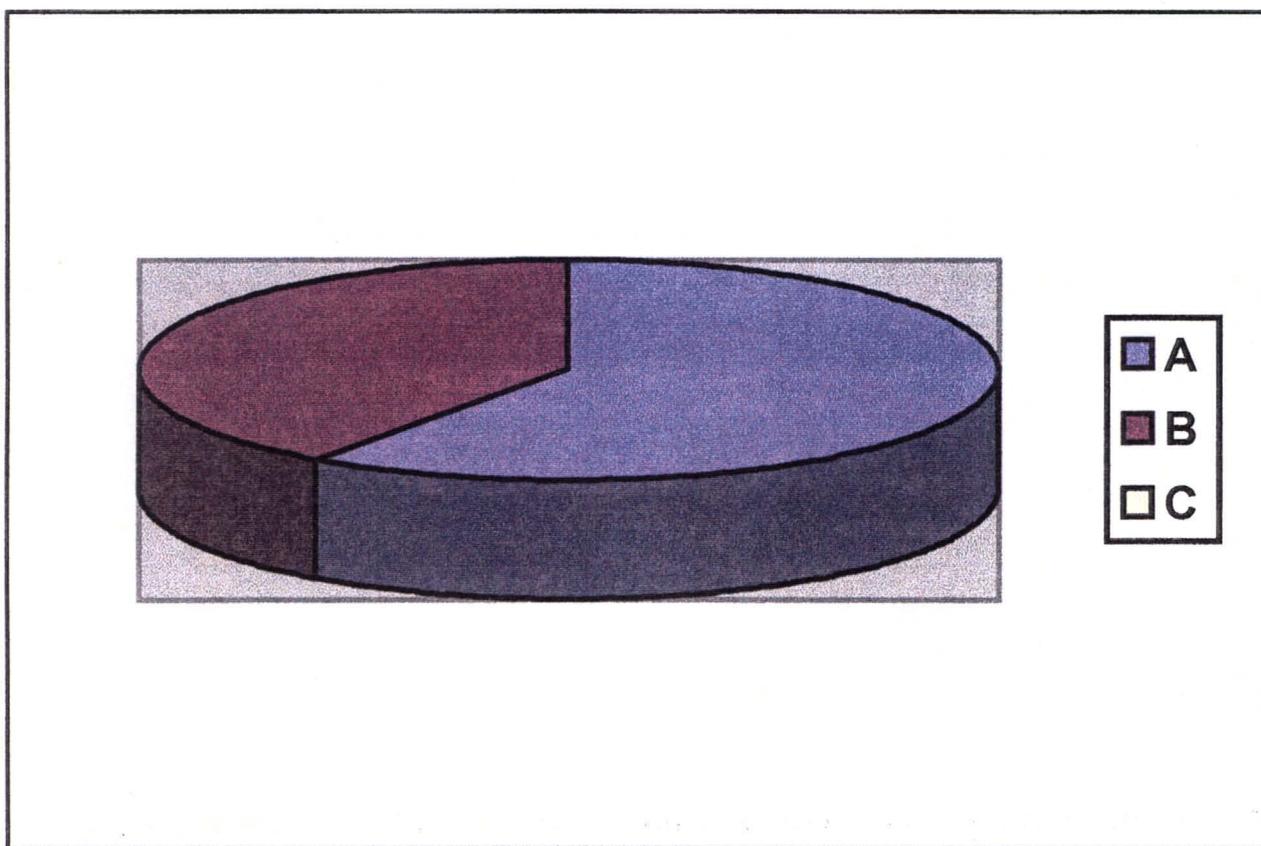


Figura 19- Respostas sobre os aspectos de cura e prevenção da doença, e promoção da saúde como importantes questões abordadas na Oficina.

LEGENDA

Prevenção da doença	A
Promoção da saúde	B
Cura da doença	C

Tabela 20 - Respostas sobre responsabilidade do principal obstáculo ao sucesso da oficina (nº e %).

A responsabilidade do principal obstáculo da Oficina é:	(nº)	(%)
Do funcionário da saúde	1	10,00
Da população	1	10,00
Da administração superior	8	80,00
Total:	10	100,00

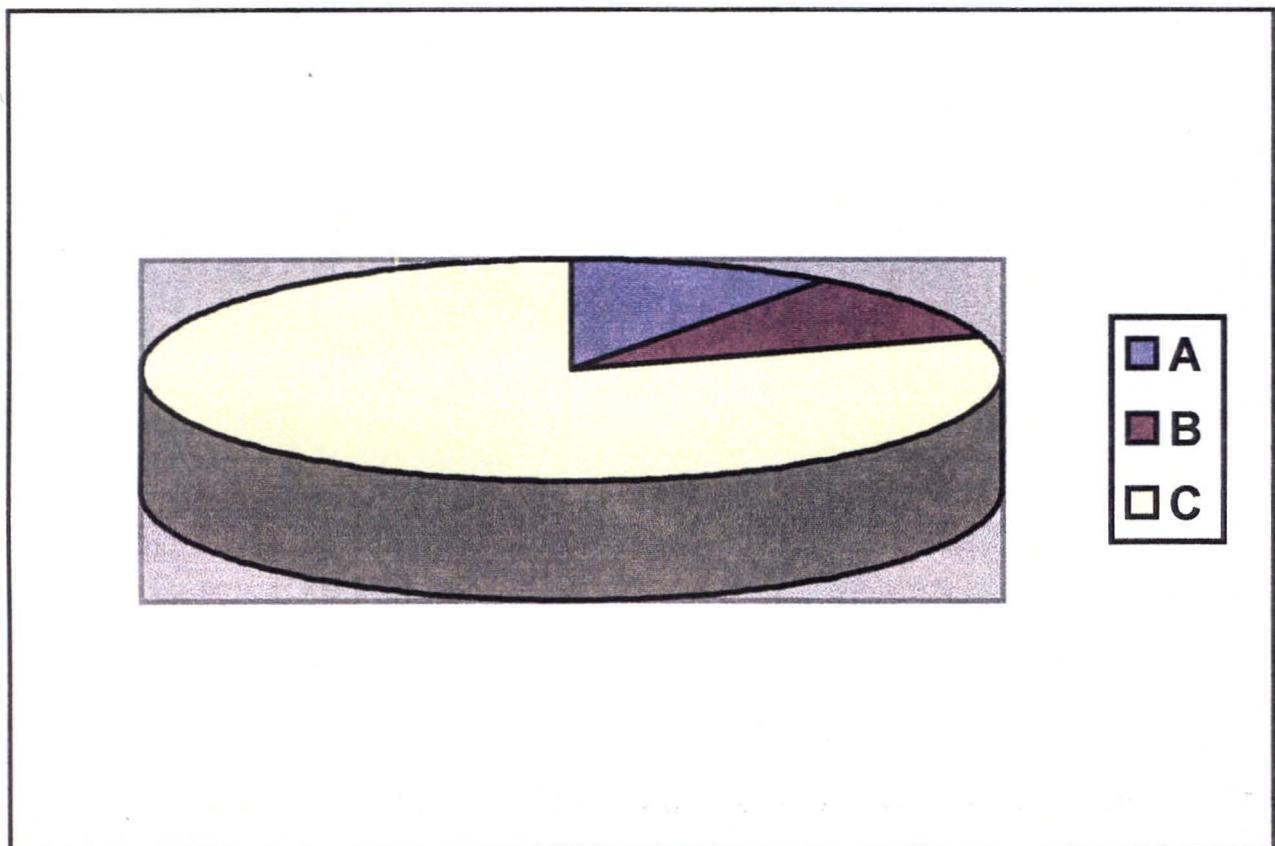


Figura 20 - Respostas sobre responsabilidade do principal obstáculo ao sucesso da oficina .)

LEGENDA

Do funcionário da saúde	A
Da população	B
Da administração superior	C

Tabela 21 - Respostas sobre o grau de importância na participação individual na Oficina (nº e %).

Grau de importância	(nº)	(%)
Muito importante	10	100,00
Regularmente importante	0	0,00
Nada importante	0	0,00
Total:	10	100,00

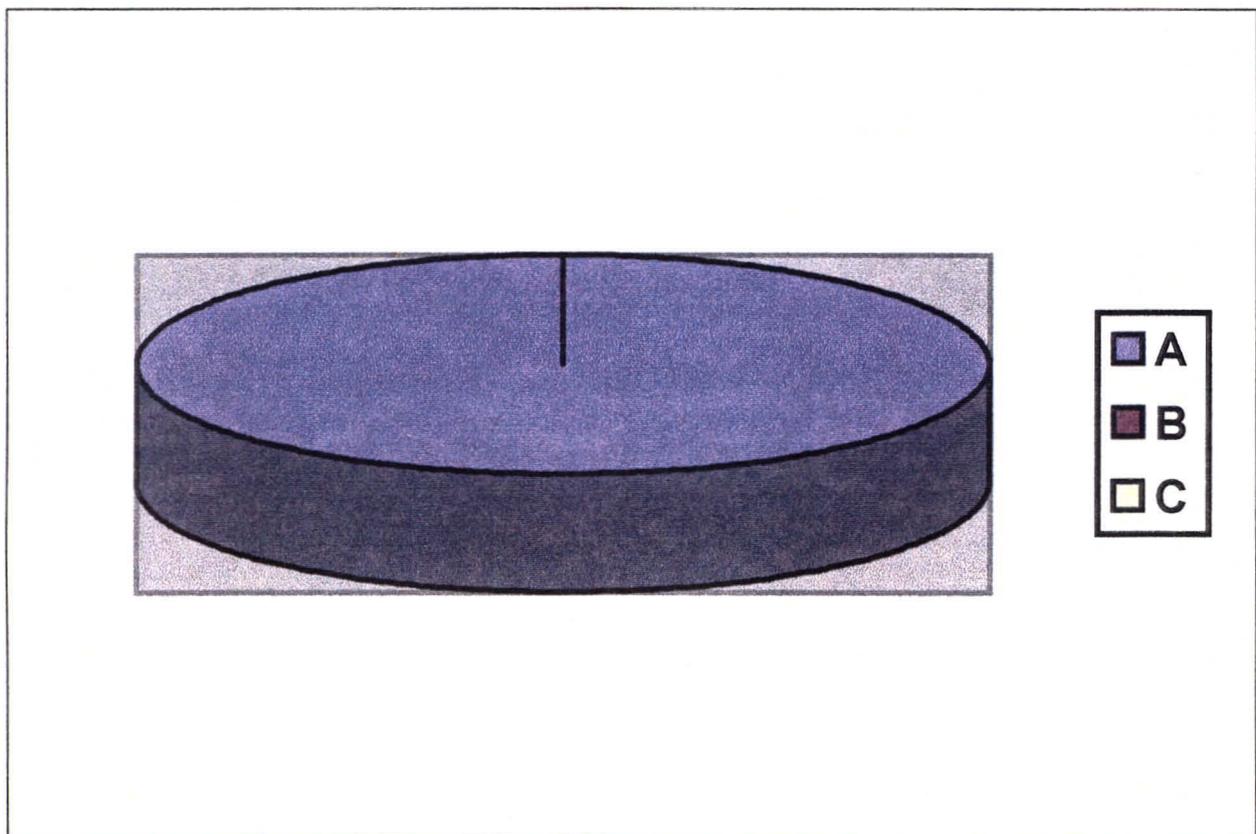


Figura 21 - Respostas sobre o grau de importância na participação individual na Oficina.)

LEGENDA

Muito importante	A
Regularmente importante	B
Nada importante	C

13. ANEXO III - RELATÓRIO FINAL DA OFICINA DE VILA VARELA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE POÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE POÁ

OFICINA DE TERRITORIALIZAÇÃO

ATENÇÃO À SAÚDE -

A BUSCA DE UM MODELO MAIS JUSTO , IGUALITÁRIO ,
HUMANIZADO E MAIS PRÓXIMO DA REALIDADE LOCAL.

COORDENAÇÃO - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE POÁ

NACE-CONSILOS/FSP/USP.

POÁ

DEZEMBRO DE 1997

RELATÓRIO

NOME DOS PARTICIPANTES

- 1- VERA HELENA MARTINEZ MILANEZZI- SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE (SMS)
- 2- MARÍLIA R.K. IDA- CENTRO DE SAÚDE II (C.S. II)
- 3- JÚLIA SÁ LEITE- CENTRO DE SAÚDE II (C.S.II)
- 4- ROBERTO CORSI FERREIRA- SOCIEDADE AMIGOS DE BAIRRO (S.A.B.) DE V. VARELA
- 5- NEZIR MOREIRA DA SILVA- REPRESENTANTE DA COMUNIDADE DA IGREJA EVANGÉLICA CONGREGACIONAL.
- 6- NEUZA MARIA DA SILVA- REPRESENTANTE DA COMUNIDADE DA IGREJA EVANGÉLICA CONGREGACIONAL
- 7- ESTELITA COLIS DIAS- REPRESENTANTE DA IGREJA CATÓLICA.
- 8- EDNALVA FERREIRA DA SILVA- VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE POÁ
- 9- EDSON FELIX DE ALCÂNTAR- S.A.B. DE V. VARELA
- 10- CLÁUDIO ROBSON FRACALANZA- S.M.S.
- 11- ANA CALISTRO TERRA- GERENTE DA U.B.S. V. VARELA.

ASSESSORIA DO NACE - CONSILOS

PROFª CARMEN VIEIRA DE SOUSA UNGLERT

CLEUSA DA COSTA MARQUES RODELLO

ELISABETH MARIA S. EGYDIO DE CARVALHO

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

DIREÇÃO E FUNCIONÁRIOS DA ESCOLA MARGARIDA DE CAMILIS

SOLANGE DOS SANTOS - DIGITADORA

TEODORO BALBINO FERREIRA NETO - MOTORISTA

ADILSON RIBEIRO DE LIMA - MOTORISTA

INTRODUÇÃO

TORNAR POSSÍVEL A MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE POÁ TEM SIDO DESDE O INÍCIO DESTA GESTÃO UMA PREOCUPAÇÃO CONSTANTE , TENDO EM VISTA OFERECER A POPULAÇÃO UMA ATENÇÃO À SAÚDE BASEADA NO ESTUDO DOS PROBLEMAS LOCAIS E REAIS EM QUE ESTAS SE ENCONTRAM. COM ESTA FINALIDADE A SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE EM CONTACTO COM O NACE - CONSILOS DEU O PRIMEIRO PASSO PARA CONCRETIZAR ESTE DESAFIO. NESTE PERÍODO DE 19 A 22 DE DEZEMBRO DE 1997 REUNIMO-NOS EM UMA OFICINA PARA DARMOS INÍCIO A CONSTRUÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA EM PARCERIA COM OS TRABALHADORES DA SAÚDE E A COMUNIDADE DO BAIRRO DE VILA VARELA.

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

A unidade básica de Saúde de Vila Varela Nelson Pozzani filho localiza-se a rua Alfredo Maurício varela e presta atendimento nas áreas de enfermagem, médica e odontológica. Horário de funcionamento das 7.00 as 17.00 horas.

ÁREA MÉDICA:

Clínico - grupo de hipertensão

- grupo de diabéticos

pediatria - puericultura

ginecologia - obstetrícia - pré-natal - ginecologia.

ÁREA DE ENFERMAGEM:

vacinação

medicação

pré-consulta

curativos

coleta de Papanicolau

ÁREA ODONTOLÓGICA:

clínico, prevenção e curativo

RECURSOS HUMANOS

1 clínico geral

1 pediatra

1 ginecologista/obstetra

2 auxiliares de enfermagem

1 gerente

1 servente

2 dentistas

PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO MÊS DE NOVEMBRO 1997

consultas médicas -	751
atendimento de enfermagem	1.304
procedimentos de grupo	3
atendimento odontológico	612

ESTRUTURA FÍSICA

1 sala para clínico/pediatra

1 sala para ginecologista/obstetra

1 sala de inalação

1 sala de medicação/curativo/coleta

1 sala de vacinação

1 sala de consultório odontológico

4 banheiros

1 copa/cozinha

1 sala para armazenagem de medicamentos e materiais de consumo

1 secretaria

1 sala de espera.

BARREIRAS

1- Barreiras funcionais

O grupo identificou como barreira funcional a concentração do atendimento médico e odontológico no mesmo período (que no caso dessa unidade, é de manhã) , falta de outros profissionais da área de saúde (ex. assistente social), dificuldade de encaminhamento para as ações que a Unidade Básica de Saúde não oferece, dificuldade da equipe médica estabelecer um vínculo com o usuário.

2 - Barreiras culturais

Foi identificado pelo grupo que na questão do desemprego tem gerado mudanças nos hábitos de vida da população, que quando trabalhava, acordava muito cedo , e estando desempregada, tem dormido até tarde. Como tradicionalmente o atendimento é concentrado no período da manhã ocorre um desencontro entre a oferta e a procura.

No Programa da Mulher, especialmente o Planejamento Familiar a questão religiosa interfere nas ações propostas, na medida em que as ações entram em choque com crenças religiosas de cada mulher.

O grupo também identifica a pouca participação popular nas questões que envolvem os problemas da U. B.S. e discute que muitas vezes a população refere sentir-se inferiorizada e não ser capaz de poder opinar, e que o discurso técnico é muito distante do saber popular.

3 - Barreiras geográficas

São: a via férrea e a estrada de rodagem que não possuem passarela expondo a população a acidentes e também o Ribeirão Itaim que devido ao estrangulamento das margens ocasiona enchentes.

4 - Barreira institucional

O serviço de saúde não está preparado para lidar com as questões de consumo de drogas, violência, gravidez na adolescência, mas existe um trabalho que se iniciou ainda este ano na Secretaria Municipal de Saúde em parceria com a Delegacia de Ensino , no sentido de trabalhar estes conteúdos com os professores da rede Estadual de Ensino em Oficinas Pedagógicas, sendo que a questão do atendimento é deficitária.

5 - Barreiras Educacionais

Devido a uma atitude administrativa o ensino fundamental foi transferido para uma escola em outro bairro, ocasionando a transferência de quase 475 crianças sendo que no percurso existe a rodovia Henriques Eroles.

RECURSOS

SERVIÇOS DE SAÚDE

Unidade Básica de Saúde

Farmácias

Benzedeiros

Dentistas

SERVIÇO SOCIAL

Sociedade Amigos de Bairro

Igreja Católica (pastoral)

Igreja Evangélica Congregacional

Igreja Presbiteriana

Igreja Assembléia de Deus

Igreja Batista

Cooperativa de Capacitação de lixo reciclável

LAZER

Campo de futebol

Quadra de futebol de salão

Lagoa

Boate

TRANSPORTE

Ponto de ônibus

SANEAMENTO

Esgoto a céu aberto

Água

COMÉRCIO

Posto de gasolina

Padaria

Supermercado

Lanchonete

Restaurante

Vídeo locadora

Telefone Público

Depósito de material de construção

Bazar

Feira livre

INDÚSTRIA

Têxtil : Febini, Aquarela do Brasil, Conforto, Fios Jóia, Sobral.

Metalúrgica: G.B., Maete, Alumicon, Irmãos Roberto, Catafesta.

Papel: Salute

Materiais elétricos: Daneva

Borrachas: Colméia

Indústria de móveis e colchões.

EDUCAÇÃO

Escola Estadual de 1º e 2º graus

Escola Municipal e pré-escola

ASFALTAMENTO

Rua sem asfalto/calçamento

CANAIS DE PARTICIPAÇÃO REGULAR

Conselho Tutelar

Conselho Assistência Social

Conselho Municipal de Saúde

Conselho de alimentação escolar

Grupo renascer 3ª idade.

1 - BASES CONCEITUAIS

O estabelecimento da Territorialização é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como o dimensionamento do impacto do sistema sobre os níveis de saúde dessa população, e também , para a criação de uma relação de responsabilidade entre os Serviços de Saúde e sua comunidade.

O acesso real aos serviços de saúde deve ser estabelecido no nível de cada uma das UBS, com a participação efetiva dos servidores e moradores do bairro.

É importante ressaltarmos que a busca de um sistema igualitário em saúde significa o reconhecimento das desigualdades existentes e a atenção específica nos problemas detectados.

O acesso a saúde está intimamente vinculado às condições de vida , condições de habitação, poder aquisitivo , de educação, componentes fundamentais sendo a acessibilidade aos serviços de saúde um dos fatores a ser considerado e extremamente vinculado ao processo saúde-doença.

O conceito de Vigilância à saúde que defendemos é movido por uma lógica de abrangência a saúde , sendo que a área de abrangência deve ser construída através da apropriação do conhecimento do território pela equipe local, pela aplicação de instrumentos que venham garantir a participação da população neste processo.

2 - BASES METODOLÓGICAS

Inicialmente foi apresentado um histórico das políticas de assistência a saúde da cidade de Poá, as etapas de sua evolução, situando-se no momento atual, incluindo dados relativos ao município e apresentando conceitos básicos para um nova proposta de trabalho e planejamento ascendente.

Seguiu-se uma discussão sobre o levantamento inicial da possível área de abrangência da UBS e a partir da determinação da mesma, os participantes dividiram-se em três grupos, os quais trabalharam na redefinição dessa área de abrangência delimitando a UBS da Vila Varela a área de responsabilidade a qual terminava atendendo a demanda da UBS da Vila Jaú, identificação dos recursos disponíveis da região, e das barreiras existentes que dificultam a acessibilidade aos serviços de saúde.

Foram utilizados nestas tarefas os seguintes materiais de pesquisa (pistas):

- mapa da cidade de Poá de 1997, escala 1:17;
- mapa com subdivisão da cidade por bairros;
- informações de representantes da população e trabalhadores da saúde;
- mapeamento de barreiras;
- mapeamento de recursos.

No dia seguinte realizou-se uma visita de reconhecimento as ruas que compunham o bairro, o que nos permitiu traçar uma nova delimitação da área de

abrangência preliminar, além de propiciar-nos uma aproximação com a realidade local, as condições de saúde e moradia , as áreas de risco e os recursos disponíveis na região.

3 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O primeiro traçado foi a busca das características da população , sendo possível através das informações pela Associação de Bairros que por um levantamento escolar possibilitou a caracterização demográfica e sócio-econômica da população, sendo possível a identificação e caracterização dos bairros e das micro-áreas.

Foram utilizados dados levantados pela associação uma vez que tiveram dificuldade de acesso aos dados do IBGE.

PERFIL DEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS BAIRROS E DAS MICRO-ÁREAS DE RISCO

CARACTERIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DOS BAIRROS

Os bairros que foram identificados neste trabalho pertencem a área de responsabilidade da UBS de Vila Varela, são:

- 1- Vila Lúcia
- 2- Vila Varela
- 3- Vila Monteiro (em parte).

IDENTIFICAÇÃO DAS MICRO-ÁREAS

VILA LÚCIA

Apresenta locais de desmanches de carros (rua Santa Catarina até a divisa de Itaquaquecetuba), o que pode revelar problemas de saúde e segurança, devido a sucatas amontoadas no local.

Há locais de prostituição; uma boate e um ponto às margens da rodovia.

VILA MONTEIRO

Existe um local de revenda de Botijões de gás.

VILA VARELA

Existe várias áreas com alguma especificidade:

- área industrial;
- pontos de tráfico de drogas e prostituição feminina e travestis;
- bolsão de pobreza;

- criação de gado;
- acidentes e atropelamentos na via férrea e rodovia;
- aumento de violência física (estupro, roubo e furto) devido a ponte que liga o bairro Miguel Badra com Vila Varela.

PERFIL DEMOGRÁFICO

VILA MONTEIRO

Lá habitam mais ou menos 800 famílias. Calcula-se aproximadamente 3.200 pessoas. É um bairro onde as casas são populares (dois dormitórios, sala, cozinha e banheiro).

Apresenta um conjunto de prédios de apartamentos de 4 andares (mais ou menos 20 famílias). É pouco arborizado. Parte dos moradores utiliza-se dos serviços de saúde de Vila Varela. A maioria do bairro é de área construída.

VILA LÚCIA

Tem 420 famílias com mais ou menos 2.000 habitantes. 60% vive em grandes residências. De outro lado, existe um bolsão de pobreza localizado na rua Santa Catarina até Itaquaquetuba. Estas ruas são sem calçamento, esgoto a céu aberto, tem construções irregulares e terrenos baldios. Não existem escolas, empresas, atendimento a saúde (parte dela vai para a UBS de V. Varela). É um bairro tipicamente dormitório.

VILA VARELA

O bairro tem 1.000 famílias e 4.200 habitantes. Possui uma zona industrial que não utiliza a demanda de mão de obra local. Suspeita-se que as fábricas

sentem-se pressionadas pelos trabalhadores-moradores por causa da poluição que produzem. A poluição local contamina a água, joga esgoto nas ruas, afeta o ar e isso pode levar revolta dos empregados e problemas para os proprietários das empresas.

Tem uma U.B.S. que faz mais ou menos 2.000 atendimentos ao mês.

Tem uma escola E.E.P.S.G. Margarida de Camillis na rua Portugal esquina com Alfredo M. Varela, com 1.200 alunos. Tem uma Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) com 70 alunos.

No bairro existem várias igrejas evangélicas e 1 católica identificando uma população de alta religiosidade. É um bairro dormitório. A V. Varela recebe o esgoto de parte da Vila Monteiro e Vila Lúcia, na estação elevatória que depois é despejado na várzea do rio Tietê sem tratamento, nos arredores de Vila Varela.

Vale lembrar que a parte do esgoto residencial e das fábricas são despejados em galerias de águas pluviais, enviando esse esgoto para área de manancial que jamais chegará a estação de tratamento.

Existe coleta de lixo regular. Há 30% de terrenos baldios onde os moradores tem o hábito de jogar lixo, gerando ratos, ratazanas, moscas e mosquitos. As conseqüências para a saúde são importantes quando se pensa em controlar doenças epidêmicas como a Dengue e Leptospirose.

No bairro existem criadores de gado que não são confinados e por isso espalham-se pelas ruas convivendo com as pessoas.

CONTINUIDADE DO PROCESSO

A continuidade do processo deverá se dar com o início da discussão entre a comunidade, a Secretaria Municipal de Saúde e os trabalhadores da Saúde referindo-se a implantação dos programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família que a UBS V. Varela contemplou como proposta inicial estratégica, servindo de base para se implantar um novo serviço de saúde mais adequado.

ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO

Serão:

- apresentar ao Conselho Municipal de Saúde o resultado desta Oficina;
- discutir com os outros funcionários da UBS V. Varela , a comunidade e os gerentes de outras UBS, mais outros níveis centrais da secretaria Municipal da Saúde a formação de Grupo de Trabalho para dar continuidade ao processo de territorialização no município como um todo;
- aprofundar a coleta de dados na área de abrangência da UBS, tais como mortalidade, morbidade e produtividade;
- adquirir junto ao IBGE os dados relativos aos servidores censitários do município para que possamos visualizar com maior clareza os dados demográficos;
- inserir o tema da territorialização na Conferência Municipal de Saúde a ser realizada proximamente.
- assessoria e acompanhamento do processo pelo NACE CONSILOS.

RECOMENDAÇÕES

- 1- Envolver no processo de territorialização todas as Secretarias Municipais;
- 2- garantir que o resultado dessa Oficina chegue ao conhecimento de toda a população do bairro através dos seus movimentos organizados;

-
- 3- após detectadas as necessidades locais da UBS, garantir o suprimento das mesmas;
 - 4- garantir o trabalho de orientação nas áreas de prostituição e drogas;
 - 5- garantir ações globais e coletivas voltadas para um trabalho de prevenção em relação ao Meio-Ambiente, tal como a manutenção do desassoreamento dos rios, manutenção da limpeza dos terrenos baldios cobrando da SABESP uma ação mais eficaz na coleta e tratamento do esgoto; garantir uma coleta de amostras pela CETESB de detritos residenciais e industriais lançados nas áreas de preservação de mananciais, pois durante o reconhecimento da área o grupo verificou ser extremamente séria a poluição ambiental no bairro agravando drasticamente as condições de saúde desta população. Como exemplo podemos citar casos de leptospirose e diarreia detectados nessas áreas;
 - 6- garantir a presença do profissional-médico nas próximas Oficinas.

Poa
Barreras

Suzano

Suzano

Itaquá

ZONA INDUSTRIAL

V.L. LUCIA

V.L. VARGA

V.L. MONTEIRO

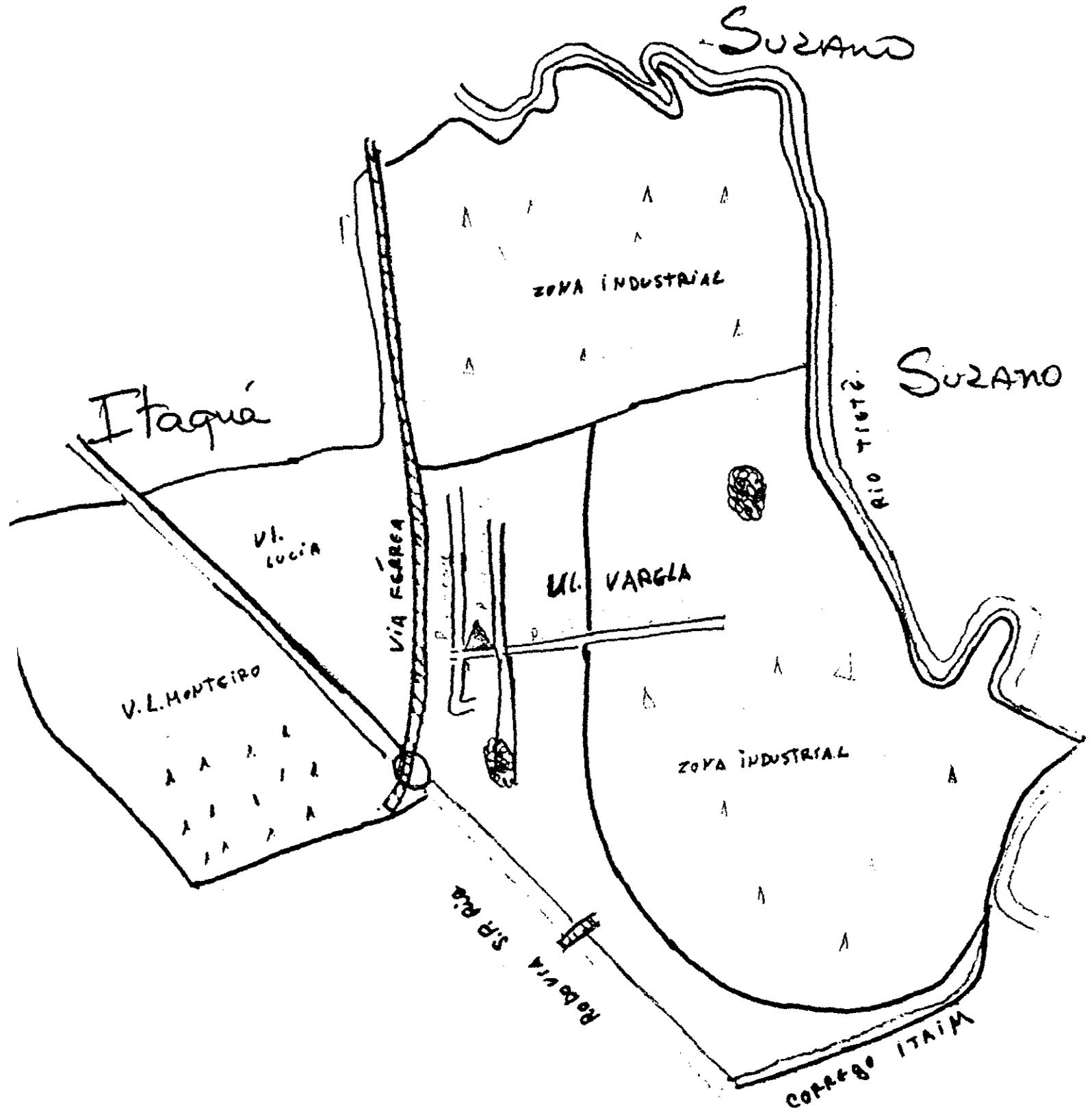
ZONA INDUSTRIAL

RIO TIETÊ

VIA FARGA

ROBÓVIA S/P RIA

CORRÊO ITAIM



Poa
Bairros e
micro-áreas

U. Miguel
BADRA

SUZANO

ITAPUA
VARACARE

U. MIGUEL
BADRA

SUZANO

Rio tietê

Vila brejos
Lúcia

UBS

DRUGAS

bolsão

PP
PP
PP

Vila
Monteiro

Pass. Hugo

Roraima

Lixo

PHAS

Ratos

Corrego Itaim

