

LILIANA PATRÍCIA LEMUS SEPULVEDA PEREIRA

ANEXO AO PROCESSO 262/2000

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
DEFESA - 18/11/2002

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
PRÁTICAS EDUCATIVAS TRANSFORMADORAS,
UMA ESTRATÉGIA PARA O SÉCULO XXI

MARÍLIA

2002

LILIANA PATRÍCIA LEMUS SEPÚLVEDA PEREIRA

1410001450



**PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
PRÁTICAS EDUCATIVAS TRANSFORMADORAS,
UMA ESTRATÉGIA PARA O SÉCULO XXI**

Tese de doutorado apresentada para
defesa pública ao Programa de Pós-
Graduação em Educação da Faculdade
de Filosofia e Ciências da Universidade
Estadual de São Paulo, Campus Marília
como requisito parcial para a obtenção do
título de Doutora sob a orientação da
professora Dra. Íria Brzezinski.

Marília
2002



Tese 1.450

LILIANA PATRÍCIA LEWIS DE OLVEDA PEREIRA

**PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
PRÁTICAS EDUCATIVAS TRANSFORMADORAS,
UMA ESTRATÉGIA PARA O SÉCULO XXI**



LILIANA PATRÍCIA LEMUS SEPÚLVEDA PEREIRA

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PRÁTICAS EDUCATIVAS TRANSFORMADORES, UMA ESTRATÉGIA PARA O SÉCULO XXI

COMISSÃO JULGADORA

Presidente e Orientadora: Profa. Dra. Íria Brzezinski – UCG

1ª Examinadora: Profa. Dra. Clélia Aparecida Martins – UNESP

2ª Examinadora: Profa. Dra. Heliane Prudente Nunes – UFG

3ª Examinadora: Profa. Dra. Maurides Batista de M. O. Filha – UFG

4ª Examinadora: Profa. Dra. Neusa Dal Ri – UNESP

Suplentes:

1ª Examinadora Profa. Dra. Maria Esperança F. Carneiro – UCG

2ª Examinadora Profa. Dra. Lourdes Marcelino Machado – UNESP

3º Examinador Prof. Dr. Celestino Alves da Silva Júnior – UNESP

Marília, 18 de novembro de 2002



ABRIL 2011

Este é o primeiro de quatro volumes da coleção "A Vida de Carlos e Maria", que narra a história de vida dos dois protagonistas da obra "A Vida de Carlos e Maria", de Carlos e Maria. O primeiro volume trata da infância e da juventude dos dois, desde a infância até a chegada ao Brasil. O segundo volume trata da vida adulta dos dois, desde a chegada ao Brasil até a morte de Carlos. O terceiro volume trata da vida adulta de Maria, desde a chegada ao Brasil até a morte de Carlos. O quarto volume trata da vida adulta de Carlos, desde a chegada ao Brasil até a morte de Carlos.

Este é o primeiro de quatro volumes da coleção "A Vida de Carlos e Maria", que narra a história de vida dos dois protagonistas da obra "A Vida de Carlos e Maria", de Carlos e Maria. O primeiro volume trata da infância e da juventude dos dois, desde a infância até a chegada ao Brasil. O segundo volume trata da vida adulta dos dois, desde a chegada ao Brasil até a morte de Carlos. O terceiro volume trata da vida adulta de Maria, desde a chegada ao Brasil até a morte de Carlos. O quarto volume trata da vida adulta de Carlos, desde a chegada ao Brasil até a morte de Carlos.

Este é o primeiro de quatro volumes da coleção "A Vida de Carlos e Maria", que narra a história de vida dos dois protagonistas da obra "A Vida de Carlos e Maria", de Carlos e Maria. O primeiro volume trata da infância e da juventude dos dois, desde a infância até a chegada ao Brasil. O segundo volume trata da vida adulta dos dois, desde a chegada ao Brasil até a morte de Carlos. O terceiro volume trata da vida adulta de Maria, desde a chegada ao Brasil até a morte de Carlos. O quarto volume trata da vida adulta de Carlos, desde a chegada ao Brasil até a morte de Carlos.

Este é o primeiro de quatro volumes da coleção "A Vida de Carlos e Maria", que narra a história de vida dos dois protagonistas da obra "A Vida de Carlos e Maria", de Carlos e Maria. O primeiro volume trata da infância e da juventude dos dois, desde a infância até a chegada ao Brasil. O segundo volume trata da vida adulta dos dois, desde a chegada ao Brasil até a morte de Carlos. O terceiro volume trata da vida adulta de Maria, desde a chegada ao Brasil até a morte de Carlos. O quarto volume trata da vida adulta de Carlos, desde a chegada ao Brasil até a morte de Carlos.

Aos meus pais, octogenários, Carlos e Maria, lutadores incansáveis pela vida.

Aos meus filhos, Joaquim, Pedro e Maria e aos meus irmãos que valorizam e acreditam na solidariedade entre os homens.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão as Equipes do Programa de Saúde da Família, as Equipes de Agentes Comunitários de Saúde da Região Noroeste e a Coordenação do Programa de Saúde da Família, nas pessoas da Assistente Social, Sra. Maria Edilma Pereira, Quaresma, das enfermeira, Rozilda Rodrigues Oliveira e Kellen Cristina Vera da Mata, sempre todos atentos e disponíveis para contribuir na minha formação. Para o Dr Heitor de Freitas e a Sra. Joana d'Arc da Coordenação da Secretária Estadual de Saúde de Goiás, que sempre mostraram profunda dedicação nas minhas procuras.

Meus agradecimentos, à professora Doutorada Iria Brzenzinski, orientadora desta tese de Doutorado em Educação, por ter aceito o desafio de orientar-me. Ao professor Unbenai Fleuri Lacerda e sua Esposa Elizabeth que me ensinou Italiano e orientou meus tropeços na língua portuguesa e nos percursos da vida.

À Universidade Católica de Goiás, a Vice-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, as funcionárias Messias e Lúcia; à Universidade Estadual de São Paulo; ao Departamento de Serviço Social, nas pessoas da profa. Marilene (Diretora), e todos os meus colegas, pelo o apoio e a força recebida.

Aos meus professores do Doutorado Convênio UCG-UNESP, que contribuíram para nosso e meu crescimento intelectual, profissional e pessoal e especialmente às professoras Clélia Aparecida Marins e a Heliane Prudente Nunes por ter participado do Exame de qualificação desta tese e aos professores presentes nesta comissão julgadora do Exame Final de Apresentação desta Tese.

Aos meus colegas do Doutorado que compartilharam e engajaram na luta pela conquista de um sonho, nas nossas formações acadêmicas.

Aos meus amigos e especialmente Fátima e Benedito que compartilharam e me deram forças nas horas que minhas pernas fraquejaram.

Aos meus médicos Dra. Miriam Socorro Seixas e Roberto Cezar Conti, meus amigos que cuidam de mim, da minha saúde e qualidade de vida.

Às irmãs de coração; Tina, Val, Edine, Neguinha, Creuza, Cristiane, Célia, Suzana, Rosemary, Jô e Edilene.

As minhas cunhadas Dagmar, Maria José, Maria Cristina, aos meus
sobrinhos e sobrinhas, chilenos e brasileiros, meus agradecimentos.

À todos, meu muito obrigado.

LUIZ CARLOS DE LIMA

1940-1941: Curso de graduação em Engenharia Civil, na Universidade de São Paulo.

1941-1942: Curso de graduação em Engenharia Civil, na Universidade de São Paulo.

1942-1943: Curso de graduação em Engenharia Civil, na Universidade de São Paulo.

1943-1944: Curso de graduação em Engenharia Civil, na Universidade de São Paulo.

1970-1974: Curso de graduação em Engenharia Civil, na Universidade de São Paulo.

1974-1975: Curso de graduação em Engenharia Civil, na Universidade de São Paulo.

1981: Curso de graduação em Engenharia Civil, na Universidade de São Paulo.

1981-1982: Curso de graduação em Engenharia Civil, na Universidade de São Paulo.

1982-1983: Curso de graduação em Engenharia Civil, na Universidade de São Paulo.

DADOS CURRICULARES

LILIANA PATRÍCIA LEMUS SEPÚLVEDA PEREIRA

NASCIMENTO: 10 de abril de 1951

FILIAÇÃO: Carlos Alberto Lemus Garcés

Maria Virtud Sepúlveda Rivera

1970 - 1974: Curso de graduação em Serviço Social, na escola de Trabalho Social da Universidade Católica do Chile.

1977 - 1979: Curso de Especialização de Serviço Social em Psiquiatria pelo Núcleo Teórico de Psiquiatria no Institut Supérieur D'Etudes Sociáires de L'Etat Bruxelas – Bélgica.

1981: Concurso para professor do Departamento de Serviço Social, na Universidade Católica de Goiás.

1986 - 1991: Curso de Pós-graduação em História das Sociedades Agrárias, Nível de mestrado, na Universidade Federal de Goiás (UFG).

1998 - 2002: Curso de Pós-graduação em Educação, nível de doutorado, no Programa de Pós Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília da Universidade Estadual de São Paulo (UNESP), Convênio Inter-institucional UCG/UNESP-Marília.

SUMÁRIO

RESUMO.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUÇÃO	xii
 CAPÍTULO I	
INTERFACES SÓCIO-EDUCATIVAS: A CONCEITUAÇÃO POLISSÊMICA DE EDUCAÇÃO E DE SAÚDE.....	1
 CAPÍTULO II	
POLÍTICAS SOCIAIS ADOTADAS PELO ESTADO CAPITALISTA: DO ESTADO DO BEM ESTAR SOCIAL AO ESTADO MÍNIMO	33
2.1 – Saúde e Educação e o Estado contemporâneo e seu redimensionamento histórico.....	34
2.2 – O Estado Brasileiro e a implementação das políticas sociais em Saúde e Educação	47
 CAPÍTULO III	
A CONSTRUÇÃO DOS PARADIGMAS EM SAÚDE: DESAFIO PARA A SOCIEDADE	78
3.1 – Educação e Saúde – Promoção em Saúde, referências em construção, no Brasil	86
 CAPÍTULO IV	
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ESPAÇO DE PRÁTICAS EDUCATIVAS TRANSFORMADORAS	111
4.1 – Comunicação dialógica como prática educativa humanitária	114
4.2 – Práticas educativas transformadoras na promoção de Saúde	126
4.3 – O Programa de Saúde da Família como espaço de interação cultural e equacionamento dos conflitos	139

4.4 – Redes de Solidariedade e Vínculos Sociais no Programa de Saúde da Família.....153

APROXIMAÇÕES CONCLUSIVAS171

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS183

ANEXOS188

Anexo I – Mapa geográfico de Goiânia

Anexo II – Região noroeste áreas do programa de saúde da família

Anexo III – Questionário para as equipes de saúde do programa saúde da família

Anexo IV – Questionário para os agentes comunitários de saúde do programa saúde da família

RESUMO

Este trabalho analisa o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), na Região Noroeste de Goiânia, na perspectiva das práticas educativas transformadoras, alicerçadas no referencial paulofreireiano. Esse referencial dá sustentação à presente tese de doutorado, que se fundamenta também na compreensão polissêmica de Saúde e de Educação. Considerando a Saúde e a Educação como desafio numa construção social que inclua os indivíduos, as populações e a organização das comunidades, a partir de uma mudança administrativa, técnica, orçamentária e principalmente humanitária, o Programa de Saúde da Família apresenta-se como uma estratégia de mudança no atendimento da população de baixa renda e residente em regiões periféricas da cidade. Por meio do contato direto com o Programa de Saúde da Família como assistente social, optamos por desenvolver um estudo de caso, mediante a coleta de informações por meio de questionários aplicados aos componentes das Equipes de Saúde e Agentes Comunitários de Saúde constatamos que o Programa permitiu desenvolver práticas educativas para uma vida saudável da comunidade de abrangência, adotando o princípio da Educação libertadora. Os atores do Programa estão atentos para construir modos de intervenção da realidade, valorizando o diálogo e enfatizando o saber e a cultura popular. Dessa forma, as Equipes de Saúde e os Agentes Comunitários de Saúde mostram-se sensibilizados para perceber a diversidade de cada grupo social, e abordar o senso comum como um sistema cultural. Constatamos ainda que o desenvolvimento de práticas educativas transformadoras de hábitos da comunidade, em relação a preservação da Saúde contra doenças, dependem da possibilidade de criação de vínculos sociais e estabelecimentos de redes de solidariedade entre as Equipes de Saúde e os Agentes Comunitários de Saúde e destes com a Comunidade, por meio da comunicação dialógica, entre outros. Tais vínculos sociais e redes de solidariedade viabilizam as relações de confiança, de aceitação do outro, de amizade, de credibilidade, de companheirismo, o que permite a humanização do processo de Saúde da Família. Desse modo, os indivíduos vão se percebendo como homens – sujeitos históricos – com possibilidades de ousar e de apropriar-se da cultura mais elaborada em relação à preservação da Saúde, por meio de sua ação, superando dicotomias entre mente e corpo, objetividade e subjetividade, particular e universal, simples e complexo.

ABSTRACT

This abstract analyzes the development of the Family Health Program (FHP) and the National Program of Health Community Agents (NPHCA) in the northwestern region of Goiânia, in the perspective of the changing educational practices, based on the "paulofreireiano" referential. This referential gives support to the present doctorate's thesis, which is also based on the "polissêmica" understanding of Health and Education. Considering Health and Education as challenges in a social construction that includes the individuals, the populations and the organization of the communities, starting from administrative, technical, budgetary and mainly humanitarian changes, the Family Health Program presents itself as a strategy of change in the way the low income population living in the surrounding areas of the city is treated. Through a direct contact with the Family Health Program as a social worker, we chose to develop a case study, collecting information through questionnaires applied to the components of the Health Groups and Health Community Agents we found out that the Program allowed the development of educational practices for the health life of the involved communities, adopting the principle of free education. The actors of the Program are attentive to building ways of interfering in the reality, valueing the dialogue and emphasizing the popular knowledge and culture. This way, the Health Groups and Health Community Agents are sensitive enough to realize the diversity of each social group and approach the common sense as a cultural system. We also realized that the development of educational practices to change the community habits, in relation to the maintenance of Health against sicknesses, depends on the possibility of creating social bonds and establishing links of solidarity between the Health Groups and Health Community Agents and between these and the community, through dialogue, among other ways. Such social bonds and solidarity links lead to trust, acceptance of others, friendship, credibility and fellowship, which makes the process of Health in the Family more human. Thus, the individuals see themselves as men - historical subjects - with the possibility of daring and appropriating of a more elaborate culture in relation to the maintenance of Health, through its action, getting over dicotomies, such as brain and body, objectivity and subjectivity, private and universal, simple and complex.

INTRODUÇÃO

Com a Constituição Federal de 05 de outubro de 1988, reconhecida como a Constituição Cidadã, foi promulgada a universalização da cidadania, a confirmação da Educação como direito e a proteção da Saúde como atributos básicos da dignidade humana. Nessa constituição também, renovou-se a obrigatoriedade e gratuidade do Ensino Fundamental e instituiu-se a criação do Sistema Único de Saúde-SUS.

A Carta Magna de 1988, também, definiu a integralidade das ações sanitárias como diretriz central da área da Saúde. Consagrou o atendimento universal da Saúde, em seu artigo 196, prescrevendo que “a Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Do mesmo modo, no artigo 205 a Constituição estabeleceu que “A Educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”.

Observa-se, nestes dispositivos legais, a concepção ampliada de Saúde e de Educação. A concepção de saúde ampliada é oriunda da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, que articulou as áreas de Saúde, Previdência e Assistência Social em um único Sistema de Seguridade Social. Essas mudanças foram resultantes de um amplo processo político-social iniciado nos anos de 1980, que propunha a reversão do modelo médico-privatista construído a partir dos anos de 1970.

A concepção ampliada de Educação, é aquela que reconhece a importância da escola como instituição responsável pela Educação formal, mas, também, enfatiza o grande significado da Educação não formal que ultrapassa os muros da escola e as metodologias adequadas para tal modalidade de ensino. Essa concepção foi gestada nos diferentes espaços de mobilização dos educadores reunidos no Fórum Nacional em Defesa da Escola Pública. Esse fórum atuou intensamente por ocasião da Constituinte, bem como vem atuando de modo

contínuo com subsídios para as leis educacionais, como, por exemplo, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/96).

Essa Lei, entre outros resultados, provocou a reestruturação do Ensino Superior, e de modo particular, reformas nos cursos que preparam profissionais para atuarem na Educação Básica, composta pela Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio. Na LDB são contemplados pela primeira vez no Brasil a Educação Especial e a Educação Indígena.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), por sua vez, trouxe consigo o preceito da Saúde como direito dos cidadãos e a construção de mecanismos de controle público na gestão da Saúde por meio da participação da comunidade. Para tanto o Ministério da Saúde, inspirou-se no sucesso de experiências de medicina comunitária de atenção primária à comunidade. Embora isoladas no contexto nacional merecem destaque: a do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre (RS), Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR), Secretaria Municipal de Saúde, de Niterói (RJ), Universidade Federal do Ceará, em Quixadá (CE), e da Universidade Federal da Paraíba (PB). Esta última experiência estruturou o Programa de Saúde da Família.

O processo de implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) começou em 1994 e está sendo implementado até nossos dias. O mesmo ocorreu com o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), desde 1991. O desenvolvimento desses programas têm se apresentado de formas diferenciadas, dependendo das características da situação da Saúde e dos gestores de cada região do país.

O Programa de Saúde da Família se propõe ser a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Uma porta de entrada significa um ponto de partida, uma direção para os cidadãos que se acostumaram a conviver com um sistema de saúde gigantesco, sem delimitações. Além de ser porta de entrada do Sistema Único de Saúde, o Programa se propõe a viabilizar o encontro dos cidadãos com um serviço humanizado, solidário, portanto, trata-se do encontro com a inovação. Neste Programa o cidadão é conhecido pelo seu nome e tem a possibilidade de conhecer e conviver com a Equipe de Saúde e os Agentes Comunitários de Saúde. Nos próximos itens apresentaremos detalhes sobre a atuação desses dois grupos de saúde.



Outra inovação é a presença no programa do Agente Comunitário de Saúde, morador da mesma comunidade dos usuários. Esse profissional deve conhecer a realidade e os problemas sentidos pela comunidade, porque faz parte dela.

Por ser o Programa de Saúde da Família uma estratégia inovadora nos cuidados da Saúde da população, os serviços de Saúde responsabilizam-se pela qualificação de seus recursos humanos, sob os princípios norteadores do PSF, quais sejam: a humanização e a co-responsabilidade entre os serviços de Saúde e a população.

Os princípios norteadores do Programa de Saúde da Família definem práticas educativas de Saúde diferenciadas, nas quais é assegurada a Educação problematizadora, como a descreve Paulo Freire (1983):

Um espaço permanente através do qual os homens vão percebendo, criticamente, como estão sendo no mundo com que e em que se acham... Na prática problematizadora vão os educandos desenvolvendo o seu poder de captação e compreensão do mundo que lhes aparece, em suas relações com ele, não mais como uma realidade estática, mas como uma realidade em transformação, em processo. A tendência, então, do educador-educando, como dos educandos-educadores, é estabelecerem uma forma autêntica de pensar e atuar. Pensar-se a si mesmos e ao mundo, simultaneamente, sem dicotomizar este pensar da ação (p. 82).

O referencial paulo freiriano, entre outros, sustenta teoricamente a presente tese de doutorado, que tem como objeto o Programa de Saúde da Família: práticas transformadoras, uma estratégia para o século XXI e que pretende o alcance dos objetivos que se seguem.

2. Objetivos

2.1. Analisar e compreender a estruturação das práticas educativas em Saúde, identificando-as nos canais e nos espaços de interação cultural, desenvolvidos pelo Programa de Saúde da Família.

2.2. Analisar a criação de vínculos e as redes de solidariedade, a partir do princípio de humanização e da inter-relação dialógica, visando à definição de processos educativos transformadores.

2.3. Analisar os novos significados do cotidiano alcançados pelas práticas educativas desenvolvidas pelo Programa de Saúde da Família.

3. Metodologia da Pesquisa

A presente pesquisa, como já mencionado, tem como objeto as práticas educativas decorrentes da implantação do Programa de Saúde da Família, um dos programas de Saúde Comunitária, em consequência do que preconiza a Constituição Brasileira.

Os objetivos dessa tese procuram apreender as práticas educativas transformadoras do Programa de Saúde da Família, desenvolvidas na região Noroeste de Goiânia-GO (Anexo I). Diante da natureza do trabalho, optou-se pela abordagem qualitativa da pesquisa em Ciências Sociais, mediante o estudo de caso.

A pesquisa qualitativa dedica-se, de preferência, à análise dos significados, e nesse sentido Bogdan e Biklen (1991) afirmam que “o objetivo dos investigadores qualitativos é o de melhor compreender o processo mediante o qual as pessoas constroem significados e descrever em que consistem estes mesmos significados” (p. 70) como também das relações que os sujeitos dão às suas ações, neste caso, as ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde e pelas Equipes dos Agentes Comunitários de Saúde do Programa.

A pesquisa qualitativa é, como define Demo (1993):

Um diálogo crítico e criativo com a realidade, culminando com a elaboração própria e na capacidade de intervenção. Em síntese, pesquisa é a atitude de ‘aprender a aprender’, e, como tal, faz parte de todo o processo educativo e emancipatório (p. 128).

Bogdan e Biklen (1991) atribuem à pesquisa qualitativa as seguintes características:

a) na investigação qualitativa a fonte de coleta de dados é o ambiente natural. Entendem os autores que as ações podem ser mais bem compreendidas quando são observadas no seu ambiente habitual de ocorrência;

b) a investigação qualitativa é descritiva. A descrição funciona bem como método de coleta de dados quando se pretende que nenhuma informação escape ao pesquisador;

c) os investigadores qualitativos interessam-se muito mais pelo processo do que pelos resultados ou produtos. As estratégias qualitativas buscam captar o modo como as expectativas se traduzem nas atividades, procedimentos e interações diários;

d) os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva. Estas abstrações são construídas à medida que os dados particulares que foram recolhidos são agrupados para serem interpretados e analisados;

e) o significado é de importância vital na abordagem qualitativa, que traz luz para a dinâmica interna das situações. Muitas vezes essa dinâmica é invisível para o observador exterior. Desse modo, os dados recolhidos devem proporcionar uma descrição muito detalhada dos acontecimentos, pois o objetivo principal “é o de construir conhecimento e não o de dar opiniões sobre determinado contexto” (p. 68).

Por meio da pesquisa qualitativa é possível estabelecer diálogos “com sujeitos relativamente ao modo como estes analisam e observam os diversos acontecimentos e atividades, encorajando-os a conseguirem maior controle sobre as suas experiências” (BOGDAN, 1991, p. 70).

A pesquisa qualitativa tem como objetivo apreender aquilo que não é explicitado claramente, aquilo que é essencial, aquilo que é qualitativamente significativo, portanto, é compatível com o objeto e objetivos da presente investigação, cujo problema é como são viabilizadas as práticas educativas transformadoras no Programa de Saúde da Família, na Região Noroeste de Goiânia, considerada a região mais pauperizada da capital de Goiás.

Alcançar o objeto e os objetivos propostos para a Tese mediante a opção pela pesquisa qualitativa sob a modalidade de estudo de caso é o que se propõe nesta investigação.

3.1 Estudo de caso

Bogdan e Biklen (1991) afirmam que “o estudo de caso consiste na observação detalhada de um contexto, ou indivíduo, ou de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento específico” (p. 89).

Estudo de caso:



é, portanto, a articulação do caráter técnico, que investiga a realidade, com o caráter lógico, que devem estar apoiados em referências teóricas. Além disso, deve-se considerar o processo histórico que, norteador a explicação do objeto estudado, destaca a gênese e a modificação de conceitos e hipóteses (MARTINELLI, 1999, p. 46).

3.2 Descrição da população pesquisada

Como já foi citado, para o desenvolvimento do presente estudo, foi escolhida a região Noroeste da capital (Anexo II), que é formada pelos seguintes bairros: Jardim Nova Esperança, Vila Finsocial, Vila Mutirão, Jardim Curitiba, Chácara Mansões Rosa de Ouro, Chácara Parque Tremendão, Sítios de Recreio Morada do Sol, Chácara de Recreio São Joaquim, Parque Maracanã, Chácara Helom, Chácara Maria Dilce, Parque Buritis, Sítio Jardim de Recreio Estrela Dalva, Jardim Liberdade, Condomínio Fortaleza, Condomínio Setor Maísa, Setor Novo Planalto, Jardim Paraguassu, Parque Aeronáutico Antônio Sebba, Chácara Primavera, Sítio de Recreio Panorama, Sítio de Recreio Vale das Caraíbas, Jardim Colorado, Conjunto Habitacional Jardim Fonte Nova, Residencial Matingo e Bairro da Vitória I, II e III.

Na região objeto da pesquisa residem mais de 65 mil habitantes, sendo que mais de 92% da população adulta é de baixa renda, com atividades não especializadas, atuando, predominantemente, no mercado informal.

Trata-se da região de Goiânia mais pauperizada econômica e socialmente, e por este motivo recebe a assistência do Programa de Saúde da Família, desde 1994, por meio de quarenta e duas Equipes de Saúde e o mesmo número de Equipes de Agentes Comunitários de Saúde, localizadas nos diferentes bairros da região.

O Ministério da Saúde exige que as Equipes de Saúde da Família sejam multiprofissionais, compostas, no mínimo, por um médico clínico geral ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Ressaltamos que o número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe. A proporção média é de um agente para cada 550 pessoas.



A pesquisa atingiu as quarenta e duas Equipes de Saúde, e as Equipes de Agentes Comunitários de Saúde, no período de dezembro de 2001 a março de 2002, sendo distribuídos quarenta e dois questionários para as Equipes de Saúde (Anexo III) e quarenta e dois questionários para as Equipes de Agentes Comunitários por cada unidade de Programa de Saúde da Família (Anexo IV), totalizando oitenta e quatro questionários.

Até meados de fevereiro de 2002 foram coletados setenta e oito questionários, tanto das Equipes de Saúde registrando que três Equipes de Saúde e três Equipes de Agentes não devolveram os formulários. Após a enumeração dos questionários de um a trinta e oito, tanto para os questionários das Equipes de Saúde e dos Agentes Comunitários de Saúde realizou-se uma catalogação dos questionários para as Equipes de Saúde de um a trinta e oito (ES 1 a 38) e dos questionários dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS de 1 a 38).

O tratamento das informações e sua análise foi possível a partir da definição de quatro categorias, que emergiram do agrupamento e sistematização das respostas obtidas. São elas: a) comunicação dialógica como prática educativa humanitária; b) práticas educativas transformadoras na promoção da Saúde (ações, técnicas e método); c) espaços de interação cultural e equacionamento dos conflitos; d) redes de solidariedade, criação de vínculos a partir do princípio de humanização.

A categoria “comunicação dialógica como prática educativa humanitária”, apresentada no capítulo quarto, toma por base conceitual a perspectiva da Educação Popular Transformadora, de Paulo Freire, associada ao histórico de Saúde e Educação no Brasil. A categoria práticas educativas transformadoras foi analisada nos princípios da Educação Libertadora de Paulo Freire, valorizando o diálogo como instrumental prioritário e transformador. A categoria interação cultural e equacionamento de conflitos como um espaço central de análise e compreensão para a implantação e implementação de práticas e educativas transformadoras. A categoria redes de solidariedade e vínculos sociais revela a importância de alcançar a humanização paulo freiriana e a proposta pedagógica de educação popular, sendo fundamental restabelecer e fortalecer a identidade entre os homens socializados.

3.3 Instrumentos de coleta de dados

A escolha do instrumento para coletar dados recaiu nos questionários (exemplo, em anexo). As informações necessárias precisavam ser coletadas em dois instrumentos detalhados, que pudessem ser respondidas tanto pelas Equipes de Saúde quanto pelas Equipes dos Agentes Comunitários de Saúde.

A elaboração dos questionários teve como ponto de partida a fundamentação teórica das disciplinas do doutorado, a revisão bibliográfica, o aprofundamento da teoria paulo freiriana bem como o atendimento as especificidades dos informantes Equipes de Saúde e Equipes dos Agentes Comunitários de Saúde, os objetivos propostos para o desenvolvimento da tese e as análises feitas sobre o Programa de Saúde da Família, os questionários foram testados em campo, visando a correção de possíveis problemas ou dificuldades de compreensão, para garantir a qualidade e confiança dos resultados finais da pesquisa. Foram tratados e analisados os dados obtidos mediante quatro categorias, já descritas.

Chegamos, portanto, à estrutura do presente trabalho em quatro capítulos. No primeiro, buscamos apreender as interfaces sócio-educativas dos conceitos Saúde e Educação, tendo como fundamentação as mudanças dos padrões éticos e sociais que têm marcado as transformações ocorridas principalmente nas sociedades ocidentais, que são as que mais repercutem no Brasil. Esta mudança de padrões, conseqüentemente, tem significado a renovação das linguagens numa perspectiva polissêmica.

Os conceitos Saúde e Educação são compreendidos como conceitos nas dimensões social e polissêmica, que caracterizam os fenômenos sociais em sua processualidade, dinamicidade, mutabilidade. Procuramos demonstrar que eles estão em construção, tanto em momentos como em circunstâncias determinadas.

O segundo capítulo apresenta a contextualização da problemática do Estado Capitalista Moderno, no qual se inserem as Políticas Públicas de Saúde e Educação que dependem e se determinam pelo contexto social, pelas condições econômicas e políticas da sociedade.

Tem-se procurado atribuir ao Estado a responsabilidade pelas políticas de interesse global da sociedade, e o Estado responde propondo estratégias que,



muitas vezes, geram conflitos. É assim que surgem desafios, até de dimensões mundiais, que repercutem nas esferas nacionais, especialmente nas políticas sociais que dizem respeito à Saúde e à Educação.

O terceiro capítulo, de cunho histórico, aborda a Educação em Saúde e a Promoção em Saúde no Brasil e as propostas mundiais, na esfera da prática e conhecimento do fazer Saúde. Sempre houve preocupação das elites políticas e econômicas para impor ou criar hábitos higiênicos saudáveis, considerados adequados. Com a participação dos profissionais de Saúde e as experiências de Educação popular, nos anos de 1970, criou-se uma “fazer Saúde” mais abrangente, mais coerente, com interesses das classes populares.

No quarto capítulo descrevemos o Programa de Saúde da Família em Goiânia, sua implantação e sua concepção diferenciada, sob a análise das categorias definidas, já mencionadas anteriormente, a partir da sistematização dos dados dos questionários.

Nas conclusões apresentamos uma síntese do alcance do Programa Saúde da Família, como estratégia de mudança no atendimento da saúde da população como também uma proposta educativa eficaz e multiplicadora do saber popular em Saúde disseminado nas populações e a abertura para absorver o saber médico erudito, que são necessários para alcançar a promoção em Saúde como um todo relacional, emancipador e libertário dos indivíduos e das populações marginalizadas da sociedade brasileira.

CAPÍTULO I

INTERFACES SÓCIO-EDUCATIVAS: A CONCEITUAÇÃO POLISSÊMICA DE EDUCAÇÃO E DE SAÚDE

Polissemia refere-se não só à variedade de formas significantes, mas também à possibilidade de idêntica significação das palavras e dos conceitos sob a mesma forma física. Uma vez estabelecido o código de significação podemos construir o diálogo.

Na polissemia, quanto mais códigos são estabelecidos, mais se enriquece a possibilidade da comunicação e de estabelecer redes de relações, como afirma Reyzábal (1999): “a polissemia, oferecida pelo domínio de diversas linguagens e pelas múltiplas interpretações de suas mensagens, implica certa garantia de não reducionismo, de não dogmatismos” (p. 13).

Para existir diálogo na comunicação é necessário que exista um mesmo código (palavras ou coisas) de correspondência dos sinais entre o emissor e o receptor. É esse código, portanto, que estabelece a realidade da significação e da comunicação entre dois pólos, e ao mesmo tempo possibilita a polissemia, não importando o meio físico usado no processo.

As observações têm demonstrado que entre os animais os códigos não variam. A dança das abelhas é sempre repetitiva, comunicando sempre a mesma mensagem através dos mesmos códigos. Temos, nesse e em casos semelhantes, uma polissemia apenas física, material, uma vez que as formigas comunicam a seus pares a direção do alimento, como também o fazem as abelhas, mas utilizam sinais diferentes, porque pertencem a categorias diferentes na taxionomia animal.

No mundo humano, porém, com uma indefinida variedade de códigos, a polissemia ultrapassa a variedade física, assumindo uma dimensão que pode ser chamada de intencional. O mesmo sinal físico, como os sons que formam uma palavra, recebe, intencionalmente, significações diversas e até contraditórias.

Na gramática, por exemplo, conhecemos a classificação das palavras homófonas e homógrafas. Nelas há uma variedade de sentidos. E essa variedade de sentidos que uma mesma palavra pode assumir faz parte do conjunto das

preocupações dos seres humanos, que criam diferentes sistemas interpretativos: científicos, filosóficos, artísticos e místicos. Ao estabelecer uma escolha ou uma ordem nos sons, os homens reconhecem códigos interpretativos. A partir desse momento, a compreensão não é mais só original, não é mais só criativa, não é mais só pura e ela é sim, referendada na cultura. A comunicação dialógica nos diferentes processos desenvolvidos pelo Programa de Saúde da Família se efetiva quando os significados são apreendidos pelos comunicadores referenciados em sua cultura.

A estruturação de um conceito indica a idéia de algo gerado, concebido. Na forma gramatical de substantivo, sua origem é o particípio passado latino *conceptum*, do verbo conceber. Como a palavra conceito geralmente diz respeito a uma idéia, ela se insere, naturalmente, no campo do conhecimento, o qual se destina a apreender o sentido de algo, de modo que possa expressá-lo por meio de uma determinada palavra, ou palavras. A finalidade da palavra é comunicar a concepção, ou seja, o conhecimento gerado. Portanto, o conceito, como termo de um processo racional, é a imagem mental formada e depois representada por um meio físico qualquer, seja pelos sons, articulados em palavras ou não, seja pelos gestos, pela escrita, ou por outro meio qualquer.

O processo mental não se desenvolve na pura racionalidade, mas envolve todas as dimensões do ser humano, com sua racionalidade, sua sensibilidade, sua individualidade e sua dimensão social, seu consciente e inconsciente, seu tempo e seu lugar. O homem sempre teve a preocupação de atingir a explicação do mundo e estruturou seu pensamento para esse grande objetivo, valendo-se de sistemas interpretativos, esses são criações culturais da sociedade humana.

Sempre foi anseio dos homens conhecer, dominar e explicar a natureza. As preocupações de conhecer e dominar são responsáveis pelo processo civilizatório e pelo aparecimento e desenvolvimento da sociedade, enquanto a explicação, preocupação que surge simultaneamente com a primeira, tem determinado a produção de conhecimentos sobre a natureza e a sociedade.

Conhecer e explicar os fenômenos sociais também são preocupações da humanidade. As idéias criadoras que estruturaram a produção de conhecimento foram “a idéia de ordem, a idéia de causas e a idéia de acaso” (Bronowski, 1983, p. 19). Cada uma delas teve seu momento histórico.

A idéia da ordem está situada na estruturação do pensamento da Idade Média (séculos V a XV), que foi marcada pelos princípios da ordem metafísica,



atualmente pouco significativos diante das mudanças paradigmáticas das ciências. Devemos ressaltar que a mera criação de uma classe permanente de objetos, ou sua simples generalização, constitui um ato da maior importância, à medida que a natureza não produz objetos idênticos. A identidade dos objetos é sempre uma criação humana. O que a natureza oferece é uma série ou espécie de objetos, todos sensivelmente semelhantes, embora não idênticos. Sobre esse aspecto assim se manifesta Bronowski (1983), “a capacidade de ordenar as coisas em semelhantes e dissemelhantes é, a meu ver, o fundamento do pensamento humano” (p. 30).

Para esse autor, “o ato de juntar coisas que não são idênticas num grupo ou classe é tão trivial que esquecemos quanto é ousado. Depende este ato de reconhecer que uma série pode ser de coisas semelhantes, mas não idênticas” (BRONOWSKI, 1983, p. 29).

A tarefa de ordenação das coisas surgiu da necessidade de reconhecer que as coisas são semelhantes não sendo idênticas. É força do hábito pensar que a semelhança é algo óbvio e banal. Esta é uma das grandes capacidades do homem, pois ela é uma capacidade exclusivamente humana.

Foucault (1999) descreve a estruturação do saber e da linguagem a partir da trama da semântica da semelhança que:

é o que há de mais universal; ao mesmo tempo aquilo que há de mais visível, mas que se deve, entretanto, buscar descobrir por ser o mais escondido, o que determina a forma de conhecimento (pois só se conhece seguindo os caminhos da similitude) o que lhe garante a riqueza e seu conteúdo (pois, desde que soergamos os signos e olhamos o que eles indicam, deixamos vir às claras e cintilar na sua própria luz a própria semelhança) (p. 40).

Na compreensão de Foucault a semelhança garante aquilo que liga os conteúdos e estrutura a linguagem, e ao mesmo tempo garante a explicação, a interpretação dos textos e organiza o jogo dos símbolos das crises visíveis e invisíveis.

Para atingir a semelhança, o filósofo propõe outras noções que se interligam na elaboração do pensamento, que são a convivência, a emulação, a analogia e a simpatia. Todas essas noções contribuem para a estruturação dos sons em palavras e estas em forma de linguagem oral ou escrita, que são definidas como similitudes que vêm para se articular com a semelhança. Esta similitude superpõe a

semelhança à medida que tem o efeito visível da aproximação das coisas e dos sons.

Essas noções nos dizem:

de que modo o mundo deve-se dobrar sobre si mesmo, se duplicar, se refletir ou se encadear para que as coisas possam assemelhar-se. Dizem-nos os caminhos da similitude e por onde eles passam, não onde ela está nem como a vemos, nem com que marca a reconhecemos. Ora, talvez nos ocorresse atravessar toda essa proliferação maravilhosa das semelhanças, sem mesmo suspeitarmos que ela está preparada, desde muito tempo, pela ordem do mundo e para nosso maior benefício (FOUCAULT, 1999, p. 35).

A convivência é uma das similitudes, a partir da identificação através da aproximação espacial, de compreender-se que as coisas e as palavras se identificam por aquilo que é vizinho e próximo. O autor enfatiza que “o mundo é a convivência universal das coisas e ele constitui uma cadeia consigo mesmo” (FOUCAULT, 1999, p. 25-26).

Uma segunda forma de similitude é a emulação. Podemos defini-la, com o autor, como a nivelação das coisas ou palavras que estão dispersas, mas que se correspondem. Foucault (1999) afirma que a emulação é “a duplicação fundamental do mundo à imagem de dois gêmeos que se assemelham perfeitamente sem que seja possível a ninguém dizer qual deles trouxe ao outro sua similitude” (p. 27).

A terceira forma de similitude é a analogia, que traz consigo a convivência e a emulação. A analogia assegura o ponto de semelhança nas coisas e palavras diferentes por meio da aproximação espacial ou do mundo. É na analogia que todas as coisas ou sons podem se aproximar. O mundo está impregnado de analogias e o homem é o ponto privilegiado desse encontro.

A quarta forma de similitude é assegurada pelo jogo da simpatia. É uma inclinação ao outro, significando o desaparecimento do individual, atuando na direção do idêntico ou semelhante. Seu reverso é a antipatia que atua como barreira para impedir a assimilação das coisas ou palavras (sons). A simpatia e a antipatia asseguram que as coisas mantenham a sua identidade e autonomia.

O sistema das semelhanças e das similitudes funda-se no processo de decifração, que é a arte de descobrir o desdobramento dos códigos nas palavras e nas coisas. O século XVI trouxe uma experiência cultural global com a iniciação do

estudo da linguagem não só como uma história das línguas, mas no sentido de buscar a lei dos signos, descobrindo as coisas que são semelhantes, desenvolvendo sua ordem e sua explicação, ou interpretação.

Sendo a linguagem o sistema mais comum de comunicação, vale como o signo das coisas e das palavras. Ela está no mundo que é coberto de signos a serem compreendidos, interpretados e decifrados. Ela deve ser estudada como uma coisa do mundo.

Podemos afirmar que o pensamento, até o fim do século XVI, olhava a natureza em direção à sua própria ordem interna. Este sistema de ciências foi buscar em Aristóteles a sua justificação, pois, segundo Köche, (1999), comentando a concepção aristotélica:

A ciência é um produto de uma elaboração do entendimento em íntima colaboração com a experiência sensível. É resultado de uma abstração indutiva das sensações provenientes dos sentidos e da iluminação do entendimento agente que abstrai as particularidades individualizadas dessas sensações e constrói a idéia universal que representa a essência da realidade (p. 46).

A demonstração científica aristotélica, citada por Köche (1999), parte do princípio de que “nada está no intelecto se antes não passou pelos sentidos” (p. 46).

Os fatos são percebidos pelos sentidos, e devem ser observados e agrupados pelo processo indutivo e devendo alcançar o estágio de generalizações universais, tendo como objetivo efetuar a passagem progressiva dos dados materiais e mutáveis para os imateriais e imutáveis.

Esse foi o primeiro momento no processo de apreensão do conhecimento. O segundo seria demonstrar os efeitos observados nessas generalizações. Portanto, a substância (natureza) é o atributo indispensável no raciocínio aristotélico: “A natureza essencial de uma substância era determinada pela sua matéria e forma. Esse processo indutivo consistia num processo de abstração a partir dos dados proporcionados pelos sentidos” (KÖCHE, 1999, p. 47).

A linguagem, as palavras e as coisas, no século XVI, não eram um sistema arbitrário, instituído. Elas estavam dispostas no mundo e se propunham aos homens como coisas a serem decifradas. A linguagem e as palavras fazem parte da dimensão das similitudes e das assinalações e, como já se enfatizou, elas podem ser estudadas como coisas da natureza: “seus elementos têm como os animais, as

plantas e as estrelas, suas leis de afinidade e de convivência, suas analogias obrigatórias” (FOUCAULT, 1999, p. 48).

Para esse autor:

o estudo da gramática repousa, no século XVI, na mesma disposição epistemológica em que repousa a ciência da natureza ou das disciplinas esotéricas. As únicas diferenças são: há uma natureza e várias línguas; e, no esoterismo, as propriedades das palavras, das sílabas e das letras são descobertas por um discurso que permanece secreto, enquanto na gramática são as palavras e as frases todos os dias que, por si mesmas, enunciam suas propriedades. A linguagem está no meio do caminho entre as figuras visíveis da natureza e as conveniências secretas dos discursos esotéricos, ela teve que refletir a ordem mesma do mundo (FOUCAULT, 1999, p. 48).

Foi a revolução científica moderna do século XVII que, como resultado de sua exigência de novos ordenamentos sociais e do fortalecimento da visão antropocêntrica, desestruturou a ordem hierarquizada da natureza ideal e de sua perfeição metafísica em busca de um novo tipo de conhecimento, pelo qual o homem, atingindo as causas naturais, nelas interfere para a satisfação de suas necessidades. Esse foi caracterizado pela procura da objetividade na explicação dos fenômenos da natureza, conseqüentemente, dos problemas sociais e humanos, na perspectiva da idéia das causas.

A experimentação científica foi introduzida, modificando radicalmente a compreensão e concepção teórica do mundo, da ciência, da verdade, do conhecimento e do método. Em conseqüência disso, para se chegar cada vez mais com maior segurança e rapidez ao conhecimento científico, nesta sua nova concepção, os homens, no decorrer dos séculos, foram criando procedimentos específicos, cujo conjunto é denominado pela palavra “método”. Palavra derivada do grego, que significa a maneira pela qual se caminha até o objetivo proposto ao conhecimento ou à ação premeditada. O objetivo desse conhecimento é a procura da explicação, através da ciência.

A investigação científica é a construção e a busca de um saber que acontece no momento em que se reconhece a ineficácia dos conhecimentos existentes, incapazes de responder de forma consistente e justificável às perguntas e dúvidas levantadas. É o reconhecimento das limitações existentes no saber já estabelecido e da necessidade de produzi-lo para esclarecer e proporcionar a compreensão de uma dúvida. Nesse sentido, iniciar uma

investigação científica é reconhecer a crise de um conhecimento já existente e tentar modificá-lo, ampliá-lo ou substituí-lo, criando um novo que responda à pergunta existente. A investigação científica se inicia, portanto, (a) com a identificação de uma dúvida, de pergunta que ainda não tem resposta; (b) com o reconhecimento de que o conhecimento existente é insuficiente ou inadequado para esclarecer essa dúvida; (c) que é necessário construir uma resposta para essa dúvida e (d) que ela ofereça provas de segurança e de confiabilidade que justifiquem a crença de ser uma boa resposta (de preferência, que seja correta) (KÖCHE, 1999, p. 30).

Com essa concepção de ciência, está instituída a idéia de relatividade, de um processo científico delimitado. Isso também fez ressonância na linguagem na medida em que esta, no século XVI, não era um sistema arbitrário. Existiam diversas linguagens e diversos sons, sendo as palavras

Um signo de coisas absolutamente certo e transparente e os nomes eram depositados sobre aquilo que designavam assim como a força que está escrita no corpo do leão, a realeza no olhar da águia, como a influência das plantas está marcada na fronte dos homens: pela forma de similitude (FOUCAULT, 1999, p. 49).

Foi no final do século XVI, ou nos primeiros anos do século seguinte, que a linguagem se incorporou num projeto enciclopédico, que iria alcançar seu ápice na metade do século XVII, com o uso do alfabeto como uma ordem enciclopédica. De qualquer forma, "um tal entrelaçamento da linguagem com as coisas, num espaço que lhes seria comum, supõe um privilégio absoluto da escrita" (FOUCAULT, 1999, p. 52). O que significou que a linguagem escrita assumiu seu domínio perante as linguagens orais, as quais se transformaram em línguas esquecidas ou de pequenos grupos.

A invenção da imprensa não tem relação direta com a linguagem, mas quando uma idéia ou pensamento puderam ser lidos e relidos por vários indivíduos, permitiu-se a criação de um espaço de discussão e certo avanço da ciência. A explicação científica também mudou com a implantação da linguagem escrita. Todas as explicações na ciência mais antiga advêm das generalizações que são feitas no dia-a-dia, que ajudam a estruturar nosso cotidiano. Esse conhecimento é denominado de senso comum, pois não é documentado, tampouco regularmente escrito. Ele é transmitido oralmente. De acordo com Bronowski, (1983):

A ciência procura a experiência comum das pessoas, é feita por pessoas e tem o estilo próprio. O estilo de um grande homem marca não só o seu trabalho, mas também, por intermédio deste, o trabalho de outros durante várias gerações (p. 21).

No mundo humano, como já foi dito, onde existe imensa variedade de códigos, a polissemia ultrapassa a variedade física, assumindo uma dimensão intencional. Sendo assim é necessário distinguir o conhecimento vulgar do científico, ou o pré-científico do científico, na medida em que:

A ciência é uma possibilidade historicamente concretizada do homem, em primeiro lugar do homem ocidental. Essa possibilidade realizada no ocidente começa hoje a alongar-se e a cobrir o mundo inteiro, informando com sua forma todos os povos (LEA, 2000, p.14).

Para a razão ocidental, existe uma nítida distinção entre o que os homens constróem na vida pré-científica e na atitude científica. Para Lea (2000), a vida pré-científica é mais ampla, mais rica e variada. É tecida de comportamentos e relações que se entrelaçam em uma infinidade de setores: a) no campo das atividades práticas; b) no terreno da comunicação religiosa; c) na esfera da convivência social; d) no plano de experiências estéticas da beleza, e muitos outros.

A vida pré-científica é a vida de todos os dias, do cotidiano dos indivíduos, da luta pela sobrevivência, do trabalho. Da luta pelo poder, do amor, da concorrência, da vida e da morte. A atividade científica é uma ação reflexiva, um pensar. Ela tem na sua gênese, na sua constituição e na sua cultura um caráter episódico, que a torna, num sentido profundo, essencialmente temporal e contingente. É uma construção e uma contingência historicamente determinada.

Na vida pré-científica, tendo-se em conta o conhecimento, existe uma relação de conformidade entre o sujeito que conhece e o objeto que é conhecido, obedecendo apenas à preservação da vida. É facilitar as ações mais imediatas, necessárias ao bem viver. "A vida pré-científica tem profundidade e superfície. Conhece a banalidade do dia-a-dia e as horas de sua grandeza" (LEA, 2000, p. 15). A expressão do conhecimento assim obtido se dá de maneira igualmente espontânea, através da comunicação entre as pessoas, seja por palavras ou maneira específica de agir dos vários grupos humanos.

O objetivo do referido conhecimento científico consiste mais na explicação do que na comunicação propriamente dita, embora essa não seja excluída. Isso ocorre porque a comunicação, assim como o conhecer, torna-se uma necessidade decorrente do modo de existir humano, que busca socializar suas experiências, entre elas a explicação encontrada. É assim um movimento como que de retorno à sociedade que lhe facultou obter o conhecimento.

Bronowski (1983) assim discorre sobre o conhecimento científico:

O alvo da ciência é descrever o mundo numa linguagem ordenada de tal sorte que, se possível, se preveja os resultados dessas alternativas de ação entre as quais estamos sempre optando. O nosso propósito é sempre a predição... Qualquer que seja o sistema que possui para traduzir o eco em previsão encontrou-o pela evolução e a evolução encontrou-a por tentativa e erro... O futuro não existe já: só pode ser previsível... são estas as idéias de acaso na ciência hoje (p. 94-101).

Nesse caminhar, o conhecimento científico foi se distanciando cada vez mais do conhecimento vulgar ou cotidiano, que procura primeiramente a comunicação entre as pessoas e não a explicação dos dados como é o caso do Programa de Saúde da Família busca a comunicação, a recuperação do senso comum do conhecimento pré-científico para que se obtenham condições de qualidade de vida em um estágio científico. Houve um distanciamento do vulgar de tal modo que se formou um corpo específico de conhecimentos, que são denominados de ciências. Esse distanciar, ao contrário do que muitos pensam, não criou uma ruptura entre os dois tipos de conhecimento, já que o conhecimento científico é o processo de apuração dos dados obtidos pelo conhecimento cotidiano ou vulgar, e ambos provêm da mesma capacidade original do homem, de se relacionar, sensível e intencionalmente, com o mundo que o rodeia.

Em decorrência disto, no conhecimento científico, a preocupação primeira é comunicar a explicação do objeto, embora isso possa causar reações negativas no receptor desse conhecimento.

Por ser verdadeira a observação de que o conhecimento se constrói a partir do dado concreto, pode-se afirmar que os conceitos Saúde e Educação, em suas origens, não traziam em si polissemia alguma, mas referiam-se somente às necessidades primárias de cada indivíduo em particular.

À medida que o tecido social foi se tornando mais complexo, os conceitos

Saúde e Educação, bem como tantos outros, foram igualmente se complexificando, assumindo uma dimensão polissêmica, pela qual ultrapassam os limites da conotação individual e vão se transformando em um conceito socialmente construído. Isso acontece pela agregação ao seu núcleo original de elementos de valor, orientadores da práxis social, que ocorrem no contexto de construção de um conjunto de conceitos. Esses conceitos são produzidos pelas descrições, que “surtem a partir do interior da linguagem na qual o homem está mergulhado, na maneira pela qual representa para si mesmo, falando o sentido das palavras ou das proposições e, finalmente, obtendo uma representação da própria linguagem” (FAZENDA, 1997, p. 51).

É importante considerar que o significado que se atribui a uma palavra pode estar e, de fato, muitas vezes está, significando o valor simbólico do poder. Portanto, o conhecimento é a descoberta de relações entre signos, é o espaço de encontro entre eles.

Um fator relevante para a absorção dos conceitos de Saúde e Educação pela dimensão social foi certamente as Revoluções Industrial Inglesa (1780-1800) e a Francesa (1789-1848), com o conseqüente surgimento das classes trabalhadoras. Quando se fala surgimento das classes trabalhadoras estão sendo evocados, ao mesmo tempo, inúmeros outros fenômenos como o da urbanização e as mudanças dos padrões tradicionais de vida. A vida urbana trouxe consigo a mudança de padrões éticos e sociais.

Igualmente, as novas condições de trabalho, com horários abusivos, em ambientes fechados e insalubres, permitindo apenas uma alimentação insuficiente, são novas motivações para se pensar a Saúde e a Educação sob a dimensão social.

Assim Chadwick, (1840), membro da Comissão Real Inglesa, analisa as condições sócio-econômicas e sanitárias das classes trabalhadoras no movimento industrial inglês, que alcançou rápido e importante desenvolvimento. Essa análise que se tornou o marco inicial do conceito de Saúde pública, retomou

os conteúdos da medicina urbana francesa. É essencialmente na Lei dos pobres que a medicina inglesa começa a tornar-se social, na medida em que o conjunto dessa legislação comportava um controle médico do pobre (FOUCAULT, 1999, p. 95).

Hobsbawn, (1995), descreve este momento histórico-político e social:

Entre as circunstâncias agravantes, a simples mudança da dieta alimentar tradicional do homem pré-industrial pela mais austera do industrial e urbanizado era capaz de levar a uma alimentação pior, na mesma medida em que o trabalho e a vida urbana eram capazes de levar a condições de Saúde também piores (p. 228).

Sobre a Educação, o autor afirma que:

A Educação primária era muito negligenciada; e, mesmo onde ela existisse, estava confinada, por razões políticas, a um mínimo de alfabetização, obediência moral e conhecimentos de aritmética. Contudo, em certo sentido, a Educação representava tão eficazmente quanto os negócios, a competição individualista, a 'carreira aberta ao talento' e o triunfo do mérito sobre o nascimento e os parentescos, através do instrumento do exame competitivo (1995, p. 211-212).

A compreensão dos conceitos Saúde e Educação trouxe-nos a certeza de que eles assumem uma dimensão polissêmica. Nas sociedades, a Educação e Saúde assumem a dimensão de fenômenos sociais, fazendo parte de toda ação entre os indivíduos de uma sociedade, já que têm como finalidade orientar a evolução dos sujeitos e conduzi-los para os objetivos determinados pela sociedade à qual eles pertencem.

A Educação é um fenômeno humano mutável através do tempo. Isso significa que a Educação é um objeto dinâmico, em construção, portador de finalidades e perspectivas temporais, o que torna complexo o seu conhecimento. Resta frisar que ela é um fenômeno que se modifica parcialmente também quando se tenta conhecê-lo, do mesmo modo que provoca mudanças naquele que procura conhecê-lo. Nesse sentido, tanto sujeito como objeto se fazem no âmbito da relação do conhecimento (LOPES, 2000, p. 23).

Essa interação específica entre sujeito que conhece e objeto do conhecimento é a tradicional tríade que aparece em todas as análises do processo de conhecimento, na produção de conceitos. Aparecerá, portanto, na polissemia dos conceitos Saúde e Educação.

Essa tríade enunciada por Schaff (1995) é definida por modelos. O primeiro modelo presume "que o sujeito seja um agente passivo, contemplativo e respectivo, cujo papel na relação cognitiva é o de registrar estímulos vindos do exterior, papel semelhante ao de um espelho" (p. 73).

Nessa perspectiva, a Educação, como função social, é considerada uma produção espiritual ou de bens imateriais, através do conhecimento e da instituição escolar, como moldadora dos indivíduos para sua integração social na divisão do trabalho.

Durkheim, mencionado por Rodrigues (1978), define a Educação como “um esforço contínuo para impor às crianças maneiras de ver, de sentir e de agir, às quais elas não chegariam espontaneamente” (p. 48).

Nessa visão, a Educação é um fato social que imprime nos indivíduos uma coerção externa a eles, na medida em que estes fatos sociais “são maneiras de agir, de pensar e de sentir exteriores ao indivíduo” (Rodrigues, 1978, p. 48).

Essa concepção durkheimiana expressa uma visão de Educação neutra, acrítica e a-histórica. O professor, nessa concepção, é sujeito transmissor de conhecimento, e os alunos são objetos-receptores do processo educacional. O professor e a instituição escolar partem do princípio de que existem idéias absolutas e imutáveis, que são socialmente difundidas pela Educação, na medida em que a sociedade é lógica e coerente, representada por um complexo integrado de fatos sociais, tendo a Educação o papel de assegurar a transmissão da consciência coletiva ou comum.

Essa consciência comum ou coletiva corresponde ao conjunto de crenças e sentimentos comuns à média dos membros de uma mesma sociedade, que forma um sistema determinado que tem vida própria. Ela é, por definição, difusa em toda extensão da sociedade, mas não tem menos caracteres específicos que a tornem uma realidade distinta (RODRIGUES, 1978, p. 74).

A consciência coletiva assegura a noção de coletivo nas sociedades, através da solidariedade, que liga o indivíduo à sociedade. Isso ressalta e garante o papel da Educação nas sociedades contemporâneas, que têm como objetivo manter o *status quo* social, no nível da divisão das classes sociais e da estratificação social vigente, como também produtora de conhecimento.

Lamentavelmente, tanto a Educação como a Saúde em um primeiro estágio estão impregnadas dessa visão de mundo, a-histórica e conservadora, afirma Breilh a respeito de Saúde, (1991):

O processo Saúde-doença não escapou da definição de uma dessas 'coisas' (fato social) que se desenvolvem sujeitas a leis naturais e expostas a modificações do exterior, induzidas apenas por fatores do meio (natureza), tais como os agentes físicos, químicos, orgânicos e a 'coisa social'. Parte-se da suposição de que, pare evidenciar e medir os transtornos produzidos, haveria necessidade somente de cientistas e profissionais (isto é, epidemiológicos com um ponto de vista não contaminado ou, melhor dizendo, contaminado apenas pela pureza e atividade não valorativa do positivismo)... Isto é, a possibilidade de medir e correlacionar, no sentido pragmático, os efeitos aparentes (isto é, a distribuição da doença, segundo idade, sexo e lugar), de adotar medidas de operacionalização do sistema (isto é, certas campanhas de prevenção e gastos em paliativos), e tudo isso sem entrar absolutamente na discussão por demais 'perigosa' das leis e causas essenciais (p. 51-52).

Portanto, a Saúde e a doença, nessa dimensão polissêmica, têm conotações clínico-biologicistas, assimilando que a distribuição desigual das doenças nas sociedades são biológicas ou decorrentes de ambientes contaminados.

Para Breilh (1991) a epidemiologia liberal-positivista, em suas diferentes modalidades, "identifica seu objeto exclusivamente com as condições de normalidade e anormalidade psicobiológicas dos indivíduos e as considera modificáveis pela ação de fatores de risco de diferentes ordens e que se distribuem na população, segundo grupos de idade, sexo, ocupação, raça, etc". (p. 65).

Existindo uma separação entre a clínica e a epidemiologia, existindo a interpretação do social, a partir de uma associação estratégica de dados individuais, existindo a justaposição dos "fatores sócio-econômicos" às somatórias de morbimortalidade e o processo Saúde-doença na dimensão individual, trata o processo de Saúde de forma reducionista, por falta de uma perspectiva abrangente, que inclua as dimensões social, histórica e antropológica, para enfrentar esse problema.

No segundo modelo de Schaff (1995), citado anteriormente, observa-se que:

Se, no primeiro modelo, passivo e contemplativo, a predominância na relação sujeito-objeto volta ao objeto, é o contrário que se produz no segundo modelo idealista e ativista: a predominância, se não a exclusividade, volta ao sujeito que conhece, que apercebe o objeto do conhecimento como sua produção. Este modelo concretizou-se em diversas filosofias subjetivistas-idealistas e – no estado puro – no solipsismo (p. 74).

Essa postura subjetivista-idealista referenda uma concepção polissêmica voltada para a atitude de abertura do ser humano para compreender o que se

mostra. É a volta ao mundo da vida, onde o ser humano se reconhece como aquele que pensa a partir desse fundo anônimo, visualizando-se como protagonista do mundo da vida. É um retorno ao mundo vivido.

Nessa dimensão, o sujeito conhece o objeto – o sujeito existe na medida em que compreende, não existe a separação entre sujeito e objeto, trata-se de desentranhar o fenômeno ou conceito, desvendá-lo além da aparência. Esta postura confronta-se com a Interpretação Institucionalista Funcionalista, na perplexidade daquele tipo de determinismo para o qual todas as coisas “são” (fatos sociais), pois essa interpretação afirma que existe um atributo determinante e universal para as coisas serem, que é a existência. O sujeito, nessa postura, tem a posição de ouvinte e respondente à existência, tendo uma relação de poder ouvir a voz do ser. O significado do ser é o horizonte de compreensão no qual o mesmo ser se revela no desvelar, ao assumir uma trajetória de criar e de amadurecer. Nesta perspectiva, entende-se o ser humano no conviver com os outros, no vivenciar o cotidiano.

A polissemia dos conceitos em Educação se reflete na pedagogia da existência. Essa pedagogia da Educação define o papel do professor na formação da criança, rompendo com a idéia de que a criança é um adulto incompleto, e a metodologia de Educação preocupa-se mais com o “como” agir e não mais com “o que” ensinar.

Tal posição desloca, como comenta Saviani, (1986):

o eixo da questão pedagógica do intelecto para o sentimento; do aspecto lógico para o psicológico; dos conteúdos cognitivos para os métodos ou processos pedagógicos; do professor para o aluno; do esforço para o interesse; da disciplina para a espontaneidade; do diretivismo para o não-diretividade; da quantidade para a qualidade; de uma pedagogia de inspiração filosófica centrada na ciência da lógica para uma pedagogia de inspiração experimental baseada principalmente nas contribuições da biologia e da psicologia. Em suma, trata-se de uma teoria pedagógica que considera que o importante não é aprender, mas aprender a aprender (p. 12-13).

Então, a criança não é mais objeto da Educação e sim seu sujeito, que é educado para alcançar a sua “verdadeira essência”. Para isso, deve-se conhecer a experiência singular do aluno, investigando sua maneira de pensar e fatores tais como a inteligência e a rapidez.

Essa postura, que na Educação faz surgir a consciência de sujeito, provoca igualmente a consciência da dicotomia entre Saúde-vida e entre morte-doença, sendo a morte – o ser para a morte de cada indivíduo é para o ser existindo –, no mundo, uma condição primeira. Ela é a potencialidade existencial do homem. O significado e o significante da vida-Saúde é a essência do movimento na doença, sendo para-a-morte. A morte-doença é o fenômeno intrínseco da vida-Saúde, portanto, o doente não é só um organismo onde atuam processos mórbidos. Ele é um sujeito-ser humano. Ele é uma pessoa com estruturas psicológicas e sociais, integrado na família e na comunidade, portanto, um produto do mundo vivido.

Nessa concepção, a dimensão polissêmica está centrada na compreensão do homem como “um ser consciente-no-mundo” e existir é um caráter essencial do ser – homem. O mundo existe enquanto aparece à consciência como “fenômeno”. A consciência está dirigida, intencionalmente, à existência e o significado do mundo se diferencia, de acordo com o sujeito-no-mundo. É preciso, assim, considerar um mundo vivencial para o professor e um outro para o aluno, um mundo do camponês e um outro do pescador, um mundo médico e um “mundo do doente”. Todos eles são diferentes e as coisas neles se referem de modos variados. “A mundaneidade é a característica existencial do viver e nela se fundamentam as maneiras com que podemos chamar o mundo do técnico, ‘o mundo do cientista’, etc.” (OLIVIERI, 1985, p. 36).

Devemos interpretar o doente na sua dimensão de ser doente, no contexto de seu mundo próprio, do ser humano, nas suas vivências, nas suas motivações, nos seus conflitos, desafios e sofrimentos e na intersubjetividade nas relações com seus pares.

O terceiro modelo apontado por Schaff (1995) é o da interação entre o sujeito e o objeto. Neste modelo não há preponderância dos elementos na relação cognitiva, como nos anteriores entre objeto (primeiro modelo) e sujeito (segundo modelo).

Esse modelo toma o caminho oposto daqueles que priorizam o objeto desconhecido ou o sujeito que conhece e seus produtos mentais. O terceiro modelo propõe

Em troca do enquadramento de uma teoria do reflexo modificada, uma relação cognitiva na qual tanto o sujeito quanto o objeto mantêm a sua existência objetiva e real, ao mesmo tempo em que atuam um

sobre o outro. Esta interação se produz no enquadramento da prática social do sujeito, que apreende o objeto na e pela sua atividade. (SCHAFF, 1995, p. 75).

A escolha de um dos três modelos implica, além de concepções de mundo diferenciadas, abordagens polissêmicas com interpretações diversificadas na nossa atitude científica, em particular para a nossa concepção de verdade.

Esse terceiro modelo parte da premissa fundamental e clássica da prática histórica e do modo de produção da vida material, que nas sociedades capitalistas acontece a partir da compra e venda da força de trabalho, da apropriação dos meios de produção e da venda de bens de produção e consumo, isto é, o modo de produção da vida material capitalista, que é definida por Marx (1972) como infra-estrutura:

O modo de produção da vida material condiciona o desenvolvimento da vida social, política e intelectual em geral. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; é o seu ser social que, inversamente, determina a sua consciência. Em certo estágio de desenvolvimento, as forças produtivas materiais da sociedade entram em contradição com as relações de produção existentes, ou o que é a sua expressão jurídica, com as relações de propriedade no seio das quais tinham se movido até então, de formas de desenvolvimento das forças produtivas, estas relações transformam-se no seu entrave. Surge, então, uma época de revolução social. A transformação da base econômica altera, mais ou menos rapidamente, toda a imensa superestrutura (p. 4).

Comprova-se assim que não é a sociedade que determina as relações sociais de produção. Ao contrário, são as próprias forças produtivas que determinam as relações sociais, de acordo com o estágio de produção. É nas relações sociais de produção que se originam as classes sociais com interesses antagônicos, a partir, fundamentalmente, da “criação de um excedente que possibilita a apropriação privada das condições de produção” (QUINTANEIRO, 1999, p. 78).

Portanto, são as relações sociais que determinam as condições de Saúde, de Educação, enfim, as condições de vida da população. O conceito de referência é o trabalho humano enquanto práxis, transformando o homem em força produtiva, inserido na diversidade social do trabalho, uma das características fundamentais da sociedade produtora de mercadorias, da propriedade privada dos meios de produção e de troca de mercadorias. Além da análise e conceituação de infra-

estrutura, a concepção marxista revela o conceito de superestrutura. Esta não abrange as instituições da base material da infra-estrutura e sim as instituições sociais que não têm forma material e são o sistema jurídico, educacional, científico, ideologias políticas, concepções religiosas, etc., denominadas de representações sociais:

São os homens que produzem as suas representações, as suas idéias, etc., mas os homens reais, atuantes, e tais como foram condicionados por um determinado desenvolvimento das suas forças produtivas e do modo de relações que lhes corresponde, incluindo até as formas mais amplas que estas possam tomar. A consciência nunca pode ser mais que o SER consciente, e o SER dos homens é o seu processo de vida real.... Não é a consciência que determina a vida, mas sim a vida que determina a consciência (QUINTANEIRO, 1999:74-75).

O desenvolvimento das forças produtivas, apoiado na propriedade privada dos meios de produção teve como resultado a formação de duas formas de sustentação do sistema social: a infra-estrutura e a superestrutura, que são a fonte da exploração, da opressão e da alienação. Dentro dessa estrutura a Educação e a Saúde poderão exercer uma função emancipatória humanizadora destas contradições inerentes ao sistema. Sendo definidas como “fenômenos sociais, fazem parte da produção social, pois participam da ‘totalidade das relações de produção’ no contexto em que atuam” (LOPES, 2000, p. 17).

Principalmente, na concepção de Paulo Freire (1996), aprender na

dialogicidade verdadeira em que os sujeitos dialógicos aprendem e crescem na diferença, sobretudo, no respeito a ela, é a forma de estar sendo coerentemente exigida por seres que, inacabados, assumindo-se como tais, se tornam radicalmente éticos (p. 67).

Nessa dimensão, a relação Educação-Saúde-Cultura é de fundamental importância, na medida em que a “cultura diz respeito, então, à produção e reprodução da existência humana, o que constrói diferentes elos de significação na relação homem-mundo” (LOPES, 2000, p. 18).

A cultura, portanto, é uma produção coletiva dos seres humanos e a prática pedagógica tanto na Educação como na Saúde tem como objetivo a preservação e a transmissão desta cultura. O papel da prática educativa é “identificar os elementos

culturais que devem ser assimilados e preservados e, ao mesmo tempo, descobrir maneiras de fazer com que os indivíduos produzam sua existência com eles e se transformem a partir deles” (LOPES, 2000, p. 19).

Devemos ressaltar a origem latina da palavra educar – *educare*, que significa tirar para fora de, conduzir para, modificar um estado. A Educação possui um caráter político na medida em que possibilita a reflexão e modificação das relações sociais e da própria constituição da sociedade. No modelo de interação de Schaff, a Saúde e a Educação assumem vertentes polissêmicas diametralmente opostas às explicações anteriores. Considera o horizonte da classe trabalhadora e os setores populares como intrinsecamente empenhados em redefinir criticamente o processo Saúde-doença tal como se dá nos grupos humanos.

Paulo Freire (1996) confirma que:

a Educação é uma forma de intervenção no mundo. Intervenção que, além do conhecimento dos conteúdos bem ou mal ensinados e/ou aprendidos, implica tanto o espaço de reprodução da ideologia dominante, quanto o seu desmascaramento (p. 110).

As transformações sócio-econômicas e políticas das sociedades intervêm de forma relevante na construção paradigmática dos modelos e referências conceituais. O desaparecimento da sociedade feudal e a consolidação da sociedade capitalista, simultânea à revolução industrial, iniciada na Inglaterra, com seu ambiente político-social proporcionou o embate entre as duas correntes que conceituam a Saúde, uma, que a concebe como apenas a ausência da doença e, portanto, aos cuidados de grupos particulares. A outra, no viés dos grupos marginalizados do processo de produção e da reprodução social, grupos sem recursos próprios que lhes proporcionem melhores condições de vida e quase que completamente dependentes do conjunto da sociedade, compreendendo, como afirma Dallari, (1995): “a Saúde como diretamente dependente de variáveis relacionadas ao meio ambiente, ao trabalho, à alimentação e à moradia”. (p. 18).

As duas Grandes Guerras que tiveram início na Europa, de 1914-1918 e 1939-1945, levaram estas duas correntes a atingir o consenso de que as causas das doenças não deveriam ser procuradas nos processos biológicos ou nas características ecológicas, como o hospedeiro, o agente e o ambiente, mas nos processos sociais. Desse modo, esta nova corrente exclui a dicotomia Saúde-

doença, e a apresenta como um processo Saúde-doença. Este processo orgânico coletivo apropria-se da natureza como determinante na organização social, por ter a característica de coletividade social como somatório de indivíduos, e determinado pelas relações sociais constituídas na sociedade, na medida em que o social, o cultural, o econômico interpretam ou traduzem o processo Saúde-doença como:

Um processo permanente e iniludível para a vida, que é a inter-relação ecológica entre o ser vivo e o ambiente total, explica o mecanismo orgânico e individual do fenômeno Saúde-doença; todos os fatores econômicos, sociais e culturais que fazem parte das estruturas da sociedade, são as fontes de origem das cadeias de causalidade, que vão alterar a relação ecológica através do processo de adaptação-desadaptação (BREILH, 1991, p.18).

O estudo feito até agora sobre a Saúde e a Educação permite afirmar que, como conceitos polissêmicos, ambos sofrem mudanças no decorrer dos tempos.

O terceiro modelo de Schaff privilegia a adequação das estruturas sócio-econômica e política às exigências da biologia e da ecologia à condição humana de nossa espécie (*homo sapiens*). Sendo o homem **ser** e um todo social e cultural, tem em si a noção de consciência, que é inerente à subjetividade humana. Esta nasceu:

(...) embutida na própria prática do homem, originariamente na sua prática produtiva, pela qual dava conta de sua existência material, mantendo-a inserida num processo permanente de trocas com a natureza. Por isso, a esfera básica da existência humana é aquela do trabalho propriamente dito, ou seja, prática que alicerça a existência material dos homens, já que a vida depende radicalmente dessa troca entre o organismo e a natureza física. Esta esfera da prática produtiva constitui o universo do fazer (MARTINELLI, 1998, p. 48).

Essa prática produtiva é a expressão do ser humano como sujeito coletivo efetivado no fazer em sociedade. Este sujeito coletivo, em todas as esferas das práticas onde os homens atuam, traduz o rompimento do homem como sujeito individual isolado. Esta característica difere o homem de outras sociedades de seres vivos. “O mundo – artifício humano – separa a existência do homem de todo ambiente meramente animal; mas a vida, em si, permanece fora desse mundo artificial, e através da vida o homem permanece ligado a todos os outros organismos vivos” (ARENDT, 1983, p. 10).

Ressaltamos que a prática desenvolvida pelos sujeitos coletivos é uma

prática intencionalizada para atingir uns dos grandes objetivos humanos, que é o de dominar e transformar a natureza e superar as dicotomias entre mente e corpo, objetividade e subjetividade, particular e universal, simples e complexo. Esta perspectiva delinea a universalidade na diversidade.

Essa universalidade do homem na diversidade concretiza-se, segundo Arendt (1983), a partir da *vita activa* constituída de três atividades fundamentais: o labor, o trabalho e a ação, sendo que cada uma delas corresponde às condições básicas da vida do homem na terra.

O labor e o trabalho são atividades mediadas por coisas ou matéria. A ação é a atividade que é exercida pelos homens, garantindo a pluralidade na certeza de que os homens vivem na terra em convivência através da “teia” das relações”. O homem não está só.

O labor refere-se às necessidades vitais (bio-psíquico), que garantem o processo da vida, portanto, ele é a própria vida e garante a preservação da espécie. O trabalho é a intervenção do homem na natureza. É a produção de um “mundo artificial de coisas, nitidamente diferente de qualquer ambiente natural” (ARENDT, 1983, p. 15).

O trabalho e o seu produto garantem a sobrevivência e a transcendência no sentido da perpetuação da vida humana, na medida em que o homem domina a natureza.

Para Arendt (1983) a ação-discurso não é uma atividade mediatizada, mas “se empenha em fundar e preservar corpos políticos, cria a condição para a lembrança, ou seja, para a história” (p. 16).

A ação, segundo Arendt (1983), está alicerçada na pluralidade, que “é a condição da ação humana pelo fato de sermos todos os mesmos, isto é, humanos, sem que ninguém seja exatamente igual a qualquer pessoa que tenha existido, exista ou venha a existir” (p. 16).

É a individualização humana que garante a igualdade e a diferença: “Se não fossem diferentes, se cada ser humano não diferisse de todos os que existiram, existem ou virão a existir, os homens não precisariam do discurso ou da ação para se fazer entender” (ARENDT, 1983, p. 188).

Os homens devem criar sinais e sons (linguagens) para comunicar suas necessidades imediatas e idênticas. É nesse encontro entre as diferenças e as variações que se define a “alteridade” comum a tudo que existe. A “alteridade é, sem

dúvida, aspecto importante da pluralidade; é a razão pela qual todas as nossas definições são destinações e o motivo pelo qual não podemos dizer o que uma coisa é sem distingui-la de outra” (ARENDT, 1983, p. 189).

Tal processo trata não só de poder provocar alteração, mas de construir uma relação horizontal com o outro:

Em sua forma abstrata, a alteridade está presente somente na mera multiplicação de objetos inorgânicos, ao passo que toda vida orgânica já exhibe variações e diferenças, inclusive entre indivíduos da mesma espécie. Só o homem, porém, é capaz de exprimir e distinguir-se. Só ele é capaz de comunicar a si próprio e não apenas comunicar alguma coisa como sede, fome, afeto, hostilidade ou medo (ARENDT, 1983, p. 189).

Essa distinção entre os objetos inorgânicos e a vida orgânica faz com que o homem precise do convívio com o outro para assegurar a alteridade, definida a partir da relação de troca com o diferente, com o que não é consensual e conflituoso.

A ação-discurso é um ato primordial e especificamente humano, portanto:

A ação que ele inicia é humanamente revelada através de palavras; e, embora o ato possa ser percebido em sua manifestação física bruta, sem acompanhamento verbal, só se torna relevante através da palavra falada na qual o autor se identifica, anuncia o que faz, faz e pretende fazer (ARENDT, 1983, p. 191).

Nenhuma outra atividade humana precisa tanto do discurso quanto a ação. Podemos afirmar que na comunicação interpessoal, em primeiro lugar estão as pessoas que se comunicam, com seus inúmeros condicionamentos, tais como os vários interesses pessoais e o tipo de empatia com a outra pessoa:

Na ação e no discurso, os homens mostram quem são, revelam ativamente suas identidades pessoais e singulares, e assim apresentam-se ao mundo humano, enquanto suas identidades físicas são reveladas, sem qualquer atividade própria, na conformação singular do corpo e no som singular da voz. Esta revelação de 'quem', em contraposição a 'o que'... alguém é – os dons, qualidades, talentos e defeitos que alguém pode exhibir ou ocultar – está implícita em tudo o que se diz ou faz (ARENDT, 1983, p. 192).

Essa qualidade reveladora da ação e do discurso se constrói quando as pessoas estão em relação interpessoal com outras; isso define a convivência humana. Esta é a condição *sine qua non* para garantir a revelação humana de

definir que alguém é, não significando que esse alguém é em relação a alguma coisa.

Nesse momento é que se afirma a existência, a identidade ou a particularidade, a peculiaridade diante dos outros e não diante de nós mesmos. Isso se rompe

quando as pessoas são meramente pró ou contra os outros, como ocorre, por exemplo, na guerra moderna, quando os homens entram em ação e empregam meios violentos para alcançar determinados objetivos em proveito do seu lado e contra o inimigo. Nestas circunstâncias, que naturalmente sempre existiram, o discurso transforma-se, de fato, em mera conversa, apenas mais um meio de alcançar um fim, quer iludindo o inimigo, quer ofuscando a todos com propaganda (ARENDT, 1983, p.193).

A cisão entre o uno (fenômenos subjetivos) e o múltiplo (fenômenos sociais) advém da separação entre a multiplicidade e a subjetividade e autodeterminação, fazendo-se necessário restabelecer a identidade entre os homens socializados e o homem individualizado, considerando a diferença entre um e outro. Nada é coletivo sem antes ter sido subjetivo, enquanto apreensão da necessidade e sentimento subjetivo. Eles surgem do **eu** e tornam-se nossos, socialmente aceitos. Isso acontece nas mediações estabelecidas na “teia” das relações humanas, definida por Arendt (1983) “como a esfera dos negócios humanos que existe onde quer que homens vivam juntos, e é numa ação real que eles produzem histórias. Essas histórias podem, depois, ser registradas em documentos e monumentos; podem tornar-se visíveis em objetos de uso e obras de artes; podem ser contadas e recontadas e transformadas em todo tipo de material” (p. 197).

Essa ousadia de o homem abandonar “seu esconderijo para mostrar quem é ele, para revelar e exibir sua individualidade, já denota coragem e até mesmo ousadia” (ARENDT, 1983, p. 199). Essa manifestação está vinculada à ação e ao discurso, principalmente de liberdade de os indivíduos estabelecerem relações entre os homens, trazendo consequências ilimitadas:

Porque a ação, embora possa provir do nada, por assim dizer, atua sobre um meio no qual toda reação se converte em reação em cadeia, e todo processo é causa de novos processos. Como a ação atua sobre seres que também são capazes de agir, a reação, além de ser uma resposta, é sempre uma nova ação com poder próprio de atingir e afetar os outros (ARENDT, 1983, p. 203).

Esta manifestação da ação e do discurso origina sensibilidades solidárias nas sociedades. Existe, na organização social das sociedades, a noção de que é necessário introjetar um ser social em cada um de nós, que não representa a psicologia do indivíduo, e sim a subjetividade capitalista como forma de abstração inscrita e determinada pelo próprio nexos das relações sociais objetivas que se inscrevem na própria experiência individual. Isso faz com que o indivíduo introjete seu trabalho como a concretização contingente de sua capacidade abstrata de trabalhar, e não como uma determinação de sua personalidade.

A partir dessa análise, a “maneira filosófica tradicional de explicar aquilo que entendemos por ‘solidariedade humana’ consiste em dizer que existe algo dentro de cada um de nós – a nossa humanidade essencial – que ressoa com a presença dessa mesma coisa em outros seres humanos” (ASSMANN, 2000, p. 43).

a Educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é a transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significantes” (p. 69).

A solidariedade é um conceito moderno em sua polissemia. Para Rorty (1994), (neopragmatista), a transformação dos indivíduos não se dá através das consciências individuais. Exemplificando: as pessoas deixaram de ser humanamente normais, e comportam-se de forma desumana. O conceito de desumanidade faz parte da normalidade dentro dos respectivos contextos históricos institucionais.

A nossa insistência na contingência e a nossa conseqüente oposição a idéias tais como a de essência, natureza e fundamento, torna impossível retermos a noção de que algumas ações e atitudes são naturalmente desumanas. É que esta insistência implica que aquilo que conta como sendo um ser humano decente, seja relativo às circunstâncias históricas, seja uma questão de consenso passageiro quanto a saber que atitudes são normais e que práticas são justas e injustas. ... A minha posição implica que os sentimentos de solidariedade dependem necessariamente das semelhanças e das diferenças que surgem com destaque e que tal destaque é função de um vocabulário final historicamente contingente (ASSMANN, 2000, p. 43).

Para Rorty estudado por Assmann (2000), a solidariedade é algo que se constrói e não algo que se encontra pronto, como predisposição supostamente natural do ser humano, de acordo com a seguinte explicação. A apreensão e expansão das sensibilidades solidárias nas sociedades são algo produzido no

decurso ou percurso da história mediante arranjos sociais, consensos entre os homens. Estes consensos solidários são fatos históricos, que levam em conta os campos dos sentidos e o psíquico, como ocorre nas relações estabelecidas entre as Equipes de Saúde, os Agentes Comunitários de Saúde e entre esses a Comunidade.

Essa dimensão de solidariedade é assumida hoje por vários autores e, na e a nossa opinião, é a tendência do pensamento contemporâneo. A grande preocupação é com uma grande ironia da história que consiste no fato de que os indivíduos se tornam mais humanizados não pelos apelos éticos racionais da sociedade, e sim por uma lenta e profunda mudança das sensibilidades solidárias.

No âmbito da solidariedade social, existe uma polêmica na dimensão polissêmica, inserindo a noção do direito:

(,,,) como o indicador privilegiado dos padrões de solidariedade social, garante a decomposição harmoniosa dos conflitos por via da qual se maximiza a integração social e realiza o bem comum, e os que concebem o direito como expressão última de interesses de classe, um instrumento de dominação econômica e política que por via da sua forma enunciativa (geral e abstrata) opera a transformação ideológica dos interesses particularísticos da classe dominante em interesse coletivo universal, um debate que se pode simbolizar nos nomes de Durkheim e de Marx (SANTOS, 1997, p. 162).

Nessas noções de solidariedade, além da noção de direito aparece a noção do sujeito e do coletivo, na medida em que não existe *vita activa*, atitudes democráticas ou solidárias que não sejam produto dos grupos sociais e de sujeitos concretos historicamente inseridos. “Parte-se, portanto, do pressuposto de que o sujeito e os coletivos organizados para a produção são seres em constante devir. Seres constituídos de elementos internos (imanência relativa) e externos (transcendência, igualdade relativa do mundo sobre o sujeito e sobre o coletivo)” (CAMPOS, 2000, p. 67), compreendendo o sujeito como um ser biológico, tendo uma subjetividade complexa, inserido em relações sociais que interferem em seus desejos, interesses e necessidades. “Um ser imerso na história e na sociedade, mas nem por isso despossuído de uma subjetividade singular e de capacidade para reagir ao seu contexto” (CAMPOS, 2000, p. 68).

As sociedades constituem coletivos organizados transcendendo cada um dos sujeitos que as integram. Os sujeitos (homens) devem incorporar o sonho da humanidade mais solidária, na medida em que a solidariedade ou as sensibilidades solidárias são atitudes humanizadas sobre o “agir social”.

A solidariedade, como os outros conceitos Saúde e Educação, alcança a dimensão polissêmica, portanto, não é uma definição unívoca e sim é uma definição ambígua. Ela é compreendida de forma parcial e plural nos seus significados. Na maioria das vezes, o conceito solidariedade traz para nós algumas situações emergenciais e pontuais no tempo e espaço como: acidentes graves, calamidades, catástrofe, massacres coletivos, atentados, e menos vezes a consciência das calamidades persistentes como aquelas que são intrínsecas ao sistema capitalista vigente e conseqüências deste como: exclusão social, fome, miséria, pobreza, abandono, e outros.

Assim, as sensibilidades solidárias podem tender a não atingir repostas coerentes, e, muitas vezes, nos levam à indiferença social.

No agir coletivo, a solidariedade nos remete a alcançar um ideário de convivência social para a organização humana, que não deve ser transformada em soluções para situações emergenciais e sim deve estar imbuída de características ético-políticas na busca de soluções estruturais. Devemos cuidar para que a solidariedade se transforme em

bandeira abrangente para enfrentar a crise civilizacional do mundo de hoje. Isso fica sinalizado em algumas expressões de linguagens insistentes e globais acerca da solidariedade, mas pode continuar sendo semantema flutuante e até linguagem apenas catártica e compensatória da falta de estratégias solidárias. Existe uma série de linguagens que buscam pontos de articulação na potencialização da sensibilidade social, que representam, de certa forma, parâmetros preparatórios de articulação da sensibilidade solidária, pedagogicamente unidos a anseios individuais e coletivos concretos (ASSMANN, 2000, p. 68-69).

Essas proposições sobre solidariedade estão impregnadas de atitudes que respeitam as diferenças e se interessam pelos problemas sociais e éticos da coletividade, principalmente quando dizem respeito à inclusão e exclusão social, sendo duas pontas do *iceberg* social.

O conceito de “exclusão”, por ser também polissêmico, precisa ser definido

na dimensão sócio-política que se quer assumir. Para tanto é importante perguntar: Excluído(a) do quê?

É claro que a massa imensa dos(as) excluídos(as) não está fora do planeta terra, nem dos seus respectivos países em que vivem. Neste sentido continuam em relação de interdependência com o resto da humanidade e com todos os outros seres vivos e não-vivos da natureza. Essas pessoas também não estão excluídas do alcance dos meios de comunicação de massa que socializam a cultura dominante e o padrão de desejo de consumo (ASSMANN, 2000, p. 90).

Existe a exclusão, na relação dos sujeitos, e na institucionalização da sociedade; existem os sujeitos instituídos, com direitos protegidos pelo Estado e conceituados socialmente, e os destituídos de direitos e deveres e de quase toda vida social e fora dos principais fluxos da sociedade, mas não totalmente excluídos, eles estão localizados na margem da sociedade. Os semi-excluídos que vivem um processo de integração e desintegração, dependência e autonomia das instituições da sociedade e os que renunciam à convivência social.

Podemos afirmar que os sujeitos que vivem em sociedades sofrem ações das instituições sociais. Existe hoje uma multidão de indivíduos que possuem pouca vivência com as instituições formais, indivíduos que passam a maior parte da vida na miséria social, com pouca experiência de convivência social, vivendo no abandono social, na falta ou expulsão, na carência de qualquer renda fixa, conhecendo a rua como espaço público de convivência social.

As nossas sociedades contemporâneas vivem hoje o acúmulo de irracionalidades:

(...) no perigo iminente de catástrofe ecológica, na miséria e na fome a que é sujeita uma grande parte da população mundial – quando há recursos disponíveis para lhes proporcionar uma vida decente e uma pequena minoria da população vive numa sociedade de desperdício e morre de abundância –, na destruição pela guerra de populações e comunidades em nome de princípios étnicos e religiosos que a modernidade parecia ter descartado para sempre, na droga e na medicalização da vida como solução para um cotidiano alienado, asfixiante e sem solução – todas estas e muitas outras irracionalidades se acumulam. Ao mesmo tempo que se aprofunda a crise das soluções que a modernidade propôs, as irracionalidades parecem racionalizadas pela mera repetição (SANTOS, 1997, p. 43).

Um dos problemas primordiais das nossas sociedades é o desemprego estrutural, que dificulta garantir a satisfação das necessidades básicas de sobrevivência digna dos indivíduos e sendo também excluídos do mercado de trabalho e do mercado consumidor. Isso além de não ter garantia de satisfazer suas necessidades. Os indivíduos “excluídos” têm dificuldades na construção de sua identidade e de relacionamentos e de reconhecimento com outros grupos sociais, entendendo identidade, na dimensão de identidade coletiva.

Para minimizar o impacto da exclusão hoje, no Brasil, o governo federal está viabilizando programas e campanhas de cunho social e acelerar o processo de inclusão social. Um destes programas é o Programa de Saúde da Família que, adotando a prática de intervenção no nível dos grupos familiares e da comunidade, fundamental para o desenvolvimento de estratégias de políticas sociais, encaminha-se na direção de ver a Saúde não apenas como ausência de doenças, mas como o complexo das relações das pessoas com a totalidade do ambiente, tanto o constituído pelas relações sociais como o de interatividade das pessoas com o ecossistema.

Nossa discussão sobre Saúde, Educação, solidariedade e exclusão está relacionada à soma das conquistas humanas e contradições seculares não resolvidas.

Esses conceitos são basilares para identificar como são viabilizadas as práticas educativas transformadoras no Programa de Saúde da Família. Outro conceito basilar para entender as práticas educativas transformadoras no cotidiano dos atores do Programa de Saúde da Família é a comunicação, haja vista que para Freire (1979): “a educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é a transferência de saber, mas o encontro de sujeitos interlocutores que busca a significação dos significantes” (p.69).

É pela comunicação dialógica que os Agentes Comunitários de Saúde buscam reconhecer as necessidades da comunidade. Eles procuram junto com o grupo alternativas de solução, as quais são constituídas de práticas educativas que transformam a doença no cotidiano em cotidiano com saúde.

A propósito o século XX foi o século do início da comunicação instantânea. Existem informações simultâneas em excesso, procedentes de todos os lugares do mundo, produzindo um hábito, que é a informação em espetáculo, arriscando

confundir a informação e o divertimento. Portanto, a ação à distância protege e salva a vida, mas vulgariza e irresponsabiliza o crime.

O século XX foi também o da descoberta da fragilidade. Somos demasiado poderosos para poder evitar nossos inimigos. Somos um século estressado, angustiado, sofrido, procurando a utopia.

O século XX e o começo do XXI apresentam uma tendência de valorização das massas. Foram reconhecidos os direitos civis sociais de grandes populações, como resultado, mesmo os que não têm bens materiais ou dinheiro, passam a ter o direito à palavra, à contestação, ao voto e a exercer um cargo político ou comunitário.

Assim como vivemos a era da globalização e da tecnologia, vivemos também a era da dor, do medo e do espanto. Uma era espantada, que viveu o 11 de setembro de 2001, quando foi abalado o país que a si próprio atribuía ser o mais poderoso do mundo, principalmente em se tratando da segurança nacional.

Compartilhamos as idéias de Santos (1997) quando enfatiza que:

No final do século a única utopia realista é a utopia ecológica e democrática. É realista, porque assenta num princípio de realidade que é crescentemente partilhado e que, portanto, tem as virtualidades que Gramsci achava imprescindíveis na construção de idéias hegemônicas. Esse princípio de realidade consiste na contradição crescente entre o ecossistema do planeta terra, que é finito, e a acumulação de capital, que é tendencialmente infinita. Por outro lado, a utopia ecológica é utópica, porque a sua realização pressupõe a transformação global, não só dos modos de produção, mas também do conhecimento científico dos quadros de vida, das formas de sociabilidade e dos universos simbólicos e pressupõe, acima de tudo, uma nova relação paradigmática com a natureza, que substitua a relação paradigmática moderna.

É uma utopia democrática porque a transformação a que aspirava pressupõe a repolitização da realidade e o exercício radical da cidadania individual e coletiva, incluindo nela a carta dos direitos humanos da natureza. É uma utopia caótica porque não tem um sujeito histórico privilegiado. Os seus protagonistas são todos os que, nas diferentes constelações de poder que constituem as práticas sociais, têm consciência de que a sua vida é mais condicionada pelo poder que outros exercem sobre eles do que pelo poder que exercem sobre outrem (p. 43-44).

Assim, a apatia e a insensibilidade social têm dominado os homens, fazendo-os pensar que os problemas dos outros(as) não são deles, sem perceberem que esses são problemas da humanidade como um todo.

A partir dessas constatações, as dimensões polissêmicas dos conceitos Saúde e Educação se têm alargado, redimensionando a relação objeto-sujeito, na tentativa de “objetivar” o sujeito e “subjetivar” o objeto, deixando emergir sensibilidades.

Paulo Freire (1979) define a educação libertadora, problematizadora, como:

situação gnosiológica, em que o objeto cognoscível, em lugar de ser o término do ato cognoscente de um sujeito, é o mediatizador de sujeitos cognoscentes, educador, de um lado, educandos, de outro, a educação problematizadora coloca, desde logo, a exigência da superação da contradição educador-educandos. Sem esta não é possível a relação dialógica, indispensável à cognoscibilidade dos sujeitos cognoscentes, em torno do mesmo objeto cognoscível (p.78).

Na Educação a emancipação humana é princípio fundamental, pois,

A liberdade se constrói a partir da humanidade e da sua história. Quanto mais se humanizarem as relações mundo-homens e entre esses, mais a humanidade será livre. Portanto, humanização e libertação são o mesmo. Esse processo de libertação só ocorre quando nos libertamos de limites para ampliar as possibilidades de existência mais plena de humanização. A liberdade é, então, um compromisso com as relações que os seres humanos mantêm (com os outros, social; consigo mesmo, psicológica; com a natureza, econômica; com a transcendência)” (LOPES, 2000, p. 64).

Nesta mesma linha, Delors (1999), atribui finalidades à educação: “cabe fornecer, de algum modo, os mapas de um mundo complexo e constantemente agitado e, ao mesmo tempo, a bússola que permita navegar através dele” (p. 89).

Pelas idéias desse autor, a Educação em sua dimensão polissêmica deve centrar-se em quatro princípios, que são pilares do conhecimento: aprender a conhecer; aprender a fazer; aprender a viver juntos; aprender a ser.

Aprender a conhecer significa adquirir os instrumentos necessários para desenvolver capacidades (atitudes e aptidões) de atingir a compreensão da realidade em que estamos inseridos.

Estas capacidades devem estar impulsionadas pelo prazer de conhecer, compreender e descobrir o mundo, por meio da busca de entendê-lo, para que os indivíduos possam alcançar um nível de vida digna, com qualidade. Por exemplo, a Educação Fundamental, para considerar-se bem sucedida, deve promover nos

indivíduos a consciência da socialização tendo por base o processo de acumulação dos conhecimentos e de produção de saberes, o que auxiliará os indivíduos ao longo da vida, no sentido de torná-los cada vez mais sujeitos de sua história.

Aprender a conhecer e aprender a fazer são processos indissociáveis. Torna-se, portanto, necessário dominar o instrumental para desenvolver as capacidades de compreender, conhecer e descobrir. Aprender a fazer não é só uma tarefa material repetitiva, como simples prática rotineira e automática. Não se pode esquecer que ela faz parte do cotidiano da vida em sociedade e que é a partir da intervenção na realidade que atingimos um fazer inovador, criativo e produtivo.

Na Educação para a Saúde, como um instrumento a mais na busca deste fazer inovador e criativo, o Governo Federal implantou o Programa de Saúde da Família, tendo em vista que ele assume a cultura popular, cotidiana e rotineira como um saber que facilitará a intervenção mediante a inclusão dos preceitos científicos sobre Saúde e qualidade de vida.

Competências como capacidade de se comunicar, de viver juntos, de trabalhar com e para os outros e de administrar e solucionar problemas ou conflitos, levam-nos à afirmação de que aprender a fazer deve ser introjetar os dados percebidos e assimilá-los de forma que possamos desenvolver atitudes de aceitação de inovações técnicas e intelectuais que nos devem levar a novas e diversas aprendizagens.

Compreende-se, pois, que o trabalho em questão já não possa ser feito da mesma maneira que quando se trata de trabalhar a terra ou fabricar um tecido. A relação com a matéria e a técnica deve ser completada com a aptidão para as relações interpessoais (DELORS, 1999, p. 95).

A possibilidade de relacionar-se com o outro vai garantir, por meio da Educação, o estabelecimento de relações estáveis e eficazes entre as pessoas, e esta mesma possibilidade de relacionar-se com o outro irá assegurar um outro objetivo, que é aprender a viver juntos e com os outros.

O mundo de hoje caracterizado pela violência e o individualismo, impregnado pelas atitudes egoístas dos indivíduos e da sociedade, leva-nos a propor um movimento diferenciado que conduza a sociedade e os indivíduos a ter atitudes capazes de resolver os conflitos de maneira pacífica, a partir do

conhecimento da necessidade do outro, tendo em conta sua cultura, sua espiritualidade e idiossincrasia. A tarefa é difícil, a sociedade e os indivíduos têm tendência de supervalorizar as próprias qualidades e competências, em detrimento de outros grupos, sociedades e indivíduos. Portanto, de acordo com esta colocação, dever-se-ia partir para um profundo conhecimento do outro e de nós mesmos. Para isto Delors (1999) ressalta que:

a Educação deve utilizar duas vias complementares. Num primeiro nível, a descoberta progressiva do outro. E num segundo nível, e ao longo de toda a vida, a participação em protestos comuns, que parece ser o método eficaz para evitar ou resolver conflitos latentes (p. 97).

O Programa de Saúde da Família desenvolve ações de Educação e vigilância, com ênfase na promoção em Saúde como um todo relacional e na prevenção de doenças. Para concretizar essas ações os profissionais envolvidos e os usuários do Programa deverão descobrir-se progressivamente ao longo da prática para garantir saúde e qualidade de vida, devendo ser exercitadas práticas educativas do cotidiano.

Diante do exposto, deve-se considerar que a Educação deve ser pensada “ao longo de toda a vida”, aproveitando todas as oportunidades oferecidas pela comunidade.

Centrado no princípio de atingir as expectativas do século XXI, o processo educativo depara-se com a abordagem ecológica dos problemas de Saúde-doença, fundamentados pelas leis que regem as questões biológicas e ecológicas.

Com efeito, a ecologia das sociedades humanas foi sempre um processo dinâmico e histórico, de velocidade progressiva em relação ao chamado progresso humano; quer dizer, consideramos a ecologia não somente do ponto de vista biológico, como mecanismo íntimo de todos os fenômenos biológicos, como o foi originalmente nos começos das lidas do *homo sapiens*, mas como um processo de inter-relação entre o ser vivo e seu ambiente total, vale dizer o ambiente físico-geográfico, socioeconômico, psicossocial e cultural (BREILH, 1991, p. 18).

A doença é uma alteração do mecanismo biológico do indivíduo e o tratamento da doença se dá no nível individual, sendo este de caráter técnico-científico. Essa dimensão é extrapolada, quando pensamos na Saúde a partir da

prevenção das doenças, riscos e agravos e de promoção da boa Saúde.

Ao analisar a dimensão social de Saúde, devemos considerar que as condições de Saúde das populações respeitam o dinamismo e a complexidade dos demais processos sociais. Existe a indissociabilidade entre a Saúde dos indivíduos e das populações.

A nossa civilização também não nos educou para:

(...) aceitar e convivermos com as ambigüidades da vida, como por exemplo a tensão e a convivência entre a vida e a morte, o amor e a insegurança e o desejo de felicidade plena e a esperança e a inevitável frustração desse desejo. Assim, nós tendemos a projetar para fora dos 'muros' da sociedade estas ambigüidades das nossas vidas e da nossa sociedade, existem duas fórmulas de resolver esta situação: sermos agressivos com os(as) que nos recordam o que queremos esquecer; ou enfrentarmos nossos próprios medos e sofrimentos e percebermos que nós, os(as) incluídos(as), e os(as) excluídos(as) compartilhamos da mesma condição humana (ASSMANN, 2000, p. 100).

Sem uma Educação que nos ajude a conviver com os limites e as ambigüidades da condição humana, como a morte e a vida, a dor e o prazer, os sofrimentos e as alegrias, os medos e as coragens, os egoísmos e os gestos de solidariedade, as necessidades e os desejos e outros, teremos muita dificuldade em perceber com empatia a compaixão (sentir a mesma paixão/dor), os sofrimentos dos(as) excluídos(as) pela sociedade.

As questões que abrangem o fazer social, tais como as ciências, a linguagem, a Saúde, a solidariedade não só suscitam desafios no âmbito do conhecimento, como também, da mesma forma, atingem a infra-estrutura social e, principalmente, o Estado como articulador destas relações.

A seguir faremos um detalhado estudo sobre as transformações do Estado brasileiro e suas interferências nas políticas sociais de Saúde e Educação, objetivo do segundo capítulo.

CAPÍTULO II

POLÍTICAS SOCIAIS ADOTADAS PELO ESTADO CAPITALISTA: DO ESTADO DO BEM-ESTAR SOCIAL AO ESTADO MÍNIMO

O Estado capitalista moderno do século XX precisou distanciar-se de sua primeira identidade de cunho liberal, construída pela burguesia para a consolidação de seu modelo econômico, político e social. Esse modelo tinha intrinsecamente o caráter de um desenvolvimento em contínuo progresso e expansão. A expansão, neste modelo capitalista, deveria ocorrer de forma individualizada e ilimitada através das forças produtivas, com a perspectiva de um progresso indefinido.

O resultado foi uma sociedade desigual, dividida a partir da propriedade dos meios de produção, caracterizada pela compra e venda da força de trabalho e gerar lucros para os proprietários destes meios de produção. Isto significou a mudança do capital “familiar” para o capital industrial, consolidando-se a sociedade dividida entre o capital e o trabalho, passando a dominar o conjunto das relações a produção, distribuição e circulação da riqueza.

Adam Smith (1766) considerou que a verdadeira fonte da riqueza, não está na agricultura nem no comércio, a única fonte é o trabalho livre, sem intervenções. Por tanto, não deveria existir nenhuma interferência política na economia dos cidadãos, considerando ilegítima qualquer intervenção estatal nesta relação.

O Estado capitalista dos fins dos séculos XVIII e XIX foi um mero árbitro para manter as regras do jogo do capital, já que o sujeito da economia eram os indivíduos, proprietários da força de trabalho, como produtores de mercadorias ou serviços, produzindo as suas condições de sobrevivência através do salário, que é a garantia das relações sociais de exploração que consolidavam a sociedade capitalista.

Esta concepção capitalista liberal de sociedade acreditava que o progresso econômico e o industrialismo deveriam satisfazer as necessidades básicas da população e principalmente da classe trabalhadora, na medida em que houvesse a consolidação de uma nova ordem social mais racional marcada pela acumulação crescente de capital, de população, bens e serviços.

Nesse sentido era fundamental garantir a sobrevivência do trabalhador inserido no mundo produtivo para que esta relação se perpetuasse. Era necessário garantir a sobrevivência familiar com alimentação, vestuário, moradia, transporte, Educação e Saúde. A vida do trabalhador e sua inserção no mundo do trabalho não são mais questões do âmbito individual, mas dimensões coletivas e sociais que garantiriam uma efetiva acumulação. As dimensões coletivas e sociais fazem parte do processo de sustentação do capital.

De qualquer forma, esse princípio de caráter otimista-econômico dos fins dos séculos XVIII e XIX não trouxe o bem-estar e o enriquecimento das nações, muito pelo contrário, acarretou contradições sociais que atingiram de forma cruel a classe trabalhadora nas suas condições de trabalho e de vida.

Houve também o enfraquecimento das bases materiais da concepção capitalista liberal do século XIX e início do XX, principalmente pelo aparecimento de processos político-econômicos mundiais, como o crescimento do movimento operário nos países capitalistas industrializados da Europa Ocidental e a vitória do movimento socialista da Rússia, em 1917.

Hobsbawm (1995) ressalta:

O mundo que se esfacelou no fim da década de 80 foi o formado pelo impacto da Revolução Russa de 1917. Fomos todos marcados por ela, por exemplo, na medida em que nos habituamos a pensar na moderna economia industrial em termos de opostos binários, 'capitalismo' e 'socialismo' como alternativas mutuamente excludentes, uma identificada como economia organizada com base no modelo da URSS, a outra com todo o restante (p. 14).

2.1 – Saúde e Educação e o Estado Contemporâneo e seu redimensionamento histórico.

A mudança no mundo, a partir da consolidação do capitalismo tardio, com o surgimento de monopólios e oligopólios como forma de concentração do capital e de mudanças na lógica do mercado, é o resultado da união do capital industrial com o capital financeiro, tendo como consequência a mudança no mundo da produção para um padrão essencialmente produtivo, com a alteração de estratégias de organização, como o taylorismo, o fordismo, o keynesianismo e o toyotismo.

Essas mudanças ocorridas no início do século XX trouxeram para o Estado Capitalista moderno funções diferenciadas, como assumir a legitimidade do conflito

de classe e a regulamentação de direitos coletivos que garantiriam a expansão política dos trabalhadores enquanto cidadãos. Estas conquistas concretizaram os direitos trabalhistas, fazendo com que o poder coletivo dos trabalhadores mudasse, em parte, a atitude do capital frente ao trabalho.

Fundamentalmente, por essas razões, o Estado moderno capitalista passa a ser analisado sob a ótica que considera a questão democrática como elemento político dos opostos. Nesta ótica, este Estado nega a existência de uma classe dominante detentora do poder, reforçando a concepção das elites políticas mais renovadoras, que se alicerça na teoria de que a burguesia não se constitui mais como a classe coerente e monolítica que teria sido no passado.

Delineia-se uma concepção de Estado ampliado definido por Gramsci como “a instância que engloba a sociedade política – *locus* da dominação pela força e a Sociedade Civil – o lugar desta dominação pelo consentimento” (POULANTZAS, 1970, p. 393).

O Estado capitalista transforma-se no centro do poder político das classes dominantes na medida em que é fator de organização da sua luta política. Este Estado tem como função legitimar outras categorias que pertencem às classes antagônicas na esfera da organização da produção que são os trabalhadores, para transformá-los em indivíduos-cidadãos que fazem parte da mesma sociedade e têm interesses antagônicos na esfera político-jurídica e não na esfera da produção, o que dá uma conotação diferenciada à luta de classe.

O Estado capitalista apresenta-se como representante do “interesse geral” de grupos concorrentes:

A característica própria do Estado Capitalista de representar o interesse geral de um conjunto nacional popular não constitui, pois, uma simples mistificação embusteira, no sentido de que esse Estado pode efetivamente satisfazer, dentro desses limites, certos interesses econômicos de certas classes dominadas; portanto, pode fazê-lo sem que seja afetado seu poder político (...) Este limite depende tanto da relação das forças em luta como das formas de Estado, da articulação de suas funções, das relações do poder econômico e do poder político, do funcionamento do aparelho de Estado (POULANTZAS, 1970, p. 244).

O Estado Moderno Capitalista na sua concepção ampliada é um espaço contraditório, onde os interesses da classe dominada podem ser absorvidos, sendo

esse um espaço de conflitos sociais. Conseqüentemente, o Estado é autoritário, repressivo, garantindo a defesa dos interesses das classes dominantes. O autoritarismo é um aspecto intrínseco ao Estado Capitalista Moderno, para assegurar o projeto hegemônico das classes dominantes em detrimento das classes dominadas, excluídas do processo político-social.

O conceito de hegemonia do Estado Capitalista tem características especiais na luta de classes. É necessário que o bloco do poder seja formado por várias classes ou parcelas políticas dominantes e que uma delas detenha o papel predominante que pode ser caracterizado como papel hegemônico.

A classe hegemônica é a que “concentra para si, no nível político, a dupla função de representar o interesse geral do povo-nação e de deter um domínio específico das classes e das parcelas dominantes: e isto na sua relação particular com o Estado capitalista” (POULANTZAS, 1970, p. 175).

O Estado moderno é o responsável pela manutenção das relações desiguais de poder, transformando-se em uma força organizada de violência, de dominação de homens sobre homens, sendo seu projeto político dominante legitimador de seus interesses hegemônicos, ou seja, dos interesses daqueles que conquistaram o poder.

O Estado Moderno Capitalista é o articulador da burguesia ainda que não haja mais uma classe monolítica, que assegura e cria condições para a expansão do capital, através da implantação de normas e leis que permitem controlar as relações de trabalho e amenizar os conflitos de classes que se fazem presentes nestas relações.

O Estado Moderno Capitalista é o amenizador dos conflitos, tentando absorver e institucionalizar as tensões sociais, dinamizando as políticas sociais que são necessárias, dependendo da conjuntura e exigências políticas do momento histórico.

Gramsci (1977) afirma:

O proletariado pode se tornar classe dirigente e dominante na medida em que consegue criar um sistema de alianças de classes que lhe permitam mobilizar contra o capitalismo e o Estado burguês a maioria da população trabalhadora – o que significa, na Itália, dada as reais relações de classes existentes, que o proletariado pode se tornar classe dirigente e dominante na medida em que consegue obter o consenso das amplas massas camponesas (p. 22).

De acordo com o Poulantzas (1970) o Estado Capitalista possui duas características:

Por um lado, sua autonomia com relação ao aspecto econômico implica a possibilidade a partir da relação concreta das forças de uma política social de sacrifícios econômicos em favor de algumas classes dominadas. Por outro lado, é essa mesma autonomia do poder político institucionalizado que permite, às vezes, atacar o poder econômico das classes dominantes, sem chegar nunca a ameaçar seu poder político (p. 245).

No Estado do Bem-Estar Social com maior ou menor abrangência, as políticas sociais estão articuladas ao desenvolvimento do capitalismo e de suas contradições.

(...) Nesse contexto, o Estado deve manter os mecanismos do mercado de trabalho e as relações capitalistas de produção ao mesmo tempo que regula as atividades do mercado e da produção e atende à prestação de serviços e benefícios como direito da cidadania. Essa regulação estatal não é, pois, fruto de uma evolução do humanismo, mas das próprias contradições e conflitos de uma sociedade que produz incessantes riscos para a vida das pessoas e o esgotamento da força de trabalho (FALEIROS, 1991, p. 26).

A intervenção do Estado Moderno Capitalista possui duas frentes: a) política fiscal e financeira, a partir do princípio do pleno emprego; e b) política social, na expansão do emprego público e na criação de aparelhos de consumo coletivo, Educação, Saúde, habitação e lazer que se incorporam aos direitos de cidadania além dos direitos trabalhistas e acordos coletivos, que são os precursores na garantia dos direitos do cidadão. Existindo articulação entre o Estado e a Sociedade Civil, as relações sociais passam a ser mediadas por instituições políticas democráticas, ao invés de permanecerem dependentes da esfera privada, centrada no espaço do mundo das forças produtivas.

Esta mudança de articulação entre o Estado e a Sociedade Civil, aponta o deslocamento do conflito de classe, que se encontrava centrado no modo de produção para o modo de distribuição, priorizando o mercado, o consumo coletivo e o individual.

Tais regulações do Estado para controlar a economia e o mercado foram propostas por liberais progressistas e capitalistas não ortodoxos, que consideravam fundamental, para consolidar o processo global de acumulação capitalista, fazer

frente às crises econômicas e conflitos sociais, assegurando taxas de lucro flexíveis no mercado, dentro do confronto entre o capital e o trabalho.

A regulação estatal:

(...) foi justificada economicamente por John Maynard Keynes (1883-1946), um economista inglês. Segundo ele, é preciso uma estratégia estatal de sustentação do pleno emprego dos fatores de produção e da mão-de-obra para que a demanda ou procura de bens e serviços seja mantida. Manter a demanda significa, pois, a capacidade de comprar bens e serviços no mercado, com salários suficientes advindos do emprego (FALEIROS, 1991, p. 26-7).

Keynes, citado por Faleiros (1991), propunha a dinamização dos mercados financeiros e de consumo, articulada à estatal capitalista. Para implantar essa regulação Keynes propunha o aumento dos gastos públicos para ampliar a oferta de emprego e uma “agenda estatal”, que consistiria em monitorar os serviços sociais que fogem da liberdade ou vontade individual, que são o controle da moeda, do crédito, da poupança, da mão-de-obra e dos juros. Esta política estatal delineava um Estado Regulador que pretendia garantir ao cidadão a oportunidade de acesso gratuito a certos serviços e a prestação de benefícios mínimos para todos.

A implantação do Estado do Bem-Estar keynesiano consolidou-se na Inglaterra durante a Segunda Guerra (1939-1945), sendo conhecido como o Relatório Beveridge, ou modelo beveridgiano de seguridade social, proposto em 1943, que visava garantir um sistema de proteção social no caso de emprego ou de renda, tais como: desemprego, doença, velhice, nascimento, casamento, morte, acidente e invalidez. Significava a segurança de um rendimento mínimo que devia estar associado às providências para conseguir o emprego ou a renda.

A estratégia de um Estado Regulador ou Estado do Bem Estar tinha sido precedida por outros tipos de medidas e relatórios, como a “Lei dos pobres”, de 1601, e é nela que:

(...) a medicina inglesa começa a tornar-se social, na medida em que o conjunto dessa legislação comportava um controle médico do pobre (...). Com a Lei dos pobres aparece algo importante na história da medicina social: a idéia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer suas necessidades de Saúde, sua pobreza não permitindo que o façam por si mesmos, quanto um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguram a

Saúde das classes pobres, e, por conseguinte, a proteção das classes ricas (FOUCAULT, 1999, p. 95).

A Lei dos pobres teria sido um marco na dimensão da assistência diante dos problemas sanitários da época. Existia uma razão fundamentalmente econômica, na preservação da Saúde dos trabalhadores, sendo constatado pelas autoridades do Estado que para o funcionamento adequado de uma fábrica passa pelas boas condições de Saúde do trabalhador, transformando-se esta razão econômica em um instrumento político.

O processo de estruturação do Estado do Bem-Estar Social keynesiano foi tomando corpo em diferentes países, embora não tenha se efetivado nos países periféricos da América Latina, entre eles, o Brasil.

Nos Estados Unidos, com a crise de 1929, fez-se com que o Governo Republicano de Herbert Hoover, rompesse com as regras clássicas do capitalismo liberal, enterrando o liberalismo clássico de Adam Smith, passando a limitar o poder dos capitalistas e aumentando a renda dos consumidores por meio de uma intervenção do Estado na economia. Ampliou-se o sistema de previdência social, passou para a responsabilidade do Estado o bem-estar do trabalhador, implementando-se os seguros sociais para desempregados, velhice e invalidez, continuando o seguro-saúde nas empresas privadas.

Na França, o sistema assistencial começou com os asilos e hospitais gerais sendo que os seguros foram conferidos a categorias específicas em épocas diferentes.

Esse avanço no Estado do Bem-Estar nos países capitalistas modernos caracterizou-se por um rápido crescimento econômico por intermédio de uma intervenção estatal da economia, a partir de medidas econômicas como: baixa taxa de juros, pleno emprego, redistribuição de renda e o aumento do consumo.

O Estado do Bem-Estar Social representou um grande avanço ao nível das conquistas sociais, através das políticas sociais implementadas para os cidadãos, pela pressão dos trabalhadores desempregados e empresários falidos, sem esquecer o impulso do pensamento social democrata e a mobilização do movimento operário internacional, que reivindicava condições dignas de vida e trabalho.

A crise de 1929 causou conseqüências profundas para o capitalismo monopolista, principalmente o norte-americano. Esta crise acarretou mudanças políticas e culturais que influenciaram o desenvolvimento histórico do mundo

O processo sócio-econômico e político desenvolveu-se até os anos 1960, na perspectiva de que o Estado Moderno poderia estabelecer uma convivência pacífica entre o capitalismo e a democracia, e garantir o compromisso entre o capital e o trabalho.

O Estado Moderno priorizava:

(...) políticas e o próprio Estado – agora aparecem como expressão de um compromisso; são bastante úteis do ponto-de-vista dos interesses de uma coalizão de classes que inclui tanto capitalistas como trabalhadores organizados. Quando os trabalhadores adotam estratégias que conduzem a um compromisso, o Estado faz o que parece ser necessário para produzir o capitalismo porque essa é a escolha dos trabalhadores, bem como dos capitalistas (PZERWORSKI, 1989, p. 240).

O quadro econômico sócio-político de instabilidade das décadas anteriores, principalmente a crise de 1929, caracterizada pelo desemprego em massa, pobreza e até o colapso do sistema foi superado. O capitalismo venceu esta crise e alcançou um novo impulso de expansão e de modernização econômica, mesmo existindo crises e depressões alternadas, manteve o pleno emprego e uma certa estabilidade econômica necessária para o novo impulso. Uma das causas desta estabilidade foi a automação das indústrias que solucionou os problemas de sub-produção existentes, atingindo-se taxas de crescimento econômico e de bem-estar impensáveis após a crise de 1929.

Nesta fase da historia mundial, Saúde e Educação mereceram a atenção como políticas públicas nos países desenvolvidos. A Era de Ouro do Capitalismo e o Estado Capitalista Moderno alcançaram seu apogeu entre 1945-1973, sendo conhecida esta era como a era da racionalidade do Estado desenvolvimentista e provedor do bem-estar.

Hobsbawm (1999) descreve esta Era de Ouro como equivalendo a um quarto de século dos anglo-americanos:

O dourado fulgiu com mais brilho entre o pano de fundo baço e escuro das posteriores Décadas de Crise (...). Hoje é evidente que a Era de Ouro pertenceu essencialmente aos países capitalistas desenvolvidos, que, por todas essas décadas, representaram cerca de três quartos da produção do mundo, e mais de 80% de suas exportações manufaturadas. Outra razão pela qual essa característica da era só lentamente foi reconhecida é que na década

de 50 o surto econômico pareceu quase mundial e independente de regimes econômicos (p. 255).

A Era de Ouro foi uma tentativa do capitalismo de se transformar em um fenômeno mundial, embora a riqueza não fosse distributiva e não alcançasse a maioria da população mundial. Para os países pobres e atrasados, os especialistas da ONU tentavam encontrar soluções diplomáticas, como as campanhas mundiais de distribuição de alimentos, tais como, a campanha da Aliança para o Progresso na América Latina, patrocinada pelos Estados Unidos.

À Era de Ouro se aliou ao avanço tecnológico e a pesquisa científica praticista. Houve um “abalo sísmico tecnológico”. Ele transformou a vida cotidiana com o rádio, com a geladeira-freezer, com a comida desidratada, hortigranjeiros industrializados e produtos frescos importados de qualquer parte do mundo, detergentes sintéticos, até os computadores. A tecnologia sofisticou o processo de produção e o desenvolvimento de novos produtos, principalmente farmacêuticos. A indústria voltou-se essencialmente para o mercado de massa. O avanço tecnológico significou a sofisticação no nível de investimentos maciços, pouca mão-de-obra e muitos consumidores.

A Era de Ouro foi a aliança entre o liberalismo econômico e a democracia social, desenvolvendo uma economia internacional em torno dos Estados Unidos, centrada nas importações e exportações de bens de consumo a partir do final dos anos de 1950.

No Brasil, a partir de 1930, o liberalismo econômico apregoado pela Era de Ouro foi deixado de lado. O governo de Getúlio Vargas passou a intervir na economia para promover a industrialização, instituiu uma legislação trabalhista que assegurou direitos à classe trabalhadora e seus sindicatos, que porém não eram independentes em suas relações com o governo, criando uma figura de retórica: o peleguismo¹.

O modelo getulista ou varguismo de proteção social consistia na fragmentação da categoria de trabalhadores introduzindo, na prática, uma desigualdade na distribuição de benefícios, que dependia da adesão ou não à política governamental.

¹ Peleguismo significa sindicalismo de características economicistas e reivindicatório das lutas de sua categoria sindical.



O assistencialismo populista foi a característica dominante na prática da política social. Podemos afirmar que no Brasil e nos outros países latino-americanos, o Estado do Bem-Estar Social não levou em conta o mesmo ordenamento igualitário dos países europeus, implicando direitos e benefícios desiguais para categorias de trabalhadores diferenciados, por este e outros aspectos consideramos que o Estado do Bem-Estar não foi implementado no Brasil.

Na década de 1960, surgem as empresas transnacionais, e multinacionais, que desenvolveram uma nova divisão internacional do trabalho. Torna-se possível e economicamente factível dividir a produção com o avanço do transporte e comunicação. As indústrias transnacionais procuraram países pobres subdesenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, com mão-de-obra excedente e barata para escapar dos Estados Capitalistas desenvolvidos, onde a mão-de-obra é especializada, com salários e direitos trabalhistas considerados “onerosos” para os capitalistas que lutavam para se livrar do controle do Estado de origem do capital, existindo uma reestruturação do capitalismo com a internacionalização da economia. Esta atitude ficou conhecida, entre nós, pela frase de um, então, Ministro de Estado: “É preciso esperar o bolo crescer, para depois dividi-lo”.

No processo de reestruturação do capitalismo, tanto no nível interno de cada país como no nível internacional, o mundo capitalista avançado viveu uma profunda e longa recessão com baixas taxas de crescimento e altas taxas de inflação, que se foram generalizando no mundo inteiro.

A Era de Ouro dependia de uma conjuntura econômica estável, deveria existir equilíbrio entre o crescimento da produção e os ganhos que não alteram os lucros estáveis, devendo manter-se a produção em ascensão e sem grandes aumentos salariais, proporcionando equilíbrio entre o crescimento da produção e o poder de compra dos consumidores, sendo estes garantia para a manutenção do mercado ativo. A Era de Ouro dependia desta série de fatores para manter o sistema em pleno funcionamento, mas isso não aconteceu, o que levou a Era de Ouro a perder o seu brilho e entrar em colapso.

Nessa crise, ressurgem os livres mercadistas ou neoliberais, que criticavam o keynesianismo e o solidarismo que impregnaram a sociedade e o Estado Capitalista Moderno da Era de Ouro, principalmente pelo surgimento do processo de produção de mercadorias internacionalizado, conhecido como toyotismo que é a expressão da expansão do capitalismo monopolista do Japão, no pós-1945.



Caracteriza-se pela produção flexível, pela existência de grupos ou equipes de trabalho e pela utilização da microeletrônica e da produção informatizada que trouxe a terceirização e precarização das relações de trabalho, no nível da produção. Os livres mercadistas acreditavam que este processo deveria acontecer, também, em nível do mundo do mercado internacionalizado – ou mundializado.

Esta crise mundial era criticada pelos neoliberais que questionavam o poder excessivo dos sindicatos, segundo eles, com suas reivindicações salariais exageradas, e os consideravam nefastos para as relações de trabalho, acusando-os dos altos gastos sociais do Estado, e do pagamento de impostos e taxas fiscais que diminuía os lucros das empresas e o aumento da inflação.

Para os neoliberais essa crise era resultado do Estado do Bem-Estar Social:

No fim da década de 70, todos os Estados Capitalistas avançados se haviam tornado “Estados do Bem-Estar” desse tipo, com seis deles gastando mais de 60% de seus orçamentos na seguridade social (Austrália, Bélgica, França, Alemanha Ocidental, Itália, Países Baixos). Isso iria produzir consideráveis problemas após o fim da Era de Ouro (HOBSEAWN, 1999, p. 279).

Todos esses argumentos insuflaram os brios neoliberais. A conjuntura dos anos 1980 caracterizou-se como a década do pós-marxismo e recrudescimento do neoliberalismo.

A esse respeito, Boaventura Santos (1997) argumenta que:

(...) mais do que em qualquer outro período anterior, a solidez e a radicalidade do Capitalismo ganhou ímpeto para desfazer o marxismo no ar e desta vez para o desfazer aparentemente com grande facilidade e para sempre. A ascensão dos partidos conservadores na Europa e nos EUA; o isolamento progressivo dos partidos comunistas e a descaracterização política dos partidos socialistas; a transnacionalização da economia e a sujeição férrea dos países periféricos e semiperiféricos às exigências do capitalismo multinacional e das suas instituições de suporte, o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional; a consagração mundial da lógica econômica capitalista sob a forma neoliberal e a conseqüente apologia do mercado, da livre iniciativa, do Estado Mínimo, e da mercantilização das relações sociais; o fortalecimento sem precedentes da cultura de massas e a celebração nela de estilos de vida e de imaginários sociais individualistas, privatistas e consumistas, militantes relapsos a pensar a possibilidade de uma sociedade alternativa ao capitalismo ou sequer exercitar a solidariedade, a compaixão ou a revolta perante a injustiça social; a queda consentida de governos de orientação socialista às mãos do

jogo democrático antes julgado burguês na Nicarágua, em Cabo Verde e outros países; e, finalmente, o rotundo e quase inacreditável colapso dos regimes comunistas no Leste Europeu – todos estes fatores foram convergindo para transformar o marxismo, aos olhos de muitos, como pouco mais que um anacronismo (p. 29).

Podemos afirmar que o neoliberalismo propiciou uma luta antiinflacionária. Para tanto, ele impôs uma feroz disciplina fiscal com resultados satisfatórios para o controle inflacionário das economias centrais, provocando, de forma selvagem, a pauperização e expulsão de grandes massas da população, ficando mais nítidos os limites ampliados da categoria social dos excluídos, que autores modernos, como Norberto Bobbio, caracterizam, como a grande e terrível dicotomia Norte-Sul, referindo-se à divisão entre regiões pobres e ricas de seu país.

O Projeto Neoliberal tem como ideário a concepção do Estado fundado no individualismo. Os neoliberais são adversos a um ideal de socialização ou um ideal social coletivo, e é a vontade individual que faz existir a sociedade e determinar sua forma específica.

Para os neoliberais a sociedade tem uma ordem natural não planejada, que evolui para a auto-regulação, existindo no homem um ímpeto natural para uma escolha natural e racional de suas instituições.

Conseqüentemente, a intervenção do Estado introduz uma desordem no livre jogo da oferta e a procura. Cada um deve obter uma quantidade de informação que oriente a atividade econômica e social de forma adequada. O papel do Estado deve limitar-se a criar um quadro jurídico que veicule o máximo de informações na sociedade, deixando o jogo do mercado se desenvolver livremente.

O pensador que concretizou o papel do Estado Mínimo na sociedade neoliberal é Nozick, professor da Universidade de Harvard, citado por Bernard (1997) que propõe:

Um Estado Mínimo que se limita às funções estritas de proteção contra a força, o roubo, a fraude, à aplicação de contratos etc., está justificado; todo Estado que tente controlar os direitos das pessoas livres e que se recuse a cumprir estes direitos, ele não está justificado; por último, o Estado Mínimo é mais vivo que justo. Duas implicações merecem ser apontadas: o Estado não utilizará do constrangimento para obrigar certos cidadãos a vir e ajudar os outros; não é possível proibir as pessoas de certas atividades para seu próprio bem ou proteção (p. 72-73).

Os defensores do Estado Mínimo consideram que o Estado do Bem-Estar, ou Estado Protetor, e as políticas públicas são os principais responsáveis pela crise da sociedade contemporânea e responsável pela crise da Era de Ouro, que garantia direitos corporativistas, restringindo a liberdade e mantendo uma situação artificial da vida econômica e social. Eles criticavam a imobilidade e a falta de competitividade dos mercados. Acreditava que o protecionismo, por intermédio de uma legislação específica por parte do Estado para os monopólios, é prejudicial aos mercados porque cria condições artificiais que impedem a concorrência.

Os defensores do Estado-Mínimo consideram que as políticas públicas patrocinadas pelo Estado cerceiam a livre iniciativa e a individualidade, na medida em que desestimulam a livre iniciativa e as relações básicas de trabalho, que é a livre oferta e procura do trabalho, posicionando o sujeito da economia, que não é o Estado, mas sim o indivíduo proprietário da força do trabalho, com livre arbítrio para fazer o que bem entender dessa sua propriedade. Conseqüentemente, não seria papel do Estado oferecer assistência ou proteção aos trabalhadores. Para os neoliberais, isso acarreta permissividade social.

Hayek (1983) argumenta:

O oferecimento dessa assistência sem dúvida induz alguns a negligenciar a criação de reservas para uma emergência, como poderiam fazer por iniciativa própria se tal assistência não existisse. Parece então totalmente lógico exigir, daqueles que apelam para este tipo de amparo de circunstâncias para as quais poderiam ter-se precavido, que o façam por si mesmos. Uma vez que o atendimento das necessidades extremas da velhice, do desemprego, da doença, etc., é reconhecido como dever da coletividade, independentemente de os próprios indivíduos poderem e deverem prover a essas eventualidades, e, em particular, uma vez que a ajuda é garantida, levando os indivíduos a reduzir sua iniciativa pessoal, aparece óbvio ser compelidos a se garantir (ou se prover) por conta própria contra essas dificuldades normais de vida (p. 346).

Os pensadores neoliberais criticam os subsídios estatais para diminuir as taxas de desemprego e propõem o mercado como estabilizador do seu próprio equilíbrio.

Podemos observar que os projetos neoliberais têm abalado as economias mundiais, de forma que houve deflação, desmontagem dos serviços públicos, privatizações de empresas, crescimento do capital ilícito e polarização social.

No mundo industrializado, diz o Relatório de Desenvolvimento Humano de

1997 (RDH/PNUD/97), o desemprego elevou-se a níveis nunca vistos desde os anos 1930 e a desigualdade de rendimentos subiu a níveis nunca registrados desde o século passado.

Existindo uma profunda aceleração da crise econômica social e política, dominada pelos dogmas neoliberais. Este desequilíbrio vitima diretamente os setores mais carentes da sociedade, que dependem fundamentalmente dos serviços sociais oferecidos pelo poder público tanto estadual, como municipal e principalmente a Saúde, a Educação, a Assistência Social, outros.

Uns dos princípios básicos do capitalismo é a produção de mercadoria, isto alcança patamares invejáveis, só que não consegue distribuir suas riquezas. Existem no mundo cerca de 180 milhões de crianças que sofrem de forma crônica. 3,5 bilhões de cidadãos que sobrevivem com uma renda per capita de 350 dólares em média por ano. Existe um bilhão de analfabetos que não conseguem visualizar a revolução da informática como objetivo a ser conquistado pela humanidade neste mundo globalizado. Além da mercantilização da saúde, acentuando a diferença entre ricos e pobres, instituindo a saúde rica para ricos, altamente sofisticada pelos recursos tecnológicos e saúde pobre para pobres, com falta de recursos materiais, físicos, profissionais, sem considerar a total falta de tecnologia

Trata-se de uma tendência cruel do Projeto Neoliberal na maioria dos países do mundo. Só nos Estados Unidos existiu uma tendência de diminuição das taxas de desemprego, que significa uma nova tendência ou um milagre econômico americano, em relação à estagnação ou declínio real de ofertas de empregos na Europa e no resto do mundo.

Para Boaventura Santos (2001)

O capitalismo deixou de fazer concessões, a democracia perdeu a capacidade de distribuir riquezas e as sociedades acabaram desenvolvendo relações fascistas, existindo um número cada vez maior de pessoas excluídas do contrato social, ou seja, que não têm nenhum direito, originando-se o que se denomina de 'colapso das expectativas'... que é a estabilização das expectativas, onde existem pessoas que não sabem se amanhã terão comida ou se continuarão vivas (p. A-7).

Existe uma proliferação de empregados de baixos salários, que não podem sindicalizar-se e não são protegidos pelas leis trabalhistas em vigor, também sem seguro-saúde e sem as licenças previstas por lei. Neste contexto, esses

desempregados vão se privando de sua educação e de seus filhos, produzindo uma enorme quantidade de analfabetos ou analfabetos funcionais.

Na América Latina, as perspectivas são pela orientação das políticas econômicas adotadas e viabilizadas pelos governantes da região dos países latino-americanos e do Caribe, como destaca Sader (1995):

Os países da região correm sérios riscos de que as modificações regressivas que tiveram lugar no passado imediato se aprofundem e se consolidem definitivamente, coagulando um novo tipo de estrutura social, caracterizada por sua polarização, heterogeneidade e desequilíbrios, com extremos de pobreza e indigência que convivem com níveis crescentes de violência, de criminalidade, de anomia e de desorganização social – com outros de riqueza e opulência. Aqui surgem dois tipos de considerações. Por um lado, não é com uma mão-de-obra pauperizada, faminta, cada vez menos educada, carente de uma adequada atenção sanitária, mal vestida e pior alojada que nossos países poderão inserir-se na economia internacional. As nações que sobressaíram nesse empreño fizeram exatamente o contrário: investiram consistentemente em capital humano, o que as levou a reduzir a pobreza e a construir sociedades mais justas (p. 84).

A atual forma de Estado neoliberal e sua crescente submissão aos interesses privados transforma o interesse público em conjunto de interesses corporativos subordinados à ordem globalizada.

O projeto neoliberal descaracterizou uma conquista da sociedade do século XX, qual seja, a de referenciar o homem em identidade com o trabalho ou sua inserção no mercado de trabalho. Como consequência trouxe o isolamento pautado pelo individualismo e a procura de solução do cotidiano por tentativas individuais, rompendo com o coletivo como resposta de socialização, para conseguir o ajuste “societário” global que vem sendo comandado pelos organismos internacionais, segundo a tutela dos Estados Unidos da América.

2.2 O Estado brasileiro e a implementação das políticas sociais em Saúde e Educação

Nas sociedades com capitalismo “dito” avançado existe o discurso dominante da igualdade dos homens no acesso aos direitos universais dos cidadãos. O sentido da igualdade no âmbito das políticas sociais refere-se a um mínimo de garantias para manter a subsistência dos indivíduos em situações de risco de sua sobrevivência. Com a questão da igualdade agrega-se a questão da

liberdade, pautada pela lógica da livre escolha do empregado por parte do patrão e vice-versa.

Nas nossas sociedades de capitalismo tardio ou de capitalismo periférico, estes direitos se transformam em benefícios ou serviços que venham garantir um mínimo de subsistência ao trabalhador ou ao desemprego. O Estado e as políticas sociais se situam no patamar de administrar ou reduzir os conflitos entre classes sociais, agudizadas pela extrema concentração de renda destas sociedades.

As políticas sociais foram implantadas de forma aleatória, sem o perfil de Estado-providência dos países economicamente mais avançados nem com a interpretação da lógica keynesiana na política: a implantação das políticas sociais na América Latina se embasa em fundamentos fora da lógica da política de Estado e essas políticas são definidas pelos agentes governamentais. Os políticos que se utilizam do clientelismo e do favoritismo mudam a leitura dos direitos garantidos para benefícios, favores e vantagens, que seguem critérios político-eleitoreiro-partidários, onde as pessoas garantem a prática de trocar benefícios por votos nas eleições para quaisquer cargos, portanto, não se tratam de política-social e, sim, de política clientelista.

O Estado brasileiro destacou-se desde sua origem pela forma de governar o País, pois impregna a sociedade, até hoje e de forma especial, pela peculiaridade do patrimonialismo, que se caracteriza pela apropriação privada dos recursos públicos, o que redundou no descaso dos valores democráticos e universais de igualdade e de justiça apregoados pela sociedade liberal.

O patrimonialismo no Brasil, segundo Sorj (2000) está ligado à:

(...) colonização portuguesa que implantou o Estado como estrutura independente e sobreposta à sociedade, estrutura cuja função era extrair renda da colônia. Em fins do século XIX, o sistema político consolidara-se em torno de duas instituições: o poder local dos grandes proprietários da terra, estruturado no poder de famílias patriarcais que dominavam amplas regiões através de relações clientelísticas e laços de sangue, além do controle direto ou indireto dos órgãos de repressão, das instituições locais de administração e de justiça e do voto, dentro de um sistema de favores que ligavam o poder local ao poder central, e um Estado Central com um sistema administrativo herdado da colônia e do Império, que mantinha certa eficácia e autonomia, que assegurava a defesa nacional e que, dada a heterogeneidade social e as dimensões do país, funcionava como árbitro entre os interesses das diversas regiões e grupos sociais (p. 14).

A formação social brasileira e as representações coletivas derivam desta maneira patrimonialista de governar, patrocinada pelas elites. A monarquia era tão imbricada à escravidão que desmoronou assim que esta foi abolida. A desobediência a Portugal surge a partir de vários eventos de cunho político. O surgimento da luta por maior autonomia das províncias, insatisfação dos segmentos dos militares que possuíam poderes limitados pela monarquia que não os reconhecia de maneira satisfatória, mesmo tendo feito as conquistas da Guerra do Paraguai, a divisão entre a monarquia e a Igreja na disputa dos poderes civis pleiteados pela Igreja, a influência das idéias positivistas difundidas na Europa e os ideais republicanos.

Desde o primeiro século da colonização brasileira, diversas expedições percorreram o território, denominadas de bandeiras e descidas, com o intuito da descoberta e criação de núcleos populacionais em torno de jazidas que surgiam. As expedições fluíam e refluíam na proporção da abundância ou à míngua dos achados metalíferos.

O escravismo de índios e negros africanos entrou em discussão no Brasil, por imposição inglesa, no momento em que era principal gestora da atividade econômica do Império. Os súditos ingleses gozavam do direito de extraterritorialidade, que no caso brasileiro só excluía os produtos de exportação do País, como o café e o açúcar, e os benefícios tarifários compensatórios, que eram concedidos aos produtos portugueses. As vantagens concedidas à Inglaterra anularam os estímulos à atividade industrial, que se restringiu praticamente à siderurgia e à construção naval, diretamente protegidas pelo Estado.

A liberação unilateral do comércio e as condições desiguais de intercâmbio significaram *déficits* crônicos na balança comercial, reforçados pela dominação inglesa sobre a economia brasileira e com o declínio do valor das exportações do açúcar e do algodão que se estenderia até 1850.

Em 1850, o Estado brasileiro desempenhou o papel de incentivador e estimulador da ocupação do território. O Estado cumpriu o papel de regulador do processo de ocupação em uma perspectiva capitalista, quase sempre discriminando os despossuídos e estimulando a concentração de terras em poucas mãos. A Lei de Terras, como assim ficou conhecida a Lei nº 601, de 18 de setembro de 1850, foi regulamentada pelo Decreto nº 1.318, de 30 de janeiro de 1854, encerrando assim o período em que a terra era objeto de doação ou de simples ocupação, pois a terra

não era considerada mercadoria, não existindo preço para ela.

Podemos traçar um paralelo entre a Lei de Terras do Brasil de 1850 e a Lei de Terras Norte-americana, denominada “homestead Act”, de 1862.

A legislação brasileira estabeleceu o princípio geral segundo o qual a forma normal de aquisição de terra dar-se-ia através da compra, enquanto a legislação norte-americana estabelecia que a forma normal de aquisição de uma propriedade rural era a posse e a ocupação.

A intervenção estatal no Brasil – no acesso à terra – significou o monopólio da terra que caracteriza o capitalismo subdesenvolvido e cartorial, simbolizado pela escravidão da grande massa trabalhadora e pelo brilho dos senhores donos de escravos. Vale insistir que este é um aspecto muito característico do direito brasileiro. A lei não é feita para todos. As punições valem apenas para os que não podem praticar o tráfico de influência.

Do processo de colonização brasileiro restou o acúmulo de capitais, realizado através da produção e exportação, primeiramente do açúcar e, posteriormente, do café, às custas do trabalho escravo e do trabalho assalariado das primeiras levas de imigrantes europeus. Foi com esse excedente de capital propiciado pelo café que se financiaria a primeira fase da industrialização.

Nesse contexto histórico-social, desde 1889, quando houve a Proclamação da República, até 1930, denominado pelos historiadores de Primeira República ou República Velha, as transformações sócio-econômicas no Brasil, embora lentas, foram significativas. A população passou de 14 milhões de habitantes em 1889, para 37 milhões em 1930. A alteração mais significativa foi o crescimento industrial, principalmente nos ramos têxtil e de alimentos. Nessa situação, houve um crescimento do operariado e de suas reivindicações. A composição da classe operária inicialmente era caracterizada pela grande maioria de imigrantes europeus, mas a partir da Primeira Guerra Mundial os brasileiros passaram a ser maioria, embora os imigrantes continuassem a representar uma parcela expressiva do operariado. Estes trabalhadores estrangeiros difundiram as idéias anarquistas e socialistas e, posteriormente, as comunistas.

A luta dos trabalhadores a partir das greves alcançou vitórias, mas na maioria das vezes as respostas patronal e governamental eram baseadas na repressão. Na República Velha existiram transformações sócio-econômicas, mas o governo permanecia imutável e incapaz de acompanhar a evolução geral do País.

Em 19 de abril de 1890, durante o governo provisório do Marechal Deodoro da Fonseca, foi criada a Secretaria de Estado dos Negócios da Instituição Pública, Correios e Telégrafos, mas a Lei nº 23, de 30 de outubro de 1891, fundiu os antigos Ministérios da Justiça, do Interior e da Instrução Pública, Correios e Telégrafos, surgindo então o Ministério da Justiça e Negócios Interiores, que se encarregou dos assuntos relacionados com a Educação até o dia 14 de novembro de 1930.

No final do governo do Presidente Washington Luís Pereira de Souza, ocorreu a Revolução de 1930, que foi o marco para o fim da República das oligarquias. O Presidente Washington Luís ficou conhecido na História do Brasil pela sua célebre frase: "A questão social é caso de polícia". Existia, desde há alguns anos, um clima de efervescência político-social em que houve um grande número de greves, caracterizando quase um estado de sítio. A greve geral de 1917, em São Paulo, foi fortemente reprimida pelo uso da força do exército e da marinha. Deste movimento participou um grande número de operários estrangeiros europeus, o que facilitou a divulgação das idéias anarquistas, socialistas e, posteriormente, comunistas, que orientaram a luta em prol de melhores salários, redução da jornada de trabalho, proteção ao trabalho da mulher e da criança, segurança no emprego. O crescimento do operariado e de suas reivindicações pressionou a república oligárquica, contribuindo para seu enfraquecimento.

O Estado brasileiro já ocupava em fins dos anos de 1920 importantes espaços nos setores de transportes, finanças e indústria... A burocracia da república velha, embora clientelística, mantinha igualmente quadros altamente profissionais... responsáveis pelo progresso do país numa perspectiva fortemente influenciada pelo positivismo (SORJ, 2000, p. 17).

A preocupação do Estado brasileiro, nesta conjuntura, com as políticas sociais, foi um fenômeno característico que se seguiu à industrialização e como reflexo dos países industrializados. Foi um processo marcado por marchas e contramarchas e, mais tarde, firmando-se lentamente com a industrialização do País. Em 1923, no Brasil, foram instituídas as Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado. Somente o seguro de acidentes de trabalho tinha sido instituído anteriormente, em 1919.

O Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, denominado Lei Eloy Chaves, que instituiu a criação das CAPs nas empresas de estradas de ferro, tendo sido

estendido às demais a partir do Decreto nº 5.109/26, exceto àquelas que tivessem menos de cinquenta empregados, para as quais a aplicação da lei era facultativa.

No que se refere à Lei Eloy Chaves, Cohn (1996) faz a seguinte observação:

(...) em que pese ao caráter controlador dessa política social, como forma de absorver em limites estritos os assalariados urbanos do setor privado, ao mesmo tempo em que os exclui da esfera pública de participação, ressalta-se que o sistema previdenciário então instituído vem responder a um longo processo de luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho (p. 14).

Essa legislação veio suprir as necessidades do desenvolvimento capitalista do período, centrado em uma economia agro-exportadora, em que a oferta de serviços públicos de infra-estrutura eram de extrema prioridade.

Em 1923, ocorreu a Reforma Sanitária, como uma tentativa de ampliar o atendimento à Saúde por parte do Poder Central. Com a Reforma de 1923, criou-se o Departamento Nacional de Saúde Pública, estabelecendo-se como suas atribuições no âmbito federal: o saneamento rural e urbano, a propaganda sanitária, a higiene infantil, a industrial e profissional, as atividades de supervisão e fiscalização, a Saúde dos portos e do Distrito Federal e o combate às endemias rurais.

Existia o sanitarismo campanhista, tendo por trás de si uma concepção de Saúde fundamentada na teoria dos germes, que levava ao modelo explicativo monocausal, segundo o qual os problemas de Saúde se explicam por uma relação linear entre o agente e o hospedeiro... por isso, exigia do sistema de Saúde, sobretudo, uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e da erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação (MENDES, 1999, p. 58).

Assinalamos que o acesso à Educação pública no Brasil, mesmo garantido desde o século XIX em quase todos os países com ideário liberal, ainda não havia sido viabilizado pelos capitalistas liberais do século XIX. A elite oligárquica que dominava o País com seu projeto econômico agro-exportador não percebia a necessidade de uma população escolarizada, já que a maioria dos membros da oligarquia era formada em escolas européias. Foi somente com o movimento escolanovista, que denunciou o atraso do sistema educacional brasileiro, que houve um avanço neste sentido. Educadores como Anísio Teixeira, Lourenço Filho e

Fernando de Azevedo, entre outros, que realizaram reformas no ensino público brasileiro, a partir de 1930, cujo plano, está contido no Manifesto dos Pioneiros da Escola Nova (1932), do qual os citados educadores são signatários.

Saviani (1998) declara:

O manifesto, após diagnosticar o estado da Educação pública no Brasil, afirmando que todos os nossos esforços, sem unidade de plano e sem espírito de continuidade, não lograram ainda criar um sistema de organização escolar à altura das necessidades modernas e das necessidades do país. Os pioneiros enunciaram as diretrizes fundamentais que culminaram com a formulação de um plano de reconstrução educacional (p. 75).

Ressaltamos que a Educação das crianças já estava prevista no Código Civil desde 1927, e continua sendo um desafio na primeira década do século XXI. Foi na constituição Brasileira de 1933, no artigo 150, alínea a, estabelecia como competência da União fixar o Plano Nacional de Educação, compreensivo do ensino de todos os graus e ramos, comuns e especializados, e coordenar e fiscalizar a sua execução em todo o território do país.

Vê-se que nessa acepção, o Plano coincide praticamente com o significado da própria Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. A mesma Constituição de 1934 previu, ainda, no artigo 152, um Conselho Nacional de Educação (SAVIANI, 1998, p. 76).

Com a instauração da “Revolução de 1930”, comandada por Getúlio Vargas, surgiram modificações ao nível da dominação do poder hegemônico das oligarquias agrícolas de São Paulo e Minas Gerais, com ascensão das oligarquias agrárias dos estados periféricos e da burguesia urbana.

A frase do Presidente Antônio Carlos, de Minas Gerais, “façamos a revolução antes que o povo a faça” explicita o argumento para explicar a Revolução.

Em três de novembro de 1930, Getúlio Vargas assumiu a Presidência, na chefia de um Estado provisório, com amplos poderes: suspendeu a Constituição de 1891, fechou o Congresso Nacional e as Assembléias Estaduais e substituiu os governadores por interventores federais. Para ser coerente com os grupos que o apoiaram na Campanha da Aliança Liberal e na Revolução de 1930, e para cumprir as promessas de renovação nas políticas sociais, criou dois Ministérios em 1930: o dos Negócios da Educação e Saúde Pública, pelo Decreto nº 19.402, com o Ministro

Francisco Campos, e o do Trabalho, Indústria e Comércio, com o Ministro Lindolfo Collor.

O governo do Presidente Washington Luís, para quem “a questão social é caso de polícia” adotou uma linha política diferenciada, que perduraria até o final da República Velha, que era o populismo. Esta linha política fez com que as reivindicações e os anseios populares fossem assimilados e defendidos por parte da elite no poder. Desta forma, as concessões, as reivindicações e os anseios estavam limitados e controlados pela elite.

No plano político, a Revolução de 1930 marca a tardia entrada do Brasil no século XX. Mas é nesta época que se estrutura a Previdência Social.

o governo brasileiro exerceu seu forte domínio não só no âmbito da política econômica, como também no campo da política social, alargando cada vez mais seus recursos para operar nestas áreas. No que diz respeito à política social, se concebeu e se pôs em prática aos poucos um conjunto de instrumentos legais com a finalidade de permitir que as camadas populares conseguissem reclamar perante o Estado a satisfação de seus direitos (VIEIRA, 1987, p. 12).

Entre 1933 e 1938, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) são unificadas e transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), que foram criados por categorias profissionais: em 1933 foi criado o Instituto de Aposentadorias dos Marítimos (IAPM); em 1934, o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes (IAPC) e o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários (IAPB); em 1936-1938, o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI) e o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Trabalhadores em Transportes e Cargas (IAPETC), em 1938. CAPs e IAPs visavam garantir um rendimento monetário que substituísse os salários em caso de interrupção do trabalho pelo desemprego, doença ou acidente ou também aposentadoria na velhice.

Delineava-se uma nova estrutura previdenciária firmada sobre um tripé: o Estado, a Sociedade Civil e os trabalhadores, atreladas às questões do trabalho tratadas pelo Ministério do Trabalho.

Sobre a política econômico-social deste período, podemos descrevê-la como uma política de cidadania regulada, Santos (1979) aponta:

(...) traduz a associação, expressa nas normas previdenciárias entre cidadania e ocupação: reconhecem-se como cidadãos somente aqueles que apresentam uma das ocupações reconhecidas e definidas por lei (p. 74).

Devemos reconhecer que o Estado neste período não diminuiu a violência política, que já praticava contra os trabalhadores. Essa violência imprimiu sua marca no modelo previdenciário, por meio do qual havia a captação dos recursos dos trabalhadores em caráter de poupança forçada.

Em 1930, emerge e toma forma uma política nacional de Saúde, orientada predominantemente para o controle de epidemias e generalização das medidas de imunização. Salienta-se que a tradicional dicotomia entre a medicina preventiva e a curativa retardou o desenvolvimento da integração sanitária no Brasil.

A ação estatal no setor de Saúde se concentra em um sistema previdenciário destinado aos trabalhadores mais organizados politicamente, em que as ações de caráter coletivo são esvaziadas em favor da expansão da Assistência médica individual. As ações educativas em Saúde ficam restritas a programas e serviços destinados a populações à margem do jogo político central, continuando a priorizar o combate das doenças infecciosas e parasitárias (VASCONCELOS, 1997, p. 145).

Em 1933, foi eleita uma Assembléia Constituinte para elaborar uma nova Constituição. A Constituição de 1934, que teve como tônica seu caráter democrático em relação às Constituições anteriores, trouxe inovações ao nível dos direitos dos trabalhadores, tais como: voto secreto, voto feminino, legislação trabalhista ou Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (Previdência Social, oito horas de trabalho diário, salário mínimo, férias, aposentadorias, etc.), autonomia dos sindicatos e representação profissional; criação do mandado de segurança, para defender o cidadão contra eventual prepotência do Estado; medidas nacionalistas, defendendo as riquezas naturais do País; obrigatoriedade de as empresas manterem, no mínimo, dois terços de empregados brasileiros, criação da Justiça Eleitoral; representação classista: os sindicatos e as associações patronais, que elegeriam seus representantes à Câmara dos Deputados; O direito do Estado de monopolizar determinadas indústrias; nacionalização progressiva dos Bancos de depósitos e das empresas de seguros; proibição de trabalho a crianças menores de 14 anos, indenização por dispensa sem justa causa; assistência e licença remunerada à

gestante; nacionalização das águas e das riquezas minerais; instituição da Justiça Trabalhista. Esta Constituição teve curta duração e, em fins de 1935, foi suspensa por força do estado de sítio decretado pelo presidente Getúlio Vargas.

Durante o período conhecido como Estado Novo (1937/1945), o País atravessou uma fase de transição política e econômica, assistindo ao reforço do Poder Executivo e ao avanço das oligarquias agrárias. Na economia surgem os primeiros esforços de iniciação do setor industrial. O setor cafeeiro-exportador vai se deslocando para um processo de industrialização, substituindo as importações e diversificando a produção agrícola. Isto era reflexo da contração da economia mundial e da política de sustentação da renda do setor agro-exportador, adotada pelo governo; criam-se as condições para a deflagração da industrialização substitutiva, cuja fase inicial abrange o período de 1933 a 1955.

Nesse período são substituídas as importações "faciais" ou periódicas, deslocando-se para a indústria o eixo dinâmico do processo de acumulação, embora sem lograr ainda as condições técnicas e financeiras, que viabilizam a implantação da grande indústria de base, essencial para a reprodução e direcionamento endógeno do processo de desenvolvimento.

A conjuntura dessa época era favorável ao fortalecimento do Estado não apenas pelas liberdades democráticas, mas porque a elite burguesa era favorável às mudanças econômicas (apoio ao café e à indústria que estava crescendo e o receio da participação da classe trabalhadora e da classe média). Neste período surge o espírito nacionalista que impregna a mentalidade de muitos governantes, de importantes países em várias regiões do mundo.

A partir de 1940, o Estado alterou seu papel, passando a ser o principal investidor no setor industrial, particularmente no campo da indústria pesada. Quando o Estado Novo se encerrou, em 1945, a industrialização havia se consolidado no Brasil.

Em 13 de janeiro de 1937, pela Lei nº 378, o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública passou a ser chamado de Ministério da Educação e Saúde. Neste período, esboçou-se uma organização dos serviços de Saúde. A própria denominação do Ministério anunciava as intrínsecas relações entre a Educação e a Saúde Públicas.

Em 1942, surgiu o Serviço Especial da Saúde Pública (SESP), criado durante a Segunda Guerra Mundial, em convênio com órgãos do governo norte-

americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller. Esta implantação traz consigo uma problemática que se coloca para a Saúde mundial, que diz respeito à dicotomia entre medicina curativa e Saúde pública. Esta representa a visão social, para a qual Saúde-doença são fenômenos do viver, decorrentes das situações específicas de uma formação social, exigindo a participação de todos para a solução dos problemas existentes. A visão tecnicista da medicina curativa, baseada mais no planejamento econômico, desloca a Saúde-doença do contexto da vida da população.

Estes serviços importados dos Estados Unidos significaram a vinda para o Brasil de novas tecnologias de medicina preventiva, em forma de gerenciamento institucional... Para a Educação e Saúde se introduziram novas técnicas de difusão de informação e convencimento em que, no entanto, a população continuava a ser vista como passiva e incapaz de iniciativas próprias (MENDES, 1999, p. 145).

Na Educação continuou o impasse grave à não universalização do acesso da população à Educação escolarizada. Mesmo prevista nas Constituições e na legislação ordinária do País, não existia vontade política, sendo esta excludente e elitizada, pois a classe dominante não pretendia incorporar a população ao poder político, nem objetivava o desenvolvimento econômico pleno do País, e sim um desenvolvimento regulado pelo Estado.

Saviani (1998) descreve:

Na discussão da Lei de Diretrizes e Bases de 20 de dezembro de 1961, prevalecia a defesa da liberdade de ensino e o direito da família de escolher o tipo de Educação que deseja para seus filhos, considerando que a ação planejada do Estado trazia embutido o risco do totalitarismo. Em decorrência dessa orientação a idéia do Plano de Educação na nossa primeira LDB ficou reduzida a instrumento de distribuição de recursos para os diferentes níveis de ensino. (p. 77-78).

Em 31 de outubro de 1945, as forças militares e civis derrubaram o Presidente Getúlio Vargas e transmitiram o governo ao Presidente do Supremo Tribunal, José Linhares, que assegurou a realização, no dia 22 de dezembro, de eleições para a Presidência da República e a formação da Assembléia Constituinte. A Constituição promulgada em 1946 traduz os anseios democrático-reformistas, reflexo da derrota nazista na Europa. Caracteriza-se pelas definições das atribuições

da União, Estado e Município, sobretudo quanto à capacidade legislativa de cada um, distribuição de imposto e outros.

Quanto aos municípios, pela primeira vez foi assegurada sua autonomia, sendo-lhes facultados maiores recursos para o seu desenvolvimento. Autonomia, porém, que não atingiu as áreas de Saúde e Educação.

Somente a partir de 1946, com “a democracia populista, é que ela vai se transformar numa poderosa instituição” (Cohn, 1946, p. 18), no bojo do processo, que então acontecia, de intensa mobilização e luta dos trabalhadores na busca de formas de organização não verticalizadas.

O ex-presidente Getúlio Vargas voltou legitimado pela eleição de 1950. Sua campanha eleitoral teve um tom claramente nacionalista, com o qual ele propunha intensificar a industrialização e a nacionalização de determinados setores básicos da economia (bancos, energia, petróleo, mineração, etc.).

O presidente da república deu inúmeras demonstrações inequívocas de sua preocupação com a melhoria da previdência social, mesmo sem alteração nas suas bases. O novo regulamento geral dos institutos de aposentadoria e pensões, baixado em 1954, demonstrava este fato. Por ele, todos os institutos passavam a oferecer assistência médica a seus contribuintes e ainda aos familiares deles (VIEIRA, 1987, p. 59).

O Presidente Getúlio Vargas, quando assumiu o governo (1951 – 1954) encontrou uma forte oposição no quadro do poder civil e militar. O Presidente Vargas, mesmo com esta conjuntura, viabilizou e implementou metas de seu programa político econômico, tais como: a criação da Petrobrás, apesar de uma gigantesca campanha de oposição contra essa medida, investiu em setores básicos da indústria brasileira (expansão da Companhia Siderúrgica Nacional), criação de usinas elétricas; ampliação das redes de infra-estrutura (rodovias, implementação do Plano idealizado no governo Dutra); fundação do Banco Nacional de Desenvolvimento, responsável pelo financiamento de muitos projetos sociais e econômicos; restrição à remessa de lucros para o exterior.

Com a aceleração da industrialização e urbanização nesta década, no sistema previdenciário houve o crescimento do volume de recursos no nível de estrutura institucional e usuários. O mesmo aconteceu na esfera da Saúde:



(...) a demanda de serviços médicos das instituições previdenciárias teve como consequência a inversão da curva de investimentos em Saúde Pública e em assistência médica: enquanto aquela é declinante, esta é ascendente. Em consequência, a atuação do Estado no setor passa cada vez mais a ser regida pela lógica que define sua competência como sendo por excelência de caráter coletivo, da esfera da Saúde Pública, cabendo ao setor privado, em larga medida financiado pela Previdência Social, a assistência médica individual. E nesse processo, progressivamente, o setor público vai assumindo um caráter suplementar, tendo de suprir a ausência do setor privado onde este não tem interesse por inviabilidade de retorno econômico (COHN, 1996, p. 42).

No dia 25 de julho de 1953, quando, pela Lei nº 1.920, foi criado o Ministério da Saúde para se ocupar das atividades relativas à Saúde, o antigo Ministério da Educação e Saúde teve o seu nome alterado para Ministério da Educação e da Cultura.

A década de 1950 e o começo da de 1960, representaram um período extremamente significativo para a História do Brasil contemporâneo, pela explicitação de duas tendências político-econômicas e ideológicas antagônicas na compreensão dos destinos do País: uma tendência progressista com um projeto político-democrático que propõe estabelecer uma democracia não apenas política, mas também econômica, e uma outra tendência conservadora que defendia a manutenção da democracia liberal, mas sem aprofundamento das reformas econômicas e sociais, representadas principalmente pelas forças políticas que apoiavam os presidentes Juscelino Kubitschek, Jânio Quadros e João Goulart.

Em 1956, o governo Juscelino Kubitschek, foi notabilizado por ser o primeiro governo a adotar um plano de desenvolvimento econômico denominado "Plano de Metas" que continha 30 setores. Este plano previa áreas prioritárias: doze metas de indústria (principalmente indústria de base), sete metas para transportes, cinco metas para energia e seis metas para alimentação. Saúde, Educação e agricultura não foram contempladas.

O governo, (procurou) atingir estas metas, por meio da execução de obras e através da ampliação ou do estabelecimento de indústrias e de serviços essenciais. Kubitschek visava, acima de tudo, promover o equilibrado desenvolvimento econômico do país (VIEIRA, 1987, p. 85).

O governo JK, num ambiente de liberdades democráticas, retomou o



crescimento acelerado da economia, sem tocar na propriedade rural (latifúndio). Promoveu um desenvolvimento com inflação e com maior dependência de capitais externos.

Houve uma grande expansão do parque industrial, com indústrias automobilísticas, naval, de tratores e máquinas agrícolas, de mecânica pesada e outras, e de uma rede rodoviária, em detrimento do sistema ferroviário.

No que se refere às áreas de indústria e transportes, as metas estabelecidas não só foram atingidas, mas inclusive superadas. No governo JK (1956-1960) deu-se a construção de Brasília, a nova capital da Nação brasileira.

No que diz respeito à valorização da condição humana no Brasil, é importante dar atenção ao ideário e nas realizações de Juscelino no caso da Educação. No início de sua administração, em 1956, ele se propunha a assistir a todos os tipos de escolas necessárias à formação do homem e indicava os dois princípios norteadores da ação transformadora do seu governo: a descentralização administrativa e a flexibilidade dos currículos.

Deve-se ressaltar a contribuição do Instituto Superior de Estudos Brasileiros (ISEB), fundado em 14 de julho de 1955 pelo Presidente Café Filho, tal instituto existiu até o dia 13 de abril de 1964. O ISEB, “não se transformou em simples arauto do governo Juscelino e da classe dirigente da ocasião, como poderia ser pensado em algum momento, a partir de qualquer compreensão mais simplista daquele órgão. Sua produção intelectual foi variada e deve-se atentar para o fato de que o Instituto gozou de relativa autonomia perante o Estado” (Vieira, 1987, p. 87-88). Um dos fundamentos técnicos do ISEB foi o pensamento cristão progressista que surgiu após o Concílio Vaticano II, utilizou o método dialético como método de análise, sem contudo aderir ao marxismo como doutrina filosófica. A intensa produção científica dos Isebianos repercutiu nos diferentes movimentos pedagógicos que participaram das experiências de Educação popular.

A tentativa de superar as limitações do processo de industrialização concretiza-se a partir de 1956/57 com a forte intervenção do Estado que assume o papel de substituto do crescimento privado nacional, participando na indústria de bens de produção e nos financiamentos internos e externos da indústria. O Estado assume o papel de gerenciador dos investimentos estrangeiros e nacionais, sendo que a capacidade de crescimento era limitada, o que significou uma grande aceleração da taxa de inflação.

Esses fatores econômicos e a conjuntura política levaram a uma recessão econômica, ocasionando uma crise neste modelo de industrialização retardatária, suscitando um crescimento de movimentos populares sob direção de setores populistas da burguesia, que desembocou no Golpe Militar de 1964. Houve um aprofundamento da intervenção estatal, a aliança com o capital estrangeiro e um crescente endividamento externo, com o pretexto de superar as dificuldades econômicas e político-sociais derivadas do esgotamento do processo substitutivo.

A crise desencadeada pelas taxas inflacionárias provocou instabilidade política, agravada pela renúncia do presidente Jânio Quadros (1961). A tentativa militar de impedir a posse do Presidente João Goulart (1961-1964) desencadeou a campanha pela legalidade. Esta campanha adiou o golpe militar até 1964, e o País passou por um período de alta instabilidade política.

O início dos anos de 1960 marca uma fase aguda da crise do Sistema Nacional de Saúde e da Educação, como reflexo da absoluta crise institucional originada pela elite econômica, política e militar vinculada a grupos econômicos externos, principalmente americanos. A Previdência Social permaneceu até meados dos anos de 60 do século passado, sem modificações estruturais.

Desta forma a primeira Lei de Diretrizes e bases da Educação Nacional, promulgada em 20 de dezembro de 1961, se referia ao “plano educação” no seu parágrafo segundo do artigo 92. Estabeleceu que “com nove décimos dos recursos federais destinados à Educação, serão constituídos, em parcelas iguais, o Fundo Nacional do Ensino Primário, o Fundo Nacional do Ensino Médio e o Fundo Nacional do Ensino Superior” (parágrafo primeiro). No parágrafo segundo estava prescrito que “o Conselho Federal de Educação devia elaborar, para execução em prazo determinado, o Plano de Educação. No artigo 93 define os recursos constitucionais reservados à educação: que seriam “aplicados preferencialmente na manutenção e desenvolvimento do sistema público de acordo com os planos estabelecidos pelo Conselho Federal de Educação e pelos Conselhos Estaduais de Educação”.

Saviani (1998) explica:

Durante este período se aproximou de um Plano de Educação como operacionalização da política educacional ao entender que a promulgação de uma lei geral de ensino, ou seja, de um Código da Educação Nacional, apresentava-se como condição prévia para a elaboração de um Plano de Educação que, por sua vez, se constituiria na base e roteiro das providências e governo no âmbito nacional (p. 76-77).

O período do governo João Goulart viveu uma fase de grandes mobilizações da população, devemos ressaltar os trabalhos de Educação popular como: o movimento de Educação de Base (MEB); dos Conselhos Populares de Cultura, por iniciativa da União Nacional de Estudantes – UNE; e do Movimento Popular de Cultura Popular do Recife, do qual o Pensador Paulo Freire foi o mais ilustre representante. Todas estas experiências fizeram parte do Plano Nacional de Alfabetização.

A composição ideológica destes movimentos sofreu influências tanto do marxismo como do cristianismo. Seu objetivo era despertar para a situação crítica em que a populações mais empobrecidas viviam. É preciso destacar que:

Entre as metas gerais do plano trienal de desenvolvimento econômico e social (1963 a 1965), do governo de João Goulart, constava prioritariamente a melhoria de condições de vida do povo brasileiro... Portanto, a respeito da valorização da condição humana no Brasil, é essencial dirigir a atenção, por exemplo, para os ideários e para as realizações de Jânio Quadros e de João Goulart, quanto à Educação... Jânio (1960) atribuía longa distância entre o sistema “educacional” da época e as necessidades brasileiras no âmbito do ensino... O presidente João Goulart (1962) sancionou a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, instrumento de esmero da cultura brasileira. Preocupava-se em dar Educação a toda a nação, e não apenas à elite... Nas propostas janistas e janguistas, em relação à Saúde pública, existiram algumas providências, relativas ao combate às endemias e à criação de unidades sanitárias... Dos fins imediatos da Saúde pública, traçados para 1963, destacava-se a confiança governamental nas campanhas contra doenças contagiosas ou endêmicas, contra o câncer, contra a tuberculose e contra a lepra (VIEIRA, 1987, p. 159-75).

Destacamos que os governos militares assumiram a Presidência da República depois do Golpe Militar que instalou o regime ditatorial no Brasil, derrubando o Governo Goulart, de tendência Socialista.

Os cinco governos militares (Presidente Humberto Alencar Castelo Branco, 1964–1967; Artur da Costa e Silva, 1967–1969, Emílio Garrastazu Médici, 1969–1974), Ernesto Geisel, 1974–1979; João Baptista Figueiredo, 1979–1985), caracterizaram-se pelas arbitrariedades cometidas contra a sociedade civil na restrição da liberdades públicas.

A intervenção nos sindicatos pelo governo militar com os Atos Institucionais (AI) consolidou um regime político de extremo autoritarismo. A partir do AI-5,

decretado em 13 de dezembro de 1968, que foi o mais violento e duradouro de todos eles, instalou-se um regime de terror. Neste regime a tortura foi a forma de governo. Foram mais de 12 Atos Institucionais após o AI-5, ampliando e aprimorando os poderes do regime militar. Deste conjunto de atos arbitrário faz parte o Decreto 477 que violentou a integridade da Universidade Brasileira atingindo duramente professores e pesquisadores que comungavam idéias socialistas.

No plano econômico, a partir do arrocho salarial, o governo controlou a inflação e conseguiu retomar o crescimento econômico. Com o II Plano Nacional de Desenvolvimento – PND, direcionado ao sustento da taxa de crescimento e à diversificação do parque industrial brasileiro, houve uma redução nas taxas dos pagamentos através de programas de substituição de importações e estímulos às exportações. Isso era feito através do endividamento externo e no Brasil a distribuição de renda piorou muito: enquanto enriqueciam ainda mais os 5% que recebiam a renda mais alta, os 80% de renda baixa ficavam ainda mais pobres.

Isso pode ser exemplificado pelo salário mínimo, pois na medida em que entre 1960-1970, o salário mínimo real diminuiu, em 1972, 51% da população brasileira ganhava menos de um salário mínimo.

Existiram grandes investimentos em infra-estrutura financiados por recursos externos, entre eles a construção de Itaipu, o financiamento de Sobradinho, a exploração de ferro de Carajás, a implantação do terceiro Pólo Petroquímico, o Acordo Nuclear com a Alemanha e a abertura da exploração do petróleo (ambos sendo contratos de risco), o Projeto Pró-Álcool.

O II PND permitiu sustentar o crescimento econômico até 1980, ainda que com índices inferiores aos previamente estipulados, devido ao processo de desaceleração do crescimento industrial e aos estrangulamentos do endividamento externo, o que significou, em fins de 1980, a adoção de medidas de caráter contracionista.

Na área das políticas sociais, existiram projetos de impacto, que eram estritamente ambiciosos, como o Movimento Brasileiro de Alfabetização (Mobral), que tinha como objetivo, uma educação, como suplência a educação formal, o Projeto Rondon inspirado no Expedicionário Candido Mariano da Silva Rondon (1865-1958). Este projeto surge para realizar grandes “campanhas nacionais de iniciativa oficial, chamadas de cruzadas de integração, sobre tudo para erradicar o analfabetismo e o Plano Nacional de Saúde, com grandes iniciativas para combater



epidemias que assolavam o país, anunciados com grande aparato propagandístico, mas sem nenhum efeito, caindo no esquecimento sem alcançar seus objetivos.

Cohn (1996) afirma:

O golpe militar de 1964, alijando trabalhadores e demais segmentos da Sociedade Civil do cenário político oficial e condenando-os à condição de resistência à força do Estado, implementa um projeto que data de 1945, e que se revelou inviável no período da democracia populista: a unificação da Previdência Social. Em 1966, cria-se o INPS. A partir de então, aprofunda-se o perfil assistencialista da Previdência Social brasileira, agora imune a qualquer forma de controle por parte das classes assalariadas, assumindo paulatinamente maior presença pública não mais os benefícios sob forma de prestação em dinheiro, mas a assistência médica (p. 19).

Nos últimos anos do regime militar, criou-se um padrão de financiamento das políticas sociais através de Fundos: na década de 1970, é criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) e, na década de 1980, o Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL). A distribuição dos recursos destes fundos, por ser competência exclusiva do Poder Executivo, cumpre um trajeto extremamente desigual. Exemplificando: em 1985, o FAS destinou 6% de seus recursos ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), enquanto os outros 44,7% foram utilizados pela Secretaria do Planejamento (SEPLAN).

Como Confirma Vieira:

O Movimento de 1964 prodigalizou Leis e Decretos-Leis para a Educação. Em 1964 surgiu a Lei nº 4.440, instituindo o salário educação, gerando recursos para o ensino primário. No ano 1966, o Decreto-Lei nº 53 introduzia no ensino superior alguns princípios de administração empresarial, concentrando em um só órgão as deliberações para supervisionar ensino e pesquisa. O Decreto-Lei nº 252 racionalizava os recursos e também atacava a representação estudantil, delimitando-a ao âmbito de cada Universidade. No de 1968, também para as atividades educacionais, representou um turbilhão legislativo: baixaram-se a Lei nº 5.537 (complementada pelo Decreto-Lei nº 872 de 1969, ambos relativos ao Fundo Nacional do Desenvolvimento da Educação), o Decreto nº 63.341 (fixa critérios para ampliação do ensino superior), o Decreto-Lei nº 405 (trata de normas para o aumento de matrículas no ensino superior) e a Lei 5.540 (organiza o ensino superior e o liga com o ensino médio). Em 1969, publica-se o Decreto-Lei nº 477, proibindo-se manifestações políticas ou de protestos dentro das Universidades e atingindo-se diretamente professores, alunos e funcionários. A Lei nº 5.540, de 1968, e o Decreto-Lei 464, de 1969, promoveram a denominada

Reforma Universitária especificando os preceitos relacionados com a organização, administração e os custos (na graduação, composto de ciclo básico e ciclo profissional). A Reforma do Ensino do Primeiro e do Segundo Graus baseou-se na Lei nº 5.692 de 1971, cujo o objetivo geral levava-a (qualificação para o trabalho) e ao “preparo para o exercício consciente da cidadania” (1987, p. 214).

O último governo militar, o do General João Figueiredo (1979-1985), comprometeu-se a continuar o processo de redemocratização dizendo: “reafirmo meu inabalável propósito (...) de fazer deste país uma democracia”, e prosseguiu com a premissa de “garantir a cada trabalhador a remuneração justa”, levando adiante a abertura política, em curso e pensada pelos militares como uma abertura que preservasse as características essenciais do regime, despindo-se do caráter autoritário e repressivo. Mas a crise econômica se agravou com a aceleração inflacionária, entre 1981-1984, o que significou o descontentamento da população e aprofundou a luta dos movimentos sindicais e populares (como a greve do ABC Paulista, e também os 400 movimentos grevistas dos professores, garis, empregados da construção civil, motoristas de ônibus, portuários, petroleiros, bancários, e outras classes trabalhadoras) pela abertura ampla, geral e irrestrita, *slogan* utilizado também na luta pela anistia dos exilados e presos políticos contraditoriamente, a anistia foi estendida aos membros dos órgãos de segurança que cometeram abuso de poder, tortura e assassinato.

Quanto ao aspecto Saúde, Vasconcelos (1997), afirma:

No governo militar, a política de Saúde se voltou para a expansão de serviços médicos privados, principalmente de hospitais, onde as ações educativas não tinham espaço significativo... O governo voltou sua atenção para a expansão da economia, diminuindo os gastos com as políticas sociais (p. 145).

Na saúde, a conjuntura foi marcada por impasses e problemas. Para contornar esta situação em 1974, criou-se o Plano de Pronta Ação (PPA), visando: a) articular todos os serviços de Assistência Médica da previdência; b) promover a expansão da cobertura e tornar os serviços de saúde mais acessíveis, aos beneficiários da Previdência Social; c) desburocratizar o atendimento de emergência contratando hospitais particulares para a ampliação do atendimento.

Em 1975, com base nas diretrizes do II Plano de Desenvolvimento pela lei 6.229 que criou o Sistema Nacional de Saúde (SNS), para organizar todas as

atividades voltadas à saúde; definiu competências de cada ministério: Ministério da Saúde (MS); as ações coletivas e o Ministério da Previdência Assistência Social – (MPAS); o atendimento médico-assistencial individualizado. Em 1978 criou-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) subordinado ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) com a finalidade de concessão e manutenção de benefícios e prestação de serviços, custeio de atividades e programas, gestão administrativa, financeira e patrimonial. Todas estas medidas não foram capazes de superar os problemas de ordem financeira da Previdência, permanecendo a contribuição dos segurados como a principal fonte de receitas.

Na saúde como tentativa de superação foram implantadas, em 1983, as ações Integradas de Saúde (AIS) “como um programa de atenção médica, adquiriram, a partir do fim do regime autoritário, na Nova República, um desenho estratégico de co-gestão, de desconcentração e de universalização da atenção à saúde. Importa salientar que as (AIS) modificam-se, qualitativamente, a partir de ações intestinas dentro da instituição propositadamente preparada para sustentar o modelo médico-assistencial privatista, o INAMPS” (MENDES, 1999, p. 61).

A transição política deste período colocou em xeque as frágeis estruturas político-democráticas da Nação. A população propôs e lutou por eleições “Diretas Já”. A elite dominante conseguiu manobrar e conciliou, garantindo eleições indiretas através do Colégio Eleitoral, elegendo Tancredo Neves como Presidente da República e José Sarney como Vice-presidente, em 15 de janeiro de 1982. Com o falecimento de Tancredo Neves, assume José Sarney até 1989.

O governo Figueiredo foi marcado pelas altas taxas inflacionárias: em 1980, de 110%; e em 1984, de 223%.

No governo Sarney, a taxa de inflação era de 86%, em 1986. Em 1989, o Brasil apresentava uma hiperinflação anual de 1.800%.

Podemos afirmar que os anos 1980 do século XX, no Brasil, marcaram o esgotamento do modelo desenvolvimentista e o processo de construção do Estado Nacional.

Conhecida como a “década perdida”, em função do aumento da pobreza e da miséria, e da luta pela democratização do Estado e da sociedade, intensificou-se o debate sobre políticas públicas e de corte social, especialmente de sua descentralização. O Estado:



(...) transferia às impressoras de papel-moeda sua responsabilidade política, adiando a necessidade de enfrentar os problemas de uma adequação transparente das demandas sociais à realidade fiscal. Se por um lado a máquina pública inchava com a contratação de novos funcionários – em particular no governo Sarney –, a qualidade e motivação dos servidores diminuía cada vez mais, dada a instabilidade do poder aquisitivo (SORJ, 2000, p. 37-38).

Nesse período histórico, surgiram fenômenos originados por condições específicas de um momento inflacionário ou hiperinflacionário.

Sorj (2000) aponta:

- a) a micropolitização da economia, “a inflação, em suma, micropolitiza as relações econômicas e politiza a economia, isto é, transforma-a num campo de enfrentamentos e batalhas em torno da capacidade de impor e transferir ao outro o ônus inflacionário;
- b) a macroeconomização da política, a política é reduzida a uma questão de resultados da gestão macroeconomia e o governo ideal é aquele capaz de produzir estabilidade de preços;
- c) a judicialização do conflito social consiste na transferência para o Judiciário de importantes responsabilidades na resolução de conflitos distributivos (p. 39-41).

Em 1976, o discurso oficial e as medidas do governo começaram a reconhecer a crise no setor das políticas sociais, especificamente na Saúde, configurada pela conjugação de enfermidades crônicas degenerativas, ao lado das doenças infecto-contagiosas, pela ocorrência de endemias rurais nos centros urbanos, como a doença de Chagas, a tuberculose e as altas taxas de mortalidade infantil.

O período de 1960 a 1980 foi marcadamente crítico para o Sistema Nacional de Saúde. Nem 1982, o Ministério da Previdência e Assistência Social apresentou o plano para “reorientação da assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social” a partir da pressão organizada pela Sociedade Civil, principalmente pelos trabalhadores organizados em sindicatos. Foram englobadas as políticas de Previdência, Saúde e Assistência no nível de Seguridade Social. Este processo foi adotado pela Constituição de 1988, que orientou formas de organização administrativa, de financiamento, além dos mecanismos de participação e controle social.

O avanço dos debates sobre a Saúde consolida a proposta de descentralização como única alternativa para a constituição de um sistema de Saúde adequado às reais necessidades da população, viabilizando a universalização, a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade.

Em 1985, por decisão do Presidente Tancredo Neves, confirmada pelo Presidente José Sarney, o Ministério foi desmembrado em dois: o da Educação e o da Cultura.

Neste período os educadores brasileiros em suas reuniões principais como a Conferencia Brasileira de Educação (CBE) passaram a definir o que deveria constar da Constituição para garantia da educação pública e gratuita no ensino fundamental e sua ampliação para o ensino médio. Passaram a reivindicar também oportunidades educacionais e uma política do ensino superior, com garantia de autonomia para as Universidades.

De acordo com Lesbaupin (1999):

Embora em fase embrionária de implementação, a política educacional governamental para a o nível superior de ensino vem sendo contestada pela organização do todos os segmentos da comunidade universitária. Ao mesmo tempo, porém, vem conquistando cada vez mais da adesão dos empresários industriais, que passam, durante esse período de governo a interferir mais diretamente nos rumos da educação escolar em todos os níveis e modalidades de ensino e, mais especificamente, dos empresários leigos de ensino que vêm na prioridade governamental de formação de capital humano necessário ao aumento da produtividade empresarial um excelente pressuposto para a expansão de seus negócios a um baixo custo já que é a pesquisa que eleva os "custos de produção" no nível superior de ensino (p. 148).

O marco histórico deste período foi a promulgação da Constituição de 1988, que determinou o fim da censura; os sindicatos e os partidos políticos puderam impetrar mandados de segurança, o direito de interpor *habeas data* e *habeas corpus*, a preservação das reservas indígenas, a igualdade de direitos e oportunidades para homens e mulheres, o voto facultativo aos 16 anos e aos analfabetos, as eleições em dois turnos para o Poder Executivo, quando não houver maioria absoluta.

A Constituição de 1988 caracterizou-se por ter conquistado um teor liberal-democrático-universalista, reproduzindo as contradições inerentes à sociedade brasileira e consolidando as políticas públicas nacionais com políticas de cunho

privatista nas áreas de Saúde, previdência e assistência social, incluindo-as no tripé da Seguridade Social.

A propósito, o conceito de Seguridade Social foi implantado, na Inglaterra, há mais de cinco décadas. É notável a defasagem na implantação das políticas sociais brasileiras, em relação aos outros países que não pertencem à América Latina e aos países periféricos.

O essencial da Constituição de 1988 apontava para:

a construção – pela primeira vez assim posta na história brasileira – de uma ‘espécie’ de Estado do Bem-Estar Social, consagrando além dos direitos civis e políticos, os direitos sociais (coroamento, como se sabe, da cidadania moderna). Com isto, colocou-se o arcabouço jurídico-político para implantar, na sociedade brasileira, uma política social compatível com as exigências de justiça social, equidade e universalidade (LESBAUPIN, 1999, p. 77).

A Constituição de 1988, contemplando as proposições defendidas durante vários anos pelo movimento sanitário, estabeleceu que a Saúde é um direito de todos os cidadãos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doenças e de outros agravos ao acesso universal e igualitário. Os serviços e ações para a sua promoção, proteção e recuperação passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao Poder Público a sua regulamentação, fiscalização e controle. Foi estabelecida a hierarquização dos serviços de Saúde, a partir de uma rede regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade e do setor privado no sistema de Saúde como fundamental prestador de serviços.

Sob o novo sistema de Saúde, Mendes (1999) assim se pronuncia:

Neste século, o sistema de Saúde transitou do sanitarismo campanhista (início do século até 1965), para o modelo médico-assistencial privatista, até chegar, no final dos anos de 1980, ao modelo plural, hoje vigente, que inclui, como sistema público, o SUS. O SUS, como processo social, tem dimensão política dado que vai sendo construído em ambiente democrático, em que se apresentam na arena sanitária, diferentes atores sociais portadores de projetos diversificados. O SUS tem, também, dimensão ideológica, uma vez que parte de uma concepção ampliada do processo Saúde-doença e de um novo paradigma sanitário dela derivado, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. Essa dimensão cultural, necessariamente, introduz, por sua natureza intrínseca, um elemento de temporalidade longa ao processo de implantação. Por fim, apresenta uma dimensão tecnológica que vai exigir a produção e a

utilização de conhecimentos e técnicas para sua implementação, coerente com os pressupostos políticos e ideológicos do projeto que o referencia (p. 58).

Esse processo de descentralização na Saúde trouxe consigo a burocratização da Reforma Sanitária, pelas medidas adotadas pelo Poder Público, as tensões do embate do dia-a-dia dos serviços públicos, principalmente os da Saúde, e a falta de apoio popular pela ineficácia na melhoria da atenção à Saúde.

A superação do impasse da burocratização da reforma sanitária e a sua concretização traduz-se na construção democrática, modernização política, mudança efetiva nas práticas e qualidade de Saúde da população. Esse é o desafio proposto para a Saúde nos anos de 1990.

Verificamos que as conquistas sociais da Constituição de 1988 foram resultantes de substancial mobilização social dos setores populares, do esgotamento do Regime Militar e da transição para a democracia. Esta conjuntura sócio-político-econômica aconteceu enquanto existia ao nível internacional um processo diferenciado, no qual se colocava

em questão o Estado do Bem-Estar Social (processos que incluem, dentre outros componentes, a reestruturação do capitalismo mundial e a crise do chamado socialismo real). Assim, ao tempo em que, no Brasil, eram criados mecanismos político-democráticos de regulação da dinâmica capitalista, no espaço mundial, tais mecanismos perdiam vigência e tendiam a ser substituídos, com a legitimação oferecida pela ideologia neoliberal, pela desregulamentação, pela flexibilização e pela privatização – elementos inerentes à mundialização, globalização) operada sob o comando do grande capital (LESBAUPIN, 1999, p. 77).

Essa conjuntura internacional influenciou fortemente o Brasil. As elites nacionais conseguiram um rearranjo político que elegeu o Presidente Fernando Collor de Melo (1990-1992) e Itamar Franco como seu vice, de 1992-1994. O *impeachment* de Collor, único presidente brasileiro submetido a tal processo, resultou na posse de seu vice, Itamar Franco, cujo Ministro da Fazenda, Fernando Henrique Cardoso, conseguiu tornar-se confiável, com o Plano Real,

Com o Presidente Collor e depois com o Presidente Fernando Henrique (1995-1998 e 1999-2002), a elite dominante iniciou o processo de implantação do projeto neoliberal, já viabilizado ao nível mundial.

Os resultados da implementação deste projeto já podem ser enunciados: a política de abertura e desregulamentação da economia se expressa no desmantelamento da capacidade de investimento e de regulação econômica do Estado, a liquidação do patrimônio público estratégico, o desmantelamento do sistema de proteção social estabelecido na Constituição de 1988, o sucateamento da infra-estrutura e dos serviços sociais básicos, a flexibilização das relações trabalhistas, a liberalização do comércio externo e dos fluxos de capital estrangeiro, a internacionalização do sistema financeiro, a política de juros asfixiantes e a sobrevalorização cambial.

A convergência destes vetores conduziu à crise e estagnação da economia. A trajetória de crescimento da economia é drasticamente descendente. A média anual do período (1990/1999) ficou em torno de 1,7%, com a desestruturação de parte do sistema produtivo e um crescente agravamento da questão social.

Os problemas sociais têm permanecido insolúveis. A proposta de política de Saúde construída a partir de 1980, como resultante de políticas sociais e econômicas, e principalmente pela implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado pelas Leis 8090, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, foi fundamentada nas seguintes diretrizes: descentralização, mando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação comunitária e o prescrito no artigo 199 que consagrou a liberdade da Iniciativa Privada.

O SUS por ser uma prática social de construção de cidadania na Saúde, foi implantado em plena "crise dos serviços de atenção médica, mais agudamente manifestada na desorganização dos hospitais e dos ambulatórios, em que se misturaram ingredientes perversos: filas, atendimento desumanizado, pacientes nos corredores, mortes desnecessárias, grevismo crônico, etc. São problemas indiscutíveis, mas que não surgiram como conseqüências do SUS; ao contrário, constituem problemas históricos em nosso país e, como já se mencionou, são, de um lado, reflexos da crise do Estado Brasileiro e, de outro, expressão localizada de crise universal do paradigma flexneriano (referimos ao Relatório Flexner cujos detalhes serão esclarecidos, neste trabalho, no capítulo III) da atenção médica" (MENDES, 1999, p. 70).

Esta proposta de Saúde tem sido descumprida em seus princípios de equidade. Na alocação dos recursos públicos não existe a unificação dos recursos

federais, estaduais e municipais. Há um distanciamento do princípio de integralidade existindo um fosso entre a preservação e a atenção curativa, priorizando a assistência médico-hospitalar em detrimento da proteção e da promoção de Saúde.

A política educacional, por sua vez, foi regulamentada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei nº 9.394, de dezembro de 1996. Esta iniciativa ministerial, com o apoio do Executivo, foi uma manobra que retirou de tramitação no Senado o projeto aprovado pela Câmara dos Deputados em 1994, que continha os anseios da Sociedade Civil e dos movimentos sociais da Educação.

Na nova Lei de Diretrizes e Bases, a Educação passou a ser organizada nos seguintes níveis e modalidades de Educação e ensino: Educação básica: infantil, fundamental e ensino médio; superior: graduação e pós-graduação.

Na distribuição das competências entre as diversas instâncias de governo, a LDB incumbe aos municípios a manutenção da Educação infantil, garantindo, com prioridades, o ensino fundamental. Aos Estados cabe colaborar com os municípios na oferta de ensino fundamental e manter, com prioridade, o ensino médio. À União, no exercício da coordenação nacional da política de Educação, compete prestar assistência técnica e financeira aos Estados, Distrito Federal e Municípios, estabelecer diretrizes curriculares e realizar a avaliação do rendimento escolar de todos os graus de ensino, além de manter as próprias instituições de ensino que, juntamente com as escolas superiores privadas, comporão o Sistema Federal de Ensino (SAVIANI, 1998, p. 73-74).

Essa reforma tem sido implementada a partir de medidas focalizadas em detrimento de uma política de universalização do acesso à Educação, por exemplo a política de formação de professores. No entanto a respeito existem alguns avanços e muitos retrocessos. Um avanço é:

a associação entre teorias e práticas como um dos fundamentos da formação o que consta no art. 61 como se segue: a associação entre teorias e práticas, inclusive mediante a capacitação em serviço e aproveitamento da formação e experiências anteriores em instituições de ensino e outras atividades. Entretanto, do art. 61 devo criticar a adoção da capacitação em serviço e do aproveitamento de formação e experiências anteriores como capazes de habilitar o professor. Isso poderá ser interpretado de forma enviesada pelos interessados em substituir a indispensável base teórica da formação pela simples prática em sala de aula ou pelas experiências acumuladas em instituições de ensino e, o que é mais grave, pelas experiências acumuladas em outras atividades que não sejam docentes (BRZEZINSKI, 2001, p. 155).

A proposta de descentralização administrativa da rede de serviços educacionais está sendo viabilizada através do processo de municipalização, e vem ocorrendo na maioria de todos os Estados da federação, sem nenhuma articulação com os setores representativos do campo educacional e com a Sociedade Civil. Explicita-se um descompromisso com os princípios básicos da LDB e conseqüentemente com a sua efetivação, a partir da:

Clara retração do Estado de suas responsabilidades de garantir escolaridade para todos; cerceamento da participação democrática da sociedade na condução dos destinos da educação no País; e embasamento teórico atrasado no que diz respeito ao ensino-aprendizagem fácil às modernas teorias da construção do conhecimento (GADOTTI, 2000, p. 85)

Salientamos que alguns governos municipais em caráter democrático-popular têm realizado propostas mais participativas na implantação da municipalização, seja na área da Saúde, na Educação ou em outras áreas sociais, asseguradas na Constituição de 1988. Uma prática corrente do governo federal tem sido a transferência da responsabilidade das implantações das políticas sociais para uma ampla gama de entidades não-governamentais, filantrópicas e privadas.

Desta maneira:

(...) uma das características do 'modelo' brasileiro de serviços públicos foi a sua limitada universalização e seu uso como instrumento clientelista e patrimonialista.

O exemplo brasileiro mostrou que a empresa estatal não assegura automaticamente a universalidade do serviço ou que o preço e a qualidade do serviço oferecido sejam adequados. Em princípio, a privatização (ou as concessões) de serviços públicos pode ser tanto um movimento para assegurar a universalização efetiva desses serviços como o abandono de qualquer perspectiva de acesso democrático (SORJ, 2000, p. 75-76).

O governo FHC tem como um dos carros-chefe de sua política educacional a gestão democrática neoliberal da unidade escolar, como espaço que sintetiza o nível gerencial-operacional das políticas definidas pelo Ministério de Educação

e concernente com a estratégia mais ampla dos governos neoliberais de redirecionamento da natureza do processo da socialização da participação política, no qual reconhecem, e até estimulam, a auto-organização da Sociedade Civil, mas buscam orientá-la para a defesa de interesses corporativos, privatistas, os quais – regulados

pela lógica do mercado e, onde não foi possível, por uma burocracia 'racionalizadora' – terminaram por reproduzir a ordem capitalista" (LESBAUPIN, 1999, p. 146).

O Brasil, hoje, no terceiro milênio, depara-se com a responsabilidade de desconstruir um Estado do Mal-Estar Social e construir um Estado do Bem-Estar Social, que garanta direitos sociais universalizados. Constatamos que durante todo o processo de integração ao mercado e à industrialização, os problemas e as desigualdades sociais permaneceram sem perspectivas de solução. A maioria da população brasileira, apesar do desenvolvimento econômico alcançado pelo País, continua sobrevivendo em condições de miséria, seja esta absoluta ou relativa.

Esta situação de pobreza é o resultado de um projeto de organização social da produção e de acumulação de capital dependente e excludente, cujo resultado histórico foi uma estrutura social marcada pela concentração da renda, do poder político e de uma elite patrimonialista, centrada na defesa de seus privilégios. Surge como resposta o movimento mundial da escola-cidadã. Este contexto desenha o projeto da escola em diversos municípios do Brasil. A escola cidadã, no Brasil, é a realização concreta dos ideais da escola pública. Uma escola onde se ensinem as ciências e se proponha discutir e elaborar propostas para solucionar os problemas que afligem nossa sociedade.

Devemos projetar e tratar de pôr em prática propostas políticas coerentes que defendam e ampliem o direito a uma educação pública de qualidade. Mas também devemos criar novas condições culturais sobre as quais tais propostas adquiram materialidade e sentido para os excluídos que, em nossa sociedade, são quase todos. Ambos os elementos são fatores indissolúveis em nossa luta pela reconstrução de uma sociedade fundada nos direitos democráticos, na igualdade e na justiça (GENTILI, 1995, p. 250).

Para se contrapor a uma sociedade capitalista em que o fascismo social é o eixo dominante e determinante, faz-se necessário viabilizar ajustes sociais que propiciem a diminuição da polarização entre pobres e ricos, não só dentro dos países, mas entre o rico e pobre de cada país. Os Estados devem aumentar sua capacidade de regulação social, socializando os direitos de propriedade tanto para os investidores nacionais como para os internacionais e obstaculizando a intervenção do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional nas economias nacionais.

Para que essas propostas possam ser implementadas em direção de uma convivência humana mais igualitária, é preciso imprimir à sociedade uma certa homogeneidade social, que possa questionar os valores da nova ordem neoliberal. Pode-se sugerir: a) amenizar a apologia cada vez mais radical do consumismo; b) desmistificar a justificação permanente da desigualdade que emerge “naturalmente” da diferenciação entre indivíduos; c) socializar o controle dos meios de comunicação para minimizar a manipulação política; d) eliminar a restrição do mercado de trabalho pela exigência de um recrutamento cada vez mais seletivo para os novos tipos de profissionalização, com o estímulo à ultra-especialização de um lado, e, de outro, pela abertura de frentes de trabalho “rebaixado”, que oferecem serviços aos excluídos.

O projeto neoliberal e o ajuste global têm trazido reações da Sociedade Civil, que podemos caracterizar como de estupefação, na medida em que a forma de participação está se encolhendo.

Na vida social hoje, cada dia mais, os indivíduos interagem com seu aparelho de TV ou seu computador, um mundo criado pelas relações públicas e dos negócios. Mas as pessoas cada dia estão mais sozinhas, como resultado de um controle rígido dos meios de informação que são na sua maioria mundializados ou globalizados. Não se pode, igualmente, esquecer o impacto que isto acarreta para a cultura, para os valores minimamente voltados para o público e para a integridade da cidadania de uma sociedade, pois caminhamos a passos largos contra o projeto civilizatório, baseado na solidariedade e na ética.

Tudo isto nos leva a visualizar a necessidade que as vanguardas e críticos do projeto societário global têm de construir um projeto ou agenda de cunho radical democrático, direcionado para a questão da qualidade de vida.

Essa nova “Agenda” deve advir de uma nova economia política, que recomponha a relação Estado e Sociedade Civil, altamente fragilizada com o projeto neoliberal global.

Genro (1999) assim se manifesta sobre o assunto:

É necessário recriar um diálogo democrático, como espaço público pautado pelos consensos e disputas, garantindo a politização do “modo de vida” do cidadão que incorporou novos conflitos e desejos que emergem na atual crise da modernidade. Os conflitos entre classes, intraclasses ou extraclasses; os conflitos de religião, de gênero, cultura, idade e aqueles originários da exclusão social; os conflitos que pendem sobre o ambiente e a finitude dos recursos

naturais; o surgimento de ordens jurídicas alternativas e concorrentes, nas megalópoles à beira da anomia; a criminalização da política e o enfraquecimento do Estado, todos esses conflitos abertos ou potenciais tornam insuficientes as formas tradicionais de representação política consolidadas pelo Estado moderno (p. 41).

Todos esses “novos conflitos” não serão resolvidos ou compreendidos nem pelo Estado desenvolvimentista do continente latino-americano, nem com a defesa de implementação tardia do Estado-providência dos países da Europa Ocidental, para contrapor as perversidades sociais provocadas pelo processo discriminatório do Estado neoliberal nas suas diferentes dimensões e matizes, por meio do qual os poucos, mais ricos, ficam cada vez mais ricos e os muitos, mais pobres, ficam cada vez mais pobres.

Nos países latino-americanos é necessário recuperar a defesa do Estado-nação com a:

defesa da democracia e do caráter público do Estado de uma ação política estratégica, que condense um duplo movimento: que seja instigadora de um processo concreto de reforma do Estado e igualmente promova um movimento de reforma da política (GENRO, 1999, p. 39).

No projeto neoliberal, existe um princípio fundamental, que, ao mesmo tempo em que minimiza a função do Estado, minimiza a Sociedade Civil em seus direitos democrático-liberais altamente restritos e a uma garantia de padrões mínimos de vida.

Nessa perspectiva, para os cidadãos que não avaliam esta atual ordem mundial promovida pelos países mais ricos do mundo, faz-se necessária a elaboração de um projeto que seja realista, e que considere que a globalização trouxe, para todos, uma individualização. Devemos propor uma nova individualização-subjetividade que garanta a pluralidade e essencialmente a solidariedade como pivô de uma nova relação entre Estado e Sociedade Civil, já que se pode observar que

Os movimentos sociais criaram identidades coletivas ao oferecer àqueles que a eles aderem uma diferente visão de si próprios e de seu mundo, diferente da visão de mundo e auto conceito oferecida pela ordem social estabelecida. Eles agem pelo processo de rearticulação, que produz novas subjetividades, fazendo uso da informação e do conhecimento já presentes na mente do sujeito. Tomam elementos e temas de sua cultura e tradições e introduzem neles novos significados (APPLE, 1997, p. 56).

Genro (1999) confirma:

É preciso construir, a partir desta realidade, um novo espaço público onde os interesses corporativos, particulares ou fragmentados passem a ser avaliados conflitivamente na cena pública e contrastados com o 'interesse geral'. Desta forma, legitima-se os conflitos em regras consensuais para o seu processamento; reconhece-se o tensionamento como método de decisão do Estado; publicizam-se as demandas privadas e reduz-se, portanto, a força das próprias corporações estatais nas decisões públicas"... "A necessidade de combinar a democracia representativa com a participação direta de caráter voluntário, para estimular os mais interessados e atuantes, as vanguardas reais de cada parte fragmentada do todo, e, principalmente, para jogar os 'de baixo' para dentro da política. Dessa forma oportuniza-se que todos possam integrar um sistema de apreensão de demandas, no qual o direito de cada um, ou dos grupos, pode ser contrastado com a totalidade. Um sistema processo que possa dar uma eficácia material ao 'interesse geral', para que ele leve em conta os tipos de conflitividades que vêm emergindo com as transformações que se operam no mundo atual (p. 42-43).

Esse "retensionamento" entre o Estado-nação e a Sociedade Civil ocorre para fortalecer a identidade de ambos, sem ter que lutar para manter as fronteiras de cada um; sendo que cada um legitima-se em seu espaço. Este retensionamento da esfera pública tem como objetivo o "interesse geral" que garanta a qualidade de vida.

Desta forma, legitimam-se os conflitos com regras consensuais para o seu processamento; reconhecendo-se o tensionamento como método de decisão do Estado; publicizam-se as demandas privadas e reduz-se, portanto, a força das próprias corporações estatais nas decisões públicas (GENRO, 1999, p. 43).

Para atingir essa nova cultura política é necessário que se crie uma nova consciência política, um novo tipo de cidadania, sem esquecer o livre arbítrio de cada indivíduo. É necessário estabelecer contratos sociais estáveis, principalmente por intermédio de políticas públicas, que tendem para a solidariedade e para a democracia.

Estabelecer novos paradigmas em Saúde e em Educação, além de exigir uma iniciativa estatal, requer também mudanças nas esferas educacional, política e ideológica. Num estudo relativo à Saúde é necessário abordar temas significativos como a Educação e a promoção em Saúde, que são referências fundamentais para um novo fazer Saúde. Esse assunto será estudado no próximo capítulo.

CAPÍTULO III

A CONSTRUÇÃO DE PARADIGMAS EM SAÚDE. DESAFIO PARA A SOCIEDADE

O processo de produção de Saúde está articulado ao desenvolvimento do capitalismo, como modo de produção que determina a divisão da sociedade em classes sociais, e é determinante no processo de acumulação do capital. Compreendendo o desenvolvimento econômico e seu processo de acumulação, podemos interpretar os percursos da Saúde pública, já que o Estado é o gestor das políticas sociais e entre elas a da Saúde.

A estruturação dos modelos de assistência na Saúde é definida "... pela organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais" (SILVA JÚNIOR, 1998, p. 32).

O pensamento grego, representado por Hipócrates (460-377 a.C.), denominado pai da medicina moderna, definiu Saúde como um equilíbrio harmonioso dos humores de uma pessoa, sendo este equilíbrio determinado pelos diversos líquidos circulantes em nosso organismo, que controlam nossas emoções e toda a nossa Saúde. Mesmo sendo uma visão primária, apresenta-se como uma concepção moderna de Saúde, integrando os aspectos físico, psíquico e espiritual. Com o decorrer dos séculos esta concepção foi caindo em desuso, para dar consistência ao estudo das doenças e suas características, à prioridade da "teoria maquinística do corpo, sobre a qual a medicina do século XVIII consiste em inverter, de maneira idêntica, as posições respectivas da alma e do corpo com relação à perfeição" (DONZELOT, 1986, p. 19).

Por esta razão as relações entre o Estado e a medicina são fundamentais na concepção de ausência de doenças e acúmulo de riquezas para a classe burguesa. É a fase do capitalismo mercantilista concentrador, que deu origem a uma grande preocupação na área da Saúde. "Entre as últimas décadas do século XVIII e o fim do século XIX, os médicos elaboraram para as famílias burguesas uma série de

livros sobre a criação, a educação e a medicação das crianças” (DONZELOT, 1986, p. 22).

Interessante ressaltar que nesta época surge o médico de família, com o intuito de proteção à “molécula familiar”, privilegiando a relação entre o médico e a mãe, tentando consolidar o surgimento dos hospitais, buscando higienizar a vida familiar e induzindo sua reorganização em pelo menos três direções:

- 1) o fechamento da família contra as influências negativas do antigo meio educativo, contra os métodos e os preconceitos dos serviços, contra todos os efeitos das promiscuidades sociais; 2) a constituição de uma aliança privilegiada com a mãe, portadora de uma promoção da mulher por causa deste reconhecimento de sua utilidade educativa; 3) a utilização da família pelo médico contra as antigas estruturas de ensino, a disciplina religiosa, o hábito do internato (DONZELOT, 1986, p. 23-24).

Podemos verificar que a preocupação do Estado burguês foi o controle das doenças e do meio social dos indivíduos para a transformação do homem sadio e trabalhador, com condições físicas para as longas jornadas diárias de trabalho, sendo o gerador de riqueza e de mais valia para a classe dominante. Foucault (1974) ressalta o papel da medicina na economia, seu interesse no controle de epidemias e na reprodução física da força de trabalho, especificamente a partir do século XVIII, para a produção de riquezas, tomando-se a “saúde como objeto de desejo para uns e de lucro para os outros” (p. 18).

Em 1776, os Estados Unidos da América, na Declaração da Independência, preconizavam a necessidade de todos terem direitos iguais, entre eles o direito à vida, à liberdade e à busca da felicidade. Já em 1789, na França, foi promulgada a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, que contemplou direitos políticos, como liberdade, igualdade, fraternidade, e como decorrência desta, os direitos sociais, sendo um deles o direito à Saúde.

Entre os anos de 1851 e 1938 foram realizadas várias conferências internacionais de Saúde Pública que encaminharam alguns pressupostos sobre Saúde, que fazem parte da Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada em 1948.

Em 1946, o Conselho Econômico e Social da Organização das Nações Unidas (ONU), organizou a Conferência Sanitária Internacional de Nova York, com a participação de 64 países, que foi fundamental para a criação da Organização

Mundial da Saúde (OMS), estabelecendo na sua formação que : “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de afecções ou enfermidades. A fruição do nível máximo de saúde que se possa adquirir é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia política e condição econômica e social”.

A gênese da organização da prestação de serviços de Saúde data dos séculos XVIII e XIX, impulsionada pelas contribuições de Pasteur e o estudo das bactérias, Köch na área da biologia e microbiologia e a descoberta de microorganismos e sua associação com doenças. Estes acontecimentos científicos influenciaram o paradigma predominante da época, o da Medicina Científica a partir do Relatório Flexner, de 1910.

O Relatório Flexner priorizava:

uma nova forma de mediação entre o homem e as doenças, a tecnificação e equipamentos para a investigação diagnóstica e para a terapêutica, desenvolveu a engenharia biomédica e gerou muitas expectativas da população quanto à possibilidade de a medicina produzir melhorias na qualidade de vida. Deste modo coadunada com a visão geral do que a ciência e a tecnologia trariam para a humanidade a medicina é mais um campo no qual a ciência e a tecnologia podem contribuir para a resolução dos problemas de saúde (SILVA JÚNIOR, 1998, p. 46).

A crise do paradigma da Medicina Científica reflete as prioridades defendidas por ele, como: o individualismo, no sentido da ótica do indivíduo particularizado, responsabilizado pela sua doença; a Especialização que leva ao incentivo das práticas específicas; a Exclusão das práticas alternativas, eliminando qualquer outro tipo de medicina que não fosse “cientificamente comprovada”; a prioridade da medicina curativa; a concentração de recursos nos hospitais como centro de diagnóstico e tratamento das doenças.

A hiperespecialização e o caráter individualista deste paradigma entraram em colapso em consequência das crises vividas na história do capitalismo industrial, as crises de características recessivas, acontecidas de 1929 e de 1970.

A história da economia mundial desde a produção industrial tem sido de acelerado progresso técnico, de contínuo mas irregular crescimento econômico, e de crescente “globalização”, ou seja, de uma divisão mundial cada vez mais elaborada e complexa de trabalho... O progresso técnico continuou e até se acelerou na era da catástrofe, transformando e sendo transformado pela era de guerras

mundiais. Embora na vida da maioria dos homens e mulheres as experiências econômicas centrais da era tivessem sido cataclísmicas, culminando na Grande Depressão de 1929/1933... Durante a Grande Depressão, até mesmo o fluxo internacional de capital pareceu secar (HOBSBAWN, 1995, p. 92-93).

A crise de 1929 causou consequências profundas para o capitalismo monopolista, principalmente o norte-americano. Esta crise acarretou mudanças políticas e culturais que influenciaram o desenvolvimento histórico do mundo. Assim como a crise de 1929, a crise de 1970, após o auge e resplendor do Estado Moderno, a autodenominada Era de Ouro, veio abalar as estruturas econômicas, políticas e sociais do capitalismo moderno. O grande vilão deste abalo foi o desequilíbrio econômico.

Esse equilíbrio dependia de uma coordenação entre o crescimento da produção e os ganhos que mantinham os lucros estáveis... um equilíbrio entre o crescimento da produção e a capacidade dos consumidores de comprá-la (HOBSBAWN, 1995, p. 279).

A Saúde, no contexto do desenvolvimento capitalista, faz parte do segmento produto, como mercadoria, no processo de acumulação de capital e produção de lucros a partir da sofisticação das inovações nas áreas de diagnósticos e terapêuticas. Mas também a Saúde é um bem de uso, regulado pelas necessidades da população que precisa dela para sua qualidade de vida. Nesta perspectiva, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada em 1948, em seu artigo 25, propunha:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e bem-estar, incluindo alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais necessários, bem como direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice e outros tipos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias alheias à sua vontade.

Na medida em que a década de 1970 registrou uma profunda recessão, em nível mundial, houve repercussão nos serviços sociais de Saúde. Nesta conjuntura ressurgiu o paradigma da Medicina Comunitária, desde as décadas de 1950 e 1960. Esse paradigma tinha sido proposto na década de 1920, pelo médico inglês Bertrand Dawson, que propunha o Estado como provedor e executor das políticas sociais, e

entre elas as de Saúde:

A disponibilidade geral dos serviços de médicos só pode ser assegurada por intermédio de uma organização nova e ampliada, distribuída em função das necessidades das comunidades... Com a ampliação do saber, as medidas necessárias para resolver os problemas de saúde e doenças ficam mais complexas, reduzindo assim o âmbito da ação individual e exigindo em troca esforços combinados. À medida que aumentam a complexidade e o custo do tratamento, diminui o número de pessoas que podem pagar toda a gama de serviços (SILVA JÚNIOR, 1998, p. 54).

A troca de esforços combinados seria uma atuação coordenada entre a Medicina Curativa e a Medicina Preventiva. De qualquer forma, o paradigma de Dawson era de uma polaridade artificial na medicina, porque não propunha mudanças nos princípios norteadores do seu paradigma. A proposta foi implantada na Inglaterra, em 1940, conjuntamente com o plano Beveridge, de propostas em políticas sociais, neste caso, a Saúde, para um Estado do Bem-Estar Social.

O modelo Beveridge ou Sistema Nacional de Saúde, inspirado no Informe Beveridge, de 1942, que se caracteriza por financiamento público por meio de impostos, controle parlamentar, universalidade de acesso, gestão pública e provisão por um mix público/privado (MENDES, 1999, p. 27).

Com a proposta do Dr. Dawson surge no mundo o paradigma de Medicina Comunitária, tentando dar respostas às exigências sociais dos serviços de Saúde: "A Medicina Comunitária é um projeto medicalizador de grande interesse para a indústria da Saúde, pois confere capacidade de consumo, subsidiada pelo Estado, às populações anteriormente fora do mercado" (SILVA JÚNIOR, 1998, p. 61).

A situação socioeconômica mundial obrigava a redefinir o paradigma da assistência e dos serviços de Saúde.

Existia uma motivação mundial para modificar os princípios norteadores do conceito polissêmico da Saúde, para poder garantir o modelo econômico, principalmente a manutenção do mercado e a produção capitalista. Por iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) foi realizada, em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (Cazaquistão, ex-União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, URSS), que inaugurou o

reconhecimento da desigualdade social entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento e, principalmente, os subdesenvolvidos.

O documento da Conferência de 1978 confirmou:

O desenvolvimento econômico e social, fundado sobre uma nova ordem econômica internacional, está revestido de uma importância fundamental, se vier a dar a todos o nível de saúde o mais elevado possível e combater o fosso que separa, no plano sanitário, os países em desenvolvimento e os países desenvolvidos. A promoção e a proteção da saúde dos povos são a condição *sine qua non* de um progresso econômico e social, ao mesmo tempo em que elas contribuem para uma melhor qualidade de vida e à paz mundial (p. 1).

A declaração de Alma-Ata descreveu os cuidados primários de Saúde como alternativa para os serviços de Saúde, entendendo-os como “essenciais, fundados sobre os métodos e uma tecnologia prática, cientificamente viável e socialmente aceitável, universalmente acessíveis aos indivíduos e às famílias da comunidade” (p. 1).

Caracterizou ainda os cuidados primários de Saúde como no mínimo:

Uma educação concernente aos problemas de saúde que se colocam, assim como os métodos de prevenção e de luta que lhes são aplicáveis, a promoção de boas condições alimentares e nutricionais, um abastecimento suficiente de água saudável, medidas de saneamento básico, a proteção materna e infantil, incluindo o planejamento familiar, a vacinação contra as grandes doenças infecciosas, a prevenção e o controle de endemias locais, o tratamento das doenças e lesões comuns e o fornecimento de medicamentos essenciais (p.1-2).

Do mesmo modo que a Medicina Comunitária, as decisões e proposições da Conferência de Alma-Ata localizam os problemas da Saúde pela falta de lógica racionalizadora para estes serviços. A justificativa era de que os Estados não seriam capazes de atender a demanda destes serviços com os recursos destinados a eles. Os Estados, então, deveriam organizar serviços de baixo custo e atingir amplos segmentos da sociedade, essencialmente as grandes camadas da população mais empobrecida e com grande densidade demográfica ou maior número populacional com ações básicas de saúde.

A partir da Conferência de Alma-Ata é que se constituíram dois grandes

parâmetros para as reformas de Saúde, são: as propostas da Medicina Comunitária e os Cuidados Primários em Saúde, revividos em uma outra dimensão, mais profunda e mais estruturada.

Em 1986, aconteceu a Primeira Conferência Internacional sobre Saúde, em Ottawa (Canadá) colocando em questão e propondo a mudança do paradigma clínico-assistencial da saúde para um novo conceito, definindo que: a promoção deve ser “um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer suas necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente”. A Carta da Conferência identifica cinco campos de ação para a promoção da saúde: a) construção de políticas públicas saudáveis; b) criação de ambientes favoráveis à saúde; c) desenvolvimento de habilidades; d) reforço da ação comunitária; e) reorientação dos serviços de Saúde.

Existia uma preocupação mundial para superar a orientação centrada na doença e confirmar a determinação econômica e social da Saúde, propondo maior investimento para a área.

Em 1988, ocorreu em Adelaide, (Austrália) a Segunda Conferência Internacional sobre Políticas Públicas Saudáveis, tendo como proposta: “para formular políticas públicas saudáveis, os setores governamentais de agricultura, comércio, educação, indústria e comunicação devem levar em consideração a Saúde como um fator essencial”. Confirmando a Saúde como um “direito fundamental e um sólido instrumento social”.

A mencionada Conferência apontou alguns campos de atuação: apoio à Saúde da mulher, a importância da alimentação e da nutrição, combate ao tabaco, ao álcool, criação de ambientes favoráveis e um trabalho integrado com o máximo de forças sociais.

Em 1991, em Sundsvall (Suécia), aconteceu a Terceira Conferência Internacional sobre Meio Ambiente e Saúde que contribuiu para a preparação do debate da “Eco 92 do meio ambiente”, no Rio de Janeiro. Propôs: “tornar o ambiente físico, social, econômico ou político cada vez mais propício à saúde”. Confirmou o espaço vital da casa (cuidados com a moradia), do trabalho, do lazer, dimensões física, social, espiritual e econômica, desenvolvimento sustentável, vida política e,

em todos estes espaços, a importância da mulher pela sua experiência torna-se colaboradora do fazer “saúde” e a necessidade de integração cultural e espiritual dos povos indígenas com seu ambiente físico. A Conferência de Sundsvall identifica muitos exemplos e abordagens para se criar ambientes favoráveis e promotores de Saúde, que podem ser usados por políticos e governos, ativistas comunitários e outros setores da Saúde e do meio ambiente. A Conferência reconhece que todos têm um papel na criação de ambientes favoráveis e promotores de Saúde.

Em 1995, a Assembléia Mundial da Organização Mundial de Saúde (OMS) afirmou que “a principal causa de morbidade, mortalidade, é a pobreza galopante de um mundo cada vez mais desigual”. Entre 1975 e 1990 foi-se definindo um fenômeno social alarmante, que é a pobreza extrema que se alastrou pelo mundo todo. Na década de 1980, quarenta e sete países tiveram suas economias em baixa constante. Por outro lado, a perda da Saúde está relacionada com o surgimento de doenças controláveis pela prevenção, tais como: doenças respiratórias, diarreicas, desnutrição, doenças sexualmente transmissíveis, acidentes e doenças do trabalho, sendo estas superáveis a partir de cuidados sociais e pela alta tecnologia da medicina. Para isto, a Assembléia recomendou o combate à pobreza, às barreiras no acesso à Saúde e os necessários ajustes dos modelos econômicos de cada país.

A Quarta Conferência Internacional de Jacarta (Indonésia) em 1997, promulgou que se deveria propor a promoção da Saúde para o século XXI. É a primeira a incluir o setor privado no apoio à promoção da Saúde. Seu objetivo foi o de refletir o que se aprendeu sobre a promoção da Saúde, para reexaminar os determinantes da Saúde e para identificar as direções e as estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da Saúde. Nesta Conferência foi feita uma avaliação crítica das estratégias internacionais de desenvolvimento em prol da Saúde, assumidas desde a Conferência de Alma-Ata (1978). A Conferência avaliou as principais estratégias em promoção em Saúde, incluindo políticas públicas positivas, meios ambiente favoráveis à Saúde e o combate a pobreza extrema que se alastra pelo mundo.

Definiu os pré-requisitos para a Saúde: “paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade. A pobreza é, acima de tudo, a maior ameaça à saúde”. Apontou as possíveis causas da falta de Saúde da população: “as

tendências demográficas tais como a urbanização, o aumento no número de pessoas idosas e a prevalência de doenças crônicas, um comportamento disponível a maior uso abusivo de drogas e a violência civil e doméstica ameaçam a saúde e o bem-estar de centenas de milhões de pessoas”.

A Quinta Conferência Internacional aconteceu na cidade do México (México), em 2000.

Diretrizes foram confirmadas e assumidas sobre a atenção, promoção e educação em Saúde, com a proclamação da Declaração do México, que propõe:

a) a promoção de saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais;

b) a liderança do setor saúde para assegurar a participação ativa de todos os setores, e da sociedade civil na implementação das ações de promoção de saúde que fortaleçam e ampliem as parcerias na área de saúde;

c) elaboração de planos de ações nacionais para a promoção, como identificação das prioridades de saúde, programas para implantá-las, apoio à pesquisa, mobilização de recursos financeiros e fortalecimento das capacidades e competências pessoal e institucional para monitoramento e avaliação dos planos de ação;

d) estabelecimento e fortalecimento das redes nacionais e internacionais que promovam saúde;

e) defesa da idéia de que os órgãos da ONU sejam responsáveis pelo impacto, em termos de saúde, da sua agenda de desenvolvimento.

As Conferências e Declarações mundiais em saúde assumiram um novo paradigma na prática da promoção e educação em Saúde. Esse paradigma confirma que a promoção e a Educação em Saúde devem ser componentes fundamentais das políticas públicas e programas em todos os países, em busca da equidade e melhor Saúde para todos.

3.1 Educação em Saúde – promoção da Saúde, referências em construção, no Brasil.

Educação em Saúde e promoção em Saúde são conceitos que definem práticas educativas diferenciadas na área da Saúde Pública.

A Educação em Saúde se propõe romper com a visão unidimensional da

Saúde pública como atualmente entendida, que se preocupa apenas com os aspectos físicos da doença e considera a população como um conjunto de indivíduos doentes. A Educação em Saúde é uma proposta abrangente que tem como objetivo criar vínculos entre a ação médica e o pensar e o fazer cotidiano dos indivíduos.

Na Educação em Saúde, existem, de forma antagônica, duas tendências principais. A primeira tendência, atualmente dominante, sustenta a necessidade de atingir objetivos estritamente médico-curativos. A segunda visualiza os serviços médicos como instrumentos de mudanças na cidadania, através do trabalho com a Saúde da população.

Embora essas duas tendências sejam as principais, diversos paradigmas e práticas têm marcado a história da Educação em Saúde no Brasil, nos quais o combate de doenças infecciosas e parasitárias ocupa o lugar central. Por outro lado, tem existido a interação entre Educação e Saúde, que é resultante

do entrelaçamento de disciplinas das Ciências Sociais e das Ciências da Saúde, que também se constitui num campo de conhecimentos e práticas, que é tradicionalmente conhecido como Educação Sanitária, mas também pode ser chamado de Educação para a Saúde, Educação em Saúde, Educação e Saúde (VASCONCELOS, 2001, p. 117).

A Educação em Saúde é compreendida como “um conjunto de saberes e práticas diversos, mais ou menos formalizadas, oficiais ou não, que se dão no interior do setor Saúde” (VASCONCELOS, 2001, p. 117).

A Educação em Saúde tem uma dimensão pedagógica, fundamentada nas práticas cotidianas de Saúde, nas quais ela se insere, superando a dimensão coercitiva que se baseia no paradigma higienista. Esse relaciona a Saúde com a aparência e as condições do corpo e foi determinante nos primórdios da Educação em Saúde. Trata-se de uma combinação de experiências e de aprendizagem que viabilizam ações planejadas de Saúde, priorizando o combate à doença.

A Educação em Saúde no Brasil tem suas raízes influenciadas pelas experiências européias dos séculos XIX e XX, que propunham uma prática normatizadora, a partir da concepção de que era necessário compreender as influências das condições de vida na Saúde das pessoas e a necessidade de intervir sobre elas.

Defendia-se que a Ciência Médica é intrínseca e essencialmente uma Ciência Social, e até que isto não seja reconhecido na prática não há possibilidades de desfrutar de seus benefícios.

Com base nesse entendimento, foi implementado o combate às epidemias de varíola e febre amarela nos centros urbanos brasileiros. No final do século XIX e início do XX, foram organizadas as primeiras intervenções do Estado voltadas para a proteção da Saúde da população. A proliferação de epidemias trazia conseqüências negativas para a economia agroexportadora do fim do século XIX e começo do XX, baseada na cultura do café, principalmente em vista do fluxo migratório da Europa, para ingressar nas lavouras. A respeito, Vasconcelos (2001) afirma que “a grande suscetibilidade dos estrangeiros à febre amarela deu ao Rio reputação internacional de ser uma das áreas mais insalubres dos trópicos” (p. 84).

Com a pressão das elites agro-exportadoras, que exigiam medidas de combate às epidemias para não interromper o fluxo comercial com os países europeus, de onde provinham as levas de migrantes para o trabalho assalariado nas lavouras, surgiram medidas, que foram implementadas. Nesta ocasião, o sanitarista Oswaldo Cruz, no Relatório (1907) sobre Higiene Social, propôs impedir e penalizar a indisciplina de certos moradores, que não mantinham asseio e limpeza em suas casas, desconsiderando os conselhos de higiene pessoal e ambiental.

As práticas de Educação em Saúde passavam e passam pela necessidade do controle e do esclarecimento das populações pobres que “infectavam” as cidades. Em conseqüências disto, predominou a imposição de normas e medidas de saneamento para higienizar a pobreza, como demonstra Vasconcelos (2001) uma vez que:

Houve importante influência da doutrina denominada ‘política’, desenvolvida, sobretudo, na Alemanha de Bismark, na segunda metade do século XIX, a qual partia do pressuposto de que ao Estado cabia assegurar bem-estar e segurança para o povo, mesmo que contrariando os interesses individuais, justificando-se assim o controle coercitivo sobre os problemas sanitários como mecanismos de assegurar a defesa pelo Estado dos interesses gerais da nação (p. 85).

A Educação em Saúde tinha sua existência relacionada à Saúde Pública e apresentava-se imbuída do pensamento humanista-liberal.

Monteiro Lobato, expressando um clamor emergente nas grandes cidades,

assume, em 1918, a bandeira de luta:

sanear era a grande questão nacional. O problema brasileiro não estava na raça, mas nas doenças que tornavam a população preguiçosa e sem iniciativa. As ações médicas e a Educação assumem, então, importância central no debate político nacional... Este auge político da Educação em Saúde voltada para o controle das endemias estava, no entanto, marcado pela ausência do ator popular como elemento ativo (VASCONCELOS, 1997, p. 144).

Constatamos, então que, até os anos de 1920, a estrutura sanitária brasileira tinha como proposta a proliferação de unidades monovalentes e especializadas para fazer face aos problemas específicos, e freqüentemente atender a interesses pessoais ou de grupos, o que significava medidas reformistas-discriminatórias. Intelectuais nacionalistas contestavam esta ideologia que proclamava que a salvação da Pátria passava pela europeização e o branqueamento racial.

Como resposta da população contra o autoritarismo das medidas governamentais, surgiram rebeliões, entre elas a Revolta da Vacina Antivariólica, em 1904, pois a vacina tinha efeitos colaterais pouco conhecidos e havia dúvidas quanto à sua eficácia.

Assim como havia insatisfação em relação às medidas sanitárias, o momento histórico-político suscitava protestos contra o sistema capitalista, vindo a ocorrer a greve geral de 1917. Em meio às reivindicações havia a exigência da redução da jornada de trabalho, a regulamentação do trabalho da mulher, da gestante e da criança e a organização da assistência médica.

Após 1920, a estrutura sanitária norte-americana veio influenciar a estrutura sanitária do Brasil e das outras nações em desenvolvimento. Podemos afirmar que a estruturação da Saúde Pública brasileira reflete o desenvolvimento das relações das nações industrializadas e a crescente hegemonia dos EUA na esfera mundial.

Esse momento da história brasileira é assim dimensionado por Ianni (1971):

É um processo de marchas e contra-marchas, dependendo das rupturas estruturais internas e externas. Os acontecimentos que assinalam etapas e desdobramentos da ruptura das estruturas político-econômicas são as crises da cafeicultura, a politização dos setores jovens das Forças Armadas em direção diferente da tradicional; o aparecimento de reivindicações de operários e setores sociais médios; o agravamento dos antagonismos nas camadas dominantes; a do capitalismo mundial iniciada com o "crack" de 1929; a Guerra Mundial de 1939-1945; a substituição da hegemonia da Inglaterra, da Alemanha e da França pelos Estados Unidos da

América do Norte; o aparecimento da União Soviética (URSS), da China e de Cuba, como nações socialistas (p. 8-9).

Essa influência americana atinge a Saúde Pública propondo a Educação em Saúde como uma nova área da Saúde Pública. Ao se analisar a Conferência de 1919, nos Estados Unidos, patrocinada pela Organização de Saúde Infantil, verificamos que:

Os profissionais que se empenharam na estruturação desta disciplina provinham da Medicina, Enfermagem, Ensino e Propaganda e sua contribuição forneceu os elementos básicos para a criação de um corpo sistematizado de conhecimentos e técnicas que permitiram delimitar paulatinamente o campo específico de ação dentro da Saúde Pública. Já em 1924, criou-se o primeiro curso de graduação em Educação em Saúde, no Massachusetts Institute of Technology, nos EUA, sob a responsabilidade de Claire Turner. No Brasil, o primeiro passo para a coordenação de esforços educativos tomou forma com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920, que incluía os serviços de propaganda de higiene geral e Educação profilática do interior da República (KRAUSZ, 1974, p. 19 - 20).

No Brasil, em 1921, pelo Decreto-lei nº 15.003, foi constituída a Inspetoria de Demografia Sanitária, ligada à Inspetoria de Estatística Demográfico-Sanitária. Em 1923, pelo Decreto-Lei nº 16.300, criou-se o Serviço de Propaganda do Departamento Nacional de Saúde Pública.

Em 1923, no III Congresso Brasileiro de Higiene, foi apresentado o relatório do Dr. Fontenelle, no qual se expunha que:

A higiene começou por ser imposta pela coerção, por meio de leis e regulamentos, com a sanção de multas, fechamentos de casas, suspensão de licenças para negócios e até prisões. Depois, passou a interessar-se diretamente pelos indivíduos, procurando ensiná-los e explicar-lhes as vantagens das medidas exigidas. E, agora, verificado que é tão importante evitar certos atos e obter a prática de outros, veio a necessidade de garantir, inconscientemente, aos indivíduos a prática de atos vantajosos à Saúde, obtendo-se o que se poderia chamar de comportamento higiênico. É um trabalho de Educação para benefício individual e coletivo, que encontra seu momento mais propício nas primeiras idades... com a imposição de normas sem a presença da população como elemento ativo nas campanhas (VASCONCELOS, 2001, p. 92).

O relator escreveu que a escola tem de atuar de várias formas: a) pelo meio, como possibilidade de execução dos atos sadios (perfeito fornecimento de água, boas instalações de latrina, lavatórios convenientemente aparelhados); b) pelo

exemplo da professora instruída em higiene e educada sanitariamente.

Existia toda uma tentativa de inculcar bons hábitos nas crianças em idade escolar. Apregoava-se que a Educação é a base da administração sanitária, desse modo, a Educação satisfatória, a Educação real é feita pondo-se em contato a demonstração do educador com o interesse do educando. Segundo as autoridades é na infância e na meninice que se dá o momento oportuno, principalmente porque então o sistema nervoso ainda é maleável às impressões e favorável à formação de bons hábitos.

Enfatizamos os destaques à época para o papel da escola como formadora do homem, como também o papel da Educação intelectual da criança, pois dela depende, em grande parte, o êxito do homem acabado e ajustado ao sistema social. Existia uma:

ênfase do processo educativo, que passa a ser então o desenvolvimento de técnicas que melhor inculcassem as normas de higiene nas classes populares. A história do Jeca Tatu vem dessa época. As práticas sanitárias não eram coercitivas, mas autoritárias no que tange às relações educativas (VASCONCELOS, 2001, p. 92).

Desde 1920, uma nova concepção dos serviços de Saúde vinha se estruturando, ao mesmo tempo apareciam os primeiros sinais de institucionalização, com o novo regulamento sanitário em 1923 e a Lei Elói Chaves que regulamentou a assistência médica das Caixas de Pensão e de Aposentadoria.

O movimento higienista conquistou seu espaço e ampliou sua atuação, influenciando a Educação sanitária da população com as campanhas de higiene pessoal e pública, a inspeção médica de imigrantes, o confinamento de portadores de hanseníase, tuberculose, sífilis e os cuidados da Saúde das gestantes.

O auge desse processo é a discussão e a criação de Centros de Saúde e Campanhas Sanitárias. O médico sanitarista Geraldo H. de Paula Souza, egresso da primeira turma da primeira Escola de Saúde Pública na Universidade de John Hopkins, e o médico Francisco Borges Vieira, com doações da Rockefeller Foundation reorganizam o serviço sanitário do Estado de São Paulo, com as seguintes características:

a) a ação sanitária local deveria ser feita por uma só unidade, o Centro de Saúde. Essa medida provocou um núcleo de convergências com um grupo de técnicos de serviço sanitário, para dar ênfase maior às atividades de promoção e

proteção à Saúde;

b) o Centro de Saúde seria uma unidade dinâmica, onde se encontrariam educadores sanitários recrutados entre profissionais primários, com curso no Instituto de Higiene;

c) a Educação sanitária seria a base da ação sanitária, sendo reduzido ao máximo possível o poder coercitivo da política sanitária;

d) a implementação da Inspetoria de Higiene do Trabalho, um dos novos órgãos criados pela reforma de 1925.

Cabe ressaltar que a partir da década de 1920, houve diversas medidas para o combate de epidemias e de saneamento do meio ambiente, tendo como objetivo divulgar sistemática e ininterruptamente, no seio da população, os preceitos elementares de higiene.

No ano de 1924, foram dados os primeiros passos em direção aos programas de Educação em Saúde no País, em São Gonçalo (RJ), com o primeiro pelotão de Saúde em uma escola estadual, coordenado pelos médicos Carlos Sá e César Leal Ferreira.

No ano de 1925, foi adotado o mesmo programa nas escolas primárias do Rio de Janeiro pelo Diretor de Instrução Pública Antônio Carneiro Leão. Em Pernambuco, foi criada a Inspetoria de Educação Sanitária do Departamento de Saúde e Assistência pelo médico Amaury Medeiros.

Para o médico sanitarista G. de Paula Souza (1926) com a implementação dos Centros de Saúde, saímos da fase da polícia sanitária para entrar na da Educação sanitária.

Explicita-se nesta proposta a dualidade da medicina preventiva e curativa. Isso aconteceu nos anos de 1920 e 1930, como se afirmou anteriormente com forte influência norte-americana. O corpo médico dos EUA influenciou o corpo médico brasileiro, que sempre teve uma atitude crítica aos Centros de Saúde.

Nos próprios Centros de Saúde algumas vozes isoladas defendiam a integração da medicina preventivo-curativa, não só teoricamente, mas na prática, implementando medidas curativas. Na conjuntura pré-Segunda Guerra, existia uma tendência em que as políticas de Estado situavam as pessoas como "sujeito da vida" na perspectiva da ordem liberal burguesa, assumindo a racionalidade das ciências e as técnicas e o consumo de bens individualizados.

Essa perspectiva liberal burguesa determina uma nova abordagem da

dimensão Saúde-doença, fixada no indivíduo. Portanto,

(...) retirando o foco de atenção das reflexões sobre políticas sociais e condições de vida e de trabalho da população. Nesse sentido, a base biologista dessa concepção apóia-se no pressuposto de que os problemas de Saúde da população estariam relacionados à sua ignorância de normas de higiene, ou seja, pela mudança de atitudes e comportamentos individuais, seriam solucionados os problemas de Saúde como um todo (VASCONCELOS, 2001, p. 119).

A Educação em Saúde passou a assumir uma perspectiva higienista, que é definida como a aquisição de hábitos, ou a soma de experiências que influenciam favoravelmente os hábitos integrados à vida cotidiana. Uma vez adquiridos pelo cidadão, tais hábitos passam para o automatismo e para a realização prática dos seus deveres para consigo próprio e para com a coletividade, em relação às normas de higiene. Morena (1953) ao referir-se às questões de comportamentos sob a perspectiva higienista acrescenta que

A higiene e Saúde não são privilégios de classes, mas são concedidos pela Educação em Saúde... Os ideais da Educação em Saúde são desejos de forte vitalidade, disposição para adquirir hábitos higiênicos... convicção de que mais vale prevenir do que remediar... confiança no serviço profissional científico e na vida saudável (p. 425-435).

Para reforçar esta mudança de abordagem na Educação em Saúde, um fato relevante foi a extinção dos Centros de Saúde, pelo Decreto nº 2.121, quando foram criados dispensários especializados. Isto é uma resultante da conjuntura nacional e internacional, principalmente com o nazi-fascismo como doutrina apregoada no mundo e com a instauração, no Brasil, do Estado Novo após a Revolução de 1930, do Presidente Getúlio Vargas, com a aliança corporativista entre a burguesia urbana e as classes populares.

Cristalizando a centralização administrativa na área de Saúde, como ocorreu nas demais áreas em consequência da política autoritária, foi criado o Ministério de Saúde (MS), sufocando as expectativas estaduais e concentrando as atividades sanitárias nas cidades e centros urbanos em detrimento do interior dos Estados, e

As informações consideradas como relativas à Saúde começaram a ser trabalhadas, em todo o território nacional, em 1931, pela 'Diretoria Geral de Informações Estatísticas e Divulgação do Ministério da Educação e Saúde' no Rio de Janeiro, transformada

mais tarde, em 1939, no Serviço de Estatística da Educação e Saúde (SEES)... Este era o único órgão que realizava levantamentos estatísticos, com periodicidade anual, em todo o território. Seu amplo campo de pesquisa incluía a assistência médica prestada nos grandes hospitais das capitais até a atividade desenvolvida pelos Postos de Higiene disseminados pelo País, deixando apenas de fora os consultórios médicos particulares (MORAES, 1994, p. 49-50).

No ano de 1941, pelo Decreto-lei nº 3.171, foi criado o Serviço Nacional de Educação Sanitária, tendo como finalidade formar na coletividade brasileira uma consciência familiarizada com problemas de Saúde. Estes decretos-leis apontavam uma política incisiva de princípios de hábitos de higiene no Brasil. Na maioria das vezes, estas iniciativas ficaram no papel como letra morta.

Essa conjuntura mudou em parte com o ressurgimento dos movimentos sociais urbanos e com a revitalização da economia e da sociedade brasileiras. Na Saúde, com a exploração da borracha e dos minérios na Amazônia, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942, como um serviço sanitário, tendo como objetivo controlar as endemias da região.

No plano da intervenção havia a responsabilidade das tarefas educativas junto a grupos de gestantes, de mães, de adolescentes e da comunidade em geral. Logo, estas atividades foram estendidas para o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNRU), e para o Departamento Nacional da Criança.

O sujeito que se educa para a Saúde passou por mudanças, pois transformou-se em um trabalhador urbano e rural que necessitava manipular novas tecnologias para o desenvolvimento da economia no período desenvolvimentista. Nesta época, intensificou-se o processo de alfabetização de adultos. A noção de incorporação de hábitos higiênicos foi substituída pela Medicina Comunitária. Essa perspectiva visava a participação da comunidade para alcançar a cooperação, a solidariedade e a união.

Havia a preocupação de integrar a comunidade como um “todo”, de forma que fosse nela incutida a responsabilidade de equacionar seus problemas de Saúde, implicando uma nova direção para a Educação em Saúde.

No XVII Congresso Brasileiro de Higiene, em 1963, foi discutida a necessidade de uma atitude inovadora, preocupada em criar oportunidades de participação nas decisões e no trabalho para as populações, como meio de experiência e comprometimento com os objetivos do programa.

A motivação é consequência do engajamento na Educação em Saúde e não uma coisa imposta. Torna-se consenso que a Educação em Saúde é função de toda a equipe de Saúde pública e não mais de um profissional específico formado para essa tarefa. Com a participação da comunidade-população fortalece-se a idéia de que Saúde é relacionada com as condições de vida e com a participação da população-comunidade nos encaminhamentos do Estado em relação aos serviços de Saúde. A comunidade toma consciência de que o estado de Saúde não é mais uma situação determinada por circunstâncias preestabelecidas e sim que é o caminho e a conquista da Saúde.

Torna-se explícita a dicotomia até hoje presente de que o educativo é o preventivo e que o curativo deve ter assistência médica. Esta dicotomia penetra o fazer "Saúde". Esta discussão intrigou a sociedade de ontem e intriga a de hoje, e é uma das mais urgentes a ser superada.

Essa dicotomia criada na Saúde deve ser compreendida na sua transdisciplinariedade, na expectativa de se estar disposto a aceitar o pluralismo do mundo das idéias e negociar constantemente os consensos postos em relação ao mesmo assunto.

Dicotomia essa que deve ser superada, pois sua existência é devida a um modelo da medicina liberal que define a Saúde-doença como um produto, e é o que tem valor de uso. Este valor de uso:

expressa a utilidade do produto e permite sua realização, isto é, seu consenso. A utilidade de um produto (um bem – escova de dentes –, ou um serviço – consulta médica) é dada pelo fato de esses produtos, potencialmente, atenderem às necessidades sociais. O valor de uso não é, pois, igual ou equivalente à necessidade social. O trabalho objetiva necessidades sociais, mas produz coisas com valor de uso, coisas potencialmente úteis, supostamente capazes de atender as necessidades. Diferença sutil, mas importante (CAMPOS, 2000, p. 48-49).

Esta diferença sutil é de fundamental importância para compreender as dicotomias: curativo-preventivo; e Saúde-doença. A dicotomia Saúde-doença é um processo que faz parte das nossas formações sociais, econômicas, políticas, ideológicas e culturais que produzem as necessidades sociais que se cristalizam a partir de processos complexos desenvolvidos nas sociedades. Esta dicotomia existe a partir do modelo predominante da modernização conservadora de compreender o

sujeito individualizado e subalterno à ciência, à tecnologia e ao consumo, tornando-o isolado e não socializado nas suas expectativas e necessidades sociais. De qualquer forma, em meio à população existia uma incipiente consciência de vida saudável, à qual não corresponde o que foi descrito no Relatório Brito Bastos (1969): Os serviços de Educação Sanitária, quando muito, limitavam suas atividades à publicação de folhetos, livros, catálogos e cartazes; distribuíam na imprensa do País pequenas notas e artigos sobre assuntos de Saúde e lançavam mãos dos recursos audiovisuais para difundir os conceitos fundamentais de Saúde e da doença. Os espaços se concentravam, dessa forma, na propaganda sanitária e, neste setor, já bastante reduzido, dava-se preferência às formas escritas, visuais, de propaganda, sem considerar o grande número de analfabetos no País, que era de 60%, em 1940. Esses analfabetos se concentravam, como era de se esperar, nas baixas camadas das populações urbanas e no campo.

Fatores internacionais vão influenciar de forma significativa uma concepção de Educação sanitária mais inovadora. A Décima Segunda Assembléia Mundial da Saúde, em Genebra (Suíça, 1958), que reafirma o conceito de Educação-sanitária como sendo todas aquelas experiências que modificam ou exercem influência nas atitudes ou condutas de um indivíduo com respeito à Saúde e dos processos expostos necessários para alcançar estas modificações.

Já a Quinta Conferência de Saúde e Educação Sanitária (Filadélfia, 1962), assinalava que os serviços de Educação sanitária estão chamados a desempenhar um papel de primeiríssima importância para saltar o abismo que continua existindo entre os descobrimentos científicos da medicina e sua aplicação na vida diária de indivíduos, famílias, escolas e distintos grupos da coletividade.

Esta compreensão se expande no Brasil, nos anos de 1964 a 1980, com o período de regime militar que impõe o fechamento das instituições públicas e o cerceamento da sociedade civil. O projeto econômico do regime militar resultou no acirramento das desigualdades sociais, havendo a diminuição do orçamento para essas políticas, com a conseqüente expansão dos serviços médicos privados, que acentuou a mercantilização e a comercialização da doença.

Nesse período, o sujeito social foi transformado em um indivíduo despossuído, que não tem e que não é, sendo excluído de bens e de necessidades sociais, já que as necessidades econômicas e sociais fazem parte do sujeito participativo, do sujeito-cidadão. Configura-se no Brasil o estatuto do trabalhador

braçal sem qualificação, o sub-cidadão, provocado pelo fenômeno da concentração populacional nos centros urbano-industriais.

Nessa conjuntura econômico-social-política, altamente concentradora e repressora, a Educação em Saúde ficou restrita a espaços institucionais limitados para desenvolver suas atividades.

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde, propunha para a Educação em Saúde os objetivos de ajuda às pessoas, individualmente ou em grupo, para desenvolver o seu desejo de Saúde, para conscientizar seus problemas de Saúde pessoais, particulares, profissionais e sociais, para absorver o conhecimento necessário, e, através do aconselhamento e encorajamento, aprender a forma de aplicar este conhecimento. Cuidou-se de fortalecer a corrente que apregoava que o indivíduo é responsável pela própria Saúde, através de seus esforços e ações.

No Brasil, predominava a corrente que apregoava que Saúde é a não-manifestação da doença, é prevenir e curar a doença. Os comportamentos de prevenir e curar são a tarefa educativa. Esta corrente afirma que a Saúde-doença são fenômenos decorrentes das relações homem-meio e não das relações da vida com o seu meio, através de um fazer transformador de sua realidade.

No âmbito governamental houve a criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), surgida da fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais e Campanha de Erradicação da Malária e, nos fins da década de 1970, da Divisão Nacional de Educação em Saúde da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Essas mudanças e ajustes não foram suficientes para introduzir a Educação como componente fundamental nos programas de Saúde desenvolvidos pelo Ministério e pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

Uma tentativa de superar o impasse de centralização nas atividades dos programas verticais e no planejamento, em nível federal, sem que os executores das ações finalísticas delas participassem, foi a criação, em meados de 1970, do Sistema de Informações sobre Mortalidade (1976) e do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (1979), para informar à população as condições de Saúde e da rede de atendimento.

A Educação em Saúde traz consigo as dificuldades e contradições das políticas sociais no Brasil. Em 1989, houve um novo impulso:



(...) com a colaboração do Programa de Apoio à Reforma Sanitária (PARES) da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, apoiado financeiramente pela Fundação W. K. Kellog. Este estudo teve por objetivos: a) analisar as lógicas predominantes nos Sistemas de Informações em Saúde, sua utilização e relação com o processo decisório, visando a elaboração de propostas do Sistema de Informações de Saúde que reflitam um enfoque interdisciplinar e globalizador do conceito de Saúde, em uma perspectiva de Reforma Sanitária; b) aprofundar o conhecimento sobre as condições materiais/operacionais prevalentes nos serviços de Saúde (no que diz respeito aos Sistemas de Informações em Saúde – SIS), visando contribuir para a sustentação (teórica e prática) de uma Política de Informações em Saúde capaz de assegurar a autonomia gerencial necessária nos níveis municipal e estadual. Responder-se-á dessa forma às exigências do processo de descentralização do sistema de Saúde no País; c) constituir um subsídio para a proposição e validação de novas tecnologias relacionadas à Informação em Saúde (MORAES, 1994, p. 71-72).

Duas tendências estão presentes nos debates, uma defendendo que a Educação em Saúde deve ser uma ação direta, privilegiando o contato direto com seus usuários, e outra, uma ação indireta, só que efetivada por meio de propaganda. Isto fez com que o Ministério da Saúde restringisse a área da Educação a um serviço na Fundação Nacional.

Em 1998, o Projeto Saúde na Escola evolui para um Programa de Educação em Saúde, considerando-a como uma disciplina de ação, significando que o trabalho será dirigido para atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que elas desenvolvam juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente com o qual interagem e, assim, criem condições para se apropriarem de sua própria existência. O sujeito histórico passa a ser um indivíduo-cidadão que tem direito à informação e tem o dever de se informar. Os cidadãos devem ter acesso fácil, oportuno e compreensível a dados e informações de qualidade sobre sua Saúde (desde o prontuário médico ou ficha clínica) e sobre as condições de vida de sua comunidade, cidade, município, estado e país.

Neste “fazer” que exige atenção, promoção e Educação em Saúde, existe uma preocupação mundial de superar a orientação centrada na doença e confirmar a determinação econômica e social da Saúde. Fazeres diferenciados, em nível mundial, influenciaram um olhar novo para o restante de nações, tais como: na China, desde 1965, são realizadas atividades para a melhoria da Saúde, principalmente nas áreas rurais, mundialmente conhecidas pelos “médicos

descalços”. Estas atividades são desenvolvidas pelos Comitês Comunais através da organização da comunidade local, da atenção aos anciãos, além da assistência do Estado, da promoção do desenvolvimento de indústrias caseiras, da ajuda às escolas e serviços em geral, da organização do povo para cuidar da Saúde ambiental, da realização de cuidados preventivos e tratamentos.

Tais tratamentos incluem o uso de ervas medicinais, o apoio à manutenção da ordem social no tráfego, policiamento e nos incêndios, a promoção de campanhas de Saúde em todos os níveis, visando substituir velhos costumes e mobilizar a comunidade para movimentos de massa contra as “quatro pestes”, limpeza de casas, quintais e rua, orientação de hábitos higiênicos, manutenção e uso da água potável, construção de unidades rurais de Saúde, preparação de insumos simples (utensílios, pílulas, poções) e controle da limpeza de locais públicos.

Estas atividades são desenvolvidas pelos diversos segmentos da população, gerenciadas pelos Comitês Comunais, que programam e orçam os recursos para a sua realização, nesta mesma direção podemos assinalar a experiência de Saúde cubana dos Médicos de Família.

Outro acontecimento que teve ressonância mundial foi o movimento canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde – Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses (1974). Esse relatório veio caracterizar o campo da Saúde e promulgar que o padrão tradicional de assistência era o componente deste campo que menos efeito podia ter para promover uma melhor Saúde, com o que uma maior importância passaria a ser concedida aos outros três componentes de biologia humana, ambiente e hábitos de vida.

No Brasil, a partir dos anos de 1970 até hoje, existiu uma grande movimentação na área da saúde, e na sociedade para a mudança de paradigma da saúde, na construção de qualidade de vida, inspirada e influenciada pelas movimentações mundiais e as Conferências internacionais sobre as políticas de saúde.

O surgimento de movimentos populares de Base da década de setenta, impulsionados como resposta à situação política-institucional do país, de extremo autoritarismo e repressão, o que significou o descontentamento da população e aprofundou a luta dos movimentos sindicais e populares pela abertura política ampla, geral e irrestrita, **slogan** utilizado também na luta pela anistia dos exilados e



presos políticos.

As lutas populares de então estavam inseridas no contexto da história das Ligas Camponesas, nos anos de 1950. A sindicalização rural independente do Poder Estatal, foi influenciada pelo Partido Comunista Brasileiro – PCB e a Igreja Católica. A Igreja Católica, após a Encíclica *Mater et Magistra* em 1961, e a *Pacem in Terris* em 1963, através da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, definiu linhas de atuação: Na Ação Católica Rural, nos movimentos Juventude Agrária Católica (JAC) e a Liga Agrária Católica (LAC), visando “a presença de Cristo entre os trabalhadores do campo”; o da sindicalização rural, estimulando que a experiência surgida no nordeste se estendesse a todo o País e para a viabilização deste processo, a Igreja Católica aponta, através da Conferência, o Movimento de Educação de Base (MEB) com suas Escolas Radiofônicas. Os três objetivos básicos do Movimento de Educação de Base (MEB) eram: 1) esclarecer o camponês a respeito dos direitos que tem como pessoa e como trabalhador, e ajudá-lo a obter tais direitos; 2) trabalhar para a aplicação das leis que beneficiam o povo rural e para a revogação das medidas que atualmente não se aplicam no setor agrícola; 3) lutar pela Reforma Agrária. O movimento de Educação de Base utilizou o método educacional do Educador Paulo Freire. Desta forma, a Igreja Católica impulsionou a sindicalização rural, tanto em nível regional como nacional, através do Serviço da Assistência Rural (SAR) conjuntamente com a Ação Católica.

No final da década de 1960 surgem as Comunidades Eclesiais de Base, referendadas pela Teologia da Libertação. A Teologia da Libertação expressa-se no processo de surgimento de uma teologia renovada na América Latina. Quatro aspectos podem ser relacionados na sua criação:

1) aspectos internos na vida da Igreja nos anos 60; os Documentos do Conselho Vaticano II vieram para traçar novos rumos para a Igreja Católica, que recomendam uma doutrina orientada socialmente, tendo em conta, valores das experiências da vida diária e das mudanças sociais; a Encíclica *Populorum Progressio*, do Papa Paulo VI, que pregava a superação da miséria e da pobreza; 4) a criação do Conselho Episcopal Latino-Americano (CELAM) em 1968.

A Segunda Conferência do Episcopado Latino-Americano em Medellín, Colômbia, em 1968, promovida pelo CELAM, enumera: “a fome e a miséria, as enfermidades generalizadas e a mortalidade infantil, o analfabetismo e a marginalidade, a profunda desigualdade das rendas e a tensão entre classes

sociais, os surtos de violência e a escassa participação do povo na gestão do bem comum”.

A Terceira Conferência do Episcopado Latino-Americano em Puebla, México, em 1979, também sob os auspícios do CELAM, confirma: “Afirmamos a necessidade de conversão de toda a Igreja para um opção preferencial pelos pobres, no intuito de sua integral libertação”.

Todos estes acontecimentos tiveram como objetivo reafirmar o compromisso da Igreja Católica com os oprimidos do campo e das cidades;

2) o segundo aspecto, a presença na América Latina de Teólogos progressistas vindos da Europa e dos Estados Unidos que se tornaram pensadores da teologia da libertação;

3) a inadequação das teorias desenvolvimentistas propostas pelos governos para a realidade latino-americana, a Aliança para o Progresso; as ditaduras militares, o aumento da pobreza e da violência generalizada na América Latina;

4) o quarto aspecto está relacionado à infra-estrutura pastoral, à existência prévia das organizações cristãs de Base principalmente no Brasil, aos movimentos de Educação de Base (MEBS) que influenciaram a criação das Comunidades Eclesiais de Base (CEBS), assim como os Movimentos de Educação de Base, as Comunidades de Base que utilizam a Pedagogia do Oprimido de Paulo Freire, frisando a necessidade do desenvolvimento de uma consciência crítica em relação ao processo de libertação dos oprimidos.

As comunidades Eclesiais de Base foram e são um grande instrumento da Igreja Católica Progressista para a libertação dos Povos. A teologia da libertação, nos seus documentos, recomendava que o trabalho pastoral deveria ser endereçado preferencialmente às pessoas oprimidas da América Latina (os pobres, as mulheres, as crianças e jovens, os negros e os índios), e organizado como meio de conscientização e luta, pelos seguintes modos: a) reunindo pessoas que sofrem a mesma opressão, com o objetivo de desenvolver sua identidade grupal; b) promovendo a redescoberta de sua dignidade através desse contato; c) aumentando sua confiança para se transformar pessoalmente e mudar sua sociedade.

a novidade deste trabalho pastoral, não é apenas a existência de um profundo conteúdo simbólico (...) é o valor dado à luta humana através de movimentos sociais para a realização desta utopia de libertação. (...) Significa que o ponto de partida é a libertação da pessoa humana, a descoberta da sua dignidade, a redefinição do seu

status de cidadão, a libertação imediata de diversas formas de opressão (econômica, política, legal, racial, sexual, exploração estrangeira, etc) (SCHERER, 1993, p. 39).

Destaca-se que as sociedades civis Brasileiras e Latino Americanas passaram por um relativo imobilismo que foi resultado do período de exceção dos regimentos militares. Todos os movimentos que surgem após este período compartilham alguns aspectos dos movimentos anteriores, como as Ligas Camponesas e o Movimento de Educação de Base, eles trazem consigo a preocupação com a democracia política e a democracia social.

É importante considerar estes focos de transformação que emergem a partir das bases da sociedade, pelas brechas que abrem na tradição histórica da cultura política do país e pelo novo significado cultural e político presente na práxis destes grupos organizados (SCHERER, 1993, p. 50).

Diversos foram os movimentos sociais tais como: novo sindicalismo urbano e rural, movimento de Bairro, movimentos ecológicos, movimento feminista, Movimento dos Sem Terra e outros, tendo eles compartilhado a mesma ideologia do antiautoritarismo e da descentralização do poder.

Todos estes movimentos sociais destacam-se pelo seu significado político-social. Cabe salientar os movimentos sociais urbanos da década de 1970, principalmente no Brasil, em que

o deslocamento da ênfase do setor produtivo da agricultura para a indústria, do rural para o urbano, ocasionou progressivamente alterações significativas na correlação das forças políticas atuantes e, ao mesmo tempo, criou condições para a emergência, entre outros, de movimentos de mobilização popular, como as SABS (GOHN, 1999, p. 37).

As Sociedades Amigos de Bairros, mesmo sendo associações da década de trinta, com características populistas e eleitorais, tiveram uma retomada e transformaram-se em referência no final da década de sessenta, quando foi realizado o 1º Encontro das Sociedades de Amigos dos Bairros (SABS), em 1968, tendo como pauta de discussão: trânsito, transportes, educação, cultura e recreação, saúde e higiene, água e esgotos, custos de vida e abastecimento, energia elétrica e enchentes. A discussão no Encontro foi viabilizar condições de vida para uma

população de migrantes nordestinos pobres, a partir da defasagem entre o crescimento das cidades e a utilização e implementação de equipamentos urbanos e de serviços públicos urbanos.

Neste sentido, a importância dos movimentos sociais urbanos tem condicionamento político-econômico.

O modelo econômico vigente, concentrador da renda, levou à pauperização de vastas camadas da população e engendrou tensões que extrapolaram as esferas do trabalho localizadas no meio urbano. A população da periferia, ao reivindicar água, luz, transportes, etc, estava reivindicando não só um melhoramento, mas um salário indireto. As reivindicações, apesar de relacionadas ao consumo de bens coletivos, estavam intimamente correlacionadas com a produção. O consumo coletivo precisa ser visto nos seus vínculos complexos, relacionados ao modo de produção e ao desenvolvimento das forças produtivas. A distribuição do "salário indireto" à população competirá ao Estado, e ele a fará segundo o jogo de pressões existentes, ou seja, obedecendo à lógica da correlação das forças políticas vigentes (GOHN, 1999, p. 57).

Nesta tendência, se espalham movimentos sociais por todo o Brasil e pela América Latina, tendo como objetivo a construção de uma concepção alternativa de se viver, buscando construir identidades coletivas em torno de princípios éticos universalizantes. As novas organizações camponesas, surgidas na última década: Movimentos das Barragens (1976); Movimento dos Sem Terra (1979); Movimento das Mulheres Agricultoras (1981); movimento de Saques no Nordeste (durante o período da grande seca de 1979-1983); Movimento de Bóias Frias (desde a década de 1970). Estes movimentos lutavam pelo direito de participar, atribuindo ao direito um caráter coletivo. São criadas também instituições específicas como: a Comissão Indigenista Missionária (CIMI), a Comissão Pastoral da Terra (CPT), Central Única dos Trabalhadores (CUT), tentando articular os movimentos sociais urbanos e rurais. O direito tem um caráter coletivo, portanto este direito vai além dos direitos de classe, ele assume outras dimensões como: cidadania e gênero. Esta mesma dimensão assumem os movimentos sociais urbanos como: Movimentos dos Sem Teto, Movimentos de Moradias, Associações de Bairro, Movimentos de Mulheres, Movimentos de Meninas e Meninos de Rua, Clubes da Terceira Idade, ou da Melhor Idade, Movimentos de Homossexuais, Associações de Portadores de Deficiências e grupos que se articulam de forma espontânea e por objetivo específico: lutas por transporte, saneamento básico, lutas ecológicas e ambientais, e outras. Todos estes

movimentos também estão articulados em Entidades como: Articulação Nacional do Solo Urbano (ANSUR) ou a União Nacional dos Movimentos de Moradia Popular; Articulação Nacional dos Movimentos Populares e Sindicais (ANAMPOS), a Pró-Central dos Movimentos Populares, Rede Brasileira de Solidariedade (AIDS); Aliança dos Povos da Floresta; Movimento Nacional dos Direitos Humanos (MNDH). Todos estes movimentos estão voltados para a defesa, promoção e ampliação dos direitos sociais, políticos e da cidadania.

Nesta conjuntura, o Movimento Popular de Saúde (MOPS) surge como proposta de luta pelo acesso à saúde para os diferentes segmentos da sociedade Brasileira, considerando as contradições impostas pelo desenvolvimento econômico-social desigual das nossas sociedades que interfere nas condições de vida da maioria da população, principalmente, a população excluída dos bens, que impõe uma relação injusta no acesso à aquisição da Saúde. O Movimento Popular de Saúde é heterogêneo, e se distancia dos sindicatos na área de saúde e dos movimentos populares que se organizam para reivindicar melhoria dos serviços de Saúde prestados pelo Estado.

O Movimento Popular de Saúde surgiu, na cidade de Lins (São Paulo) em 1979. É um movimento de Saúde que organiza atividades e serviços de Saúde com recursos próprios ou convênios essencialmente com entidades não governamentais (Miseror, Cáritas, Visão Mundial, na sua maioria ligadas às Igrejas Européias, sejam elas Católicas ou Protestantes). O Movimento Popular de Saúde é uma alternativa de organização nacional de experiências em Saúde para viabilizar trocas e estabelecer direção ao movimento.

A democratização dos serviços de saúde está imbricada à democratização do país, no ressurgimento dos movimentos populares e no movimento pela reforma sanitária que propunha um novo reordenamento jurídico ao acesso da Saúde fundamentada na democratização do Estado. Na década de 1970

coincidindo com a emergência na cena internacional da proposta da atenção primária em saúde, decodificada, em nossa prática social, como atenção primária seletiva, surgiram os primeiros projetos-pilotos de medicina comunitária. Essas experiências desaguaram num programa de medicina simplificada, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste, PIASS, que, iniciando-se pelo Nordeste, alcançou abrangência nacional em 1979 (MENDES. 1999, p.61).

Surgem tentativas de municipalização da Saúde na III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963. Na década de 1980, eclodiu a crise da Previdência Social. Uma das tentativas de racionalização foi a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1983, que imprimiam uma proposta de co-gestão, de desconcentração e de universalização da atenção à Saúde.

Março de 1986, marca ponto alto na movimentação de procura de novos modelos e novas propostas tanto para a Saúde, como novas propostas de Estado e Sociedade, que alcançou seu auge na Oitava Conferência de Saúde, para o qual confluíram todo o vigor das discussões que vinham desde o início da década de 1970.

Essa conferência difere das demais, até então realizadas, por duas características principais. Uma, o seu caráter democrático, pela significativa presença de milhares de delegados, representantes de quase todas as forças sociais interessadas na questão de saúde. Outra, sua dinâmica processual, que se iniciou por conferências municipais, depois estaduais, até chegar ao âmbito nacional” (MENDES, 1999, p.62).

A partir desta conferência surge uma nova dimensão à Saúde na apreensão de novos conceitos, princípios e diretrizes do movimento popular, não somente de Saúde, que foram incorporadas na Constituição de 1988.

A nova Carta Constitucional contém, no que diz respeito à Saúde, em seu artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

No artigo 194: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações e iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

No artigo 198: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I-descentralização;

II-atendimento integral...

III-participação da comunidade.

A lei nº 8.080 (19/09/1990) veio explicitar ainda mais os princípios constitucionais:



A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício... O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas de saúde que visem à redução de riscos e doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

No seu artigo 3º: “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”.

Em 28/12/1990, a lei nº 8142 aprofundou o nível de participação democrática do cidadão e da população na formulação de políticas públicas de Saúde e no seu controle social, pelas conferências e conselhos de Saúde. Estavam implantadas as bases do Sistema Único de Saúde, com seus princípios norteadores da universalidade, equidade, integralidade descentralização e participação comunitária.

A Décima Conferência Nacional de Saúde destinou um de seus capítulos à participação do Ministério Público na Defesa do Sistema Único de Saúde. “Os gestores do SUS e os conselhos de saúde devem exigir do Ministério Público a defesa do SUS e das demais políticas que atuam na ampliação e manutenção da qualidade de vida da população”.

De qualquer modo, as decisões e proibições advindas dos encaminhamentos nas conferências mundiais e nacionais de saúde, as diretrizes da Organização Mundial de Saúde entraram em atrito com a agenda da Reforma do Estado Brasileiro, com a aceitação de um programa de ajuste macroeconômico, nos anos de 1990. A Reforma do Estado Brasileiro propõe uma mudança do papel do Estado na economia, na qualidade de Estado-Empreendedor; a privatização e desregulação do processo de reforma; a privatização das atividades bancárias; a administração orientada a resultados, a procura do Estado mínimo.

As políticas públicas e principalmente aquelas do tripé da seguridade social como: assistência, previdência e saúde ficaram abaladas pela Reforma do Estado. A Saúde no Brasil

foi devidamente americanizada: o sistema público é usado pelas camadas mais pobres, carentes de voz e canais para fazer valer suas reivindicações, enquanto possui um plano privado (ou não estatal) integra a estratégia de sobrevivência de cerca de 40 milhões,

entre beneficiários diretos e indiretos daqueles que mantêm uma inserção formal (ou não precária) no mercado de trabalho. Ademais, a política de saúde está em fase avançada de descentralização. Vale dizer, é problema dos municípios, quando muito dos Estados (LESBAUPIN, 1999, p.95).

Coube à Décima Primeira Conferência Nacional de Saúde (2000) definir e apontar os grandes problemas sociais, como a “mortalidade por acidentes e violência, assumido recentemente pela Secretaria Nacional de Políticas de Saúde como um problema prioritário, porém ainda não enfrentado com a abrangência que merece, isto é, não apenas no âmbito do sistema de serviços de saúde, e sim, como um problema que diz respeito à sociedade como um todo, exigindo ações de caráter intersetorial, com participação da sociedade organizada”.

A Décima Primeira Conferência de Saúde atualizou a agenda política de Saúde e apontou novas estratégias para a consolidação do Sistema Único de Saúde, tendo em conta seu financiamento e controle social, tentando visualizar modelos de atenção que priorizem a qualidade e efetiva equidade.

A proposta da agenda da Décima Primeira Conferência de Saúde indicou prioridades como:

1) apropriação e valorização da “flexibilidade” da reforma educacional instalada com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação para a construção e pactuação de currículo para a formação de técnicos e profissionais de nível superior, valorizados pelo contexto e pela concepção de Saúde que toma por princípio a Reforma Sanitária e como estratégia a reordenação setorial por meio da consolidação do Sistema Único de Saúde;

2) o estabelecimento do paradigma da promoção da saúde como eixo condutor e articulador dos processos educativos para os diferentes níveis da educação profissional em saúde, estreitando sua relação, inclusive com a formação de especialistas;

3) incentivo à organização de processos de educação permanente para todos os trabalhos do SUS, adequados à sua inserção profissional e às necessidades do SUS, através de educação presencial ou à distância;

4) incentivo e apoio à formação de redes de instituições formadoras de recursos humanos;

5) profissionalização dos gestores de recursos humanos do SUS,

qualificando-os para o planejamento e execução descentralizada de políticas de recursos humanos que valorizam a transformação dos profissionais de saúde em sujeitos envolvidos com a defesa de um atendimento de qualidade e humanizado;

6) incentivo aos processos de creditação institucional de escolas que formam trabalhadores para o setor de Saúde, tanto de nível superior como de nível médio, induzindo à formação profissional contextualizada, com qualidade técnico-científica, com compromisso ético e adequada à resolução dos problemas de saúde loco-regionais. Apoio à discussão sobre a certificação de competência;

7) valorização dos serviços de Saúde que se proponham desenvolver processos de educação permanente de seus trabalhadores voltados à inversão do modelo assistencial e à consolidação do SUS;

8) produção e divulgação para todos os níveis do sistema de Saúde, de experiências com a implementação de novas metodologias de ensino-aprendizagem aplicadas à formação em saúde;

9) incentivo às formas de administração de pessoal que privilegiem o desenvolvimento profissional e gerencial, introduzindo a discussão sobre mecanismos de remuneração variável com critérios de resultados, de caráter complementar à remuneração fixa, estabelecida pelo vínculo do trabalhador;

10) discussão permanente das temáticas aqui abordadas, no interior das câmaras técnicas de recursos humanos, com vistas à renovação das práticas de ensino.

Para superação dos obstáculos atuais e a busca do aprimoramento contínuo é de absoluto consenso uma procura de parceria entre a Educação e a Saúde para a sua atuação na produção de conhecimentos estratégicos para a gestão do Sistema de Saúde e, em especial, no desenvolvimento de profissionais aptos e motivados para conduzir a melhoria da atenção à Saúde da população.

A partir destas Diretrizes se concretiza um novo paradigma na prática de promoção e Educação em Saúde. Este paradigma confirma que a promoção e Educação em Saúde devem ser componentes fundamentais das políticas públicas e programas em todos os países, especificamente no Brasil, em busca da equidade e melhor Saúde para todos.

A promoção em Saúde deve ser:

Uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida condizentes à Saúde. Esta combinação refere-se à necessidade de mesclar os múltiplos determinantes da Saúde (fatores genéticos, ambiente, serviços de Saúde e estilo de vida), com múltiplas intervenções ou fontes de apoio. Apoio educacional refere-se à Educação em Saúde, tal como acima definida. Apoio ambiental refere-se a circunstâncias sociais, políticas, econômicas, organizacionais e reguladoras, relacionadas ao comportamento humano, assim como a todas as políticas de ação mais diretamente relacionadas à Saúde (CANDEIAS, 1997, p. 337).

Estas conferências restabelecem uma nova percepção de Saúde, trazendo à tona uma abordagem de promoção de Saúde diferenciada da abordagem preventiva.

A promoção da Saúde é a garantia de que a população seja mais saudável e habite um ambiente saudável. A promoção da Saúde deve garantir uma abordagem individual e coletiva junto à população, principalmente compreendendo o Município – cidade saudável, no sentido de situar o cidadão no seu local de moradia. Esse novo padrão de promoção de Saúde requer uma gestão comunitária municipal, a partir de sua situação sócio-econômica, política e cultural, na sua região e em seu Estado, articulando práticas públicas através de uma ação integrada entre o Estado e a Sociedade. Para isso acontecer, deve existir uma participação popular autêntica na definição de prioridades do novo fazer comunitário.

A promoção é um enfoque atual e profundamente coerente, privilegiando a Saúde como qualidade de vida em detrimento da enfermidade. Visando a uma mudança nas posturas e hábitos, na organização dos serviços de Saúde e ações de Saúde. Para alcançar estes objetivos, fazem-se necessários questões fundamentais no “fazer Saúde” que são: participação comunitária efetiva, solidária e, conseqüente, Educação e informação para a Saúde e para a consciência sanitária.

No Brasil, existem duas estratégias de reorganização da atenção básica em Saúde, que tentam inovar e pôr em prática estes princípios de Promoção da Saúde, que são: o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) que promovem uma mudança quantitativa e qualitativa, incentivando a comunidade a adotar hábitos saudáveis e humanizando o atendimento na Saúde.

O Programa de Saúde da Família, desenvolvido em Goiânia, desde 1994, objeto deste estudo, faz parte do conjunto dessas ações promovidas pelo Estado,

com a participação da comunidade, programa que será descrito e analisado com detalhes no capítulo que se segue.

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ESPAÇO DE PRÁTICAS EDUCATIVAS TRANSFORMADORAS

O Programa de Saúde da Família foi concebido pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em 1994, como um modelo de organização da atenção primária à saúde, baseado na estratégia de atenção primária à saúde, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade da atenção primária à saúde (MCS) em 1993.

O Programa surgiu para superar as dificuldades de acesso à atenção primária à saúde, existentes no modelo de assistência de saúde, baseado na atenção primária à saúde, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade da atenção primária à saúde (MCS) em 1993.

O Programa tem como objetivo a melhoria da atenção primária à saúde, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade da atenção primária à saúde (MCS) em 1993.

Constituiu-se, assim, o Programa de Saúde da Família como um modelo de organização da atenção primária à saúde, baseado na estratégia de atenção primária à saúde, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade da atenção primária à saúde (MCS) em 1993.

O Programa de Saúde da Família é um modelo de organização da atenção primária à saúde, baseado na estratégia de atenção primária à saúde, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade da atenção primária à saúde (MCS) em 1993.

O Programa de Saúde da Família é um modelo de organização da atenção primária à saúde, baseado na estratégia de atenção primária à saúde, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade da atenção primária à saúde (MCS) em 1993.

O Programa de Saúde da Família é um modelo de organização da atenção primária à saúde, baseado na estratégia de atenção primária à saúde, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade da atenção primária à saúde (MCS) em 1993.

CAPÍTULO IV

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ESPAÇO DE PRÁTICAS EDUCATIVAS TRANSFORMADORAS

O Programa de Saúde da Família foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, como já registrado na introdução deste trabalho. Algumas experiências antecederam 1994, como as dos municípios de Niterói (RJ), em 1991 e Itacarambi (MG), em 1993.

O Programa surge para superar “deficiências” que, segundo o Ministério da Saúde, existiam no modelo de assistência à saúde como: ineficiência do setor; insatisfação da população, desqualificação profissional. (2000, p. 2).

O mesmo documento avaliava que a assistência à Saúde, marcadamente curativa, era realizada por meio de um serviço de natureza hospitalar, focalizado nos atendimentos médicos e baseado numa visão biologistista do processo Saúde-doença.

Constatados esses fatos, o Ministério da Saúde definiu como objetivo para o Programa de Saúde da Família a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência orientada para a cura de doenças no hospital. Para o Programa a atenção devem estar centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social. Desse modo, as Equipes de Saúde da Família deveriam ter uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

O alcance desse objetivo condicionava-se às orientações gerais para atuação das Unidades de Saúde, assim traçadas:

Caráter substitutivo: não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à Saúde.

Integridade e hierarquização: a Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral

aos indivíduos e familiares e seja assegurada a referência e contrareferência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerida maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica.

Territorialização e adstrição da clientela: a Unidade de Saúde trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adstrita a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4.500 pessoas.

Equipe multiprofissional: a Equipe de Saúde da Família é composta minimamente por um Médico Generalista ou Médico de Família, um Enfermeiro, um Auxiliar de Enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe, numa proporção média de um agente para 550 pessoas acompanhadas (MS, 2000, p. 2). As funções são distribuídas entre visitas domiciliares, ações programáticas e atendimentos no consultório pelo Médico e Enfermeira.

O Programa de Saúde da Família delimita a área de atuação de uma determinada equipe, o *locus* operacional. A Equipe se inscreve para uma determinada população do território (de 600 a 1.000 famílias), fundamentando-se nos princípios de constituição de referências do usuário para com os profissionais que deverão se responsabilizar pelo cuidado de sua clientela.

O Programa de Saúde da Família é uma estratégia de mudança no atendimento da população. A intervenção de profissionais de Saúde deve conhecer os problemas locais, incentivar a organização da comunidade em busca de recuperação da cidadania, a mudança de hábitos, ampliar o conhecimento para gerar melhoria da qualidade de vida da população. Os novos serviços criam condições de uma maior aproximação entre a ação médica e a dinâmica familiar e comunitária de convivência e enfrentamento com os problemas de Saúde no meio popular.

Na região Noroeste de Goiânia, objeto deste estudo o Programa de Saúde da Família foi implementado em outubro de 1994, na gestão municipal do prof. Nion Albernaz, com 7 equipes no Bairro Vitória, dando seqüência à implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), feita um ano antes.



As equipes foram para o bairro com a função de realizar um atendimento domiciliar, cadastrando as famílias que já faziam parte do PACS. De início, os profissionais não tinham base de apoio, andavam todo o tempo nas ruas, executando esse trabalho durante 6 meses. Sob a pressão dos profissionais, as autoridades que definiram o Programa foram alugar “casas”. Nesses locais não havia solução dos problemas de Saúde, tampouco atendimento para a população, limitando-se os profissionais de Saúde à prática de triagem e encaminhamento dos problemas para os Centros de Saúde.

Formaram-se 69 equipes, alocadas em 12 casas; abrigando o Núcleo de Apoio Comunitário (NAC), o Centro de Assistência Integrado à Criança (CAIC), a Associação de Moradores, os Centros de Saúde (Cais), totalizando 23 locais para o atendimento da população. O PSF se tornou “um inquilino” dos Centros de Saúde (Cais), dividindo o espaço: de um lado o Centro de Saúde atuava atendendo a demanda e os programas, e de outro o PSF com suas famílias.

Com a mudança dos gestores das políticas municipais, em março de 2001 foi constituído um colegiado para coordenar o PSF, que inicialmente deu continuidade ao trabalho, fazendo o levantamento dos problemas verificados durante a implantação do PSF. Em maio de 2001, foi traçado o primeiro plano de ação para que o PSF se concretizasse.

Uma das primeiras ações foi sensibilizar o Conselho Municipal de Saúde, a Secretaria de Saúde / Rede Básica, os gestores dos distritos, unidades e as próprias equipes de PSF, tornando-se um desafio. Para tanto, foram organizados seminários, encontros, reuniões para disseminar a idéia e a filosofia do Programa. O remapeamento das áreas aconteceu em conjunto com o lançamento do Cartão Nacional de Saúde que tem como função o Recenseamento da Saúde. Com isso cada cidadão tem um Cadastro – Cartão SUS.

Nesta ocasião, foram feitos os levantamentos das áreas descobertas e a seguir deu-se início ao processo seletivo dos Agentes Comunitários de Saúde.

A proposta de reorganização do PSF de Goiânia (gestão municipal do prof. Pedro Wilson Guimarães) foi desenvolvida através de atividades que estimularam a participação e o envolvimento de toda a Secretaria de Saúde para contribuir com a Promoção de Saúde, a resolução dos problemas encontrados no dia-a-dia, a humanização do atendimento e a melhoria da qualidade de vida da população. O colegiado constituído no início da gestão se propôs continuar ações ambulatoriais e

desenvolva a filosofia do Programa de Saúde da Família como uma proposta de mudança, capaz de substituir a rede de atenção primária de forma eficaz.

O Programa de Saúde da Família, conta hoje com 101 Equipes de Saúde da Família e ainda 67 Equipes do PACS. Está implementado nas seguintes regiões: na Região Sul oito Equipes do PSF e do PACS atendem cinco mil quatrocentas e oitenta e uma famílias; na Região Norte com dezesseis Equipes do PSF e do PACS que atendem dez mil cento e quatorze famílias; na Região Leste com doze Equipes do PSF e do PACS que atendem dez mil e cento e dez famílias; na Região Oeste com doze Equipes do PSF e do PACS que atendem oito mil duzentas e trinta famílias; na Região Sudoeste com onze equipes.

A Região Noroeste com quarenta e duas Equipes do PSF e do PACS que atendem trinta mil setecentas e vinte duas famílias localizadas nas seguintes unidades: Bairro da Vitória, Vila Mutirão, Jardim Novo Planalto, Jardim Liberdade, Jardim Primavera, Jardim Curitiba, Finsocial, Morada do Sol, Oeste. Nesta Região, universo desta pesquisa os 42 questionários que foram aplicados nas quarenta e duas Equipes de Saúde da Família e nas quarenta e duas Equipes de Agentes Comunitários de Saúde existentes na Região e foram analisados os dados obtidos sob quatro categorias: a) Comunicação dialógica como prática educativa e humanitária; b) práticas educativas transformadoras na promoção de Saúde; c) espaços de interação e Equacionamento dos conflitos; d) redes de Solidariedade no Programa de Saúde da Família.

A seguir passaremos à análise dos dados da realidade, a luz do referencial teórico constante deste trabalho e da categorização de corrente do tratamento e sistematização dos dados empíricos.

4.1 Comunicação Dialógica como Prática Educativa Humanitária

Essa categoria reúne as informações que permitiram a análise da compreensão do diálogo entre as Equipes de Saúde e os Agentes Comunitários do Programa de Saúde da Família e destes com a comunidade.

O diálogo é entendido aqui como instrumento fundamental e prioritário para a apreensão da realidade, em uma relação dialógica com a comunidade, na tentativa de resolver problemas individuais e coletivos de Saúde e de intervir sobre os mecanismos de produção de doenças.



O diálogo se estabelece logo que a relação dialógica se efetiva. Essa ocorre na medida em que os envolvidos se fazem sujeitos do seu processo de comunicação, superando o intelectualismo alienante e o autoritarismo. Essa superação conduz à outra superação, a da “falsa consciência do mundo” (Freire, 1983, p. 86).

A comunicação dialógica tem como fundamento a interlocução, a atitude de escuta, diferenciando-se do monólogo ou solilóquio que é uma fala introspectiva de quem se dirige a si mesmo. A comunicação dialógica, como intercâmbio oral e afetivo, requer, de acordo com Reyzábal (1999):

- a) uma presença ativa bipolar, por conseguinte, uma suficiente igualdade entre ambos interlocutores;
- b) uma alternância nas réplicas e, por conseguinte, um movimento circular e bidirecional;
- c) um intercâmbio de informação realizado apenas em parte ou não realizado absolutamente;
- d) uma forma lingüística específica que privilegia determinadas estruturas sintáticas;
- e) uma concatenação sintático-contextual das respostas, pela qual o discurso apresenta uma coesão e coerência interna (p. 130).

Na comunicação dialógica deve existir necessariamente uma ação pedagógica alicerçada em processos de aprender a pensar e aprender a falar. Estes dois processos implicam uma ação interpessoal, existindo uma atitude dos sujeitos que estimule a comunicação e a organização do pensamento. Essa requer a formulação de perguntas com precisão e respostas coerentes.

Esta ação interpessoal deve garantir conhecimentos básicos e facilitar o aprender a pensar e o aprender a falar, de forma criativa e crítica.

A comunicação dialógica:

(...) é um intercâmbio verbal entre duas pessoas e nosso objetivo didático consiste em trabalhá-lo como tipo de discurso e como técnica para um melhor desenvolvimento da aptidão comunicativa ... De modo que, ao longo do diálogo, sejam expostos fatos ou opiniões, busque-se a compreensão e sejam evitados os mal-entendidos, questione-se para obter as mais diferentes informações, e que sejam expostas as dificuldades de cada um para compreender a argumentação do outro (REYZÁBAL, 1999, p. 131).

No Programa de Saúde da Família existe o objetivo de estabelecer uma comunicação dialógica com a comunidade, na medida em que ele se propõe a ser

uma estratégia resolutiva. Para tanto, o Ministério da Saúde (2000) sugere que os profissionais sejam:

(...) capazes de assistir aos problemas de saúde mais comuns e de manejar novos saberes que através dos processos educativos promovam a saúde e previnam doenças em geral ... há uma série de atividades individuais e coletivas que precisam ser promovidas e fomentadas pelas Equipes de Saúde da Família em conjunto com a comunidade (p. 2).

Para alcançar estes objetivos as Equipes de Saúde devem ter a preocupação de formular informações precisas e coerentes para que sejam compreendidas pela comunidade, como já se explicitou anteriormente.

As Equipes de Saúde do Programa de Saúde da Família reconhecem no Agente Comunitário em Saúde o sujeito facilitador do diálogo, pelo fato de ele assumir o papel de mediador entre o saber popular e o saber elaborado dos médicos, enfermeiros e outros profissionais das Equipes de Saúde.

O Programa de Saúde da Família enfrenta como explicita Martinelli (1998): “o desejo de trabalhar as diferenças na realidade social e no âmbito do conhecimento e de com elas conviver” (p.137).

Sabemos que com a verbalização se alcança a percepção e se analisa uma situação. É por intermédio da linguagem que se constrói o pensamento e é através de sua verbalização que estabelecemos o diálogo, e é neste diálogo que a comunidade pode se voltar para si e procurar soluções para suas situações de vida. No entanto, é do conhecimento das Equipes de Saúde que nesta relação dialógica “que estamos enfrentando algumas dimensões de um poder instituído, que também permeia o universo acadêmico, e que viver essa experiência é viver um árduo aprendizado, que exige tolerância, respeito e flexibilidade” (MARTINELLI, 1998, p. 137).

O Agente Comunitário de Saúde precisa ter a habilidade de estabelecer um diálogo conforme o entendimento de Freire (1983) sobre o diálogo:

(...) é este encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo; não se esgotando, portanto, na relação eu-tu. Esta é a razão pela qual não é possível o diálogo entre os que querem a pronúncia do mundo e os que não a querem; entre os que negam aos demais o direito de dizer a palavra e os que se acham negados deste direito (...) É um ato de criação ... a conquista implícita no

diálogo, é a do mundo pelos sujeitos dialógicos, não a de um pelo outro. Conquista do mundo para a libertação dos homens (p. 93).

Quando ocorre a comunicação dialógica se realiza uma interação verbal que se manifesta pelo: “encontro de homens que pronunciam o mundo, não deve ser doação do pronunciar de uns a outros” (Freire, 1983, p. 93).

O Agente Comunitário de Saúde deve ter clareza de que a interação dialógica não deve significar a cooptação do outro e, sim, a inter-relação de sujeitos, interdialogando para a mudança de suas histórias e da história.

Para construção desta inter-relação dialógica, deve-se criar um elo de confiança entre a comunidade, os Agentes Comunitários de Saúde e a Equipe de Saúde do Programa. Esta relação de confiança leva muitas vezes às explicações que dizem respeito aos problemas particulares ou problemas específicos de determinados grupos sociais.

A relação de confiança é relatada pelos Agentes Comunitários de Saúde e pelas Equipes de Saúde das mais diferentes formas, por exemplo:

1º) “... no início encontramos dificuldades e fomos até vistos como ‘invasores’, hoje a comunidade se acostumou ..” Informações dos questionários (ACS, nº 13, 2001).

2º) “a população nos acolhe como amigo e conselheiro ...” (ACS, nº 36, 2001).

3º) “as pessoas gostam de dialogar, conversar, receber orientação e partilhar seus problemas...” (ACS, nº 1, 2001).

Essa partilha de problemas e busca de soluções orienta o estabelecimento do verdadeiro diálogo entre os sujeitos. Segundo Freire (1983), o verdadeiro diálogo leva a:

(...) um pensar verdadeiro. Pensar crítico. Pensar que, não aceitando a dicotomia mundo-homens, reconhece entre eles uma inquebrantável solidariedade. Este é um pensar crítico que percebe a realidade como processo que a capta em constante devenir e não como algo estático. Não dicotomiza a si mesmo na ação. Banha-se permanentemente de temporalidade cujos riscos não teme (p. 97).

No entanto, também existem reações de tensão no contato entre Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde e a comunidade comprometendo o diálogo verdadeiro e o pensar verdadeiro. Isto acontece, principalmente, entre os

Agentes Comunitários de Saúde e a comunidade. Eles afirmam que: "(...) por conhecerem sua realidade e serem amigos não se sentem à vontade para questionar hábitos ou atitudes erradas, com medo de ofender as pessoas e criam inimizades". Informação Questionário (ACS, nº 28, 2001).

Quando acontecem estas situações conflitivas significa que está presente o medo pela perda da liberdade que "durante todo esse processo traumático, sua tendência é, naturalmente, racionalizar o medo, com uma série de evasivas" (Freire, 1983, p. 183).

Esse medo é natural porque a comunidade está submetida "ao condicionamento de uma cultura do êxito e do sucesso pessoal, reconhecer-se numa situação objetiva desfavorável, para uma consciência alienada, é frear a própria possibilidade do êxito" (FREIRE, 1983, p. 184).

Do mesmo modo, considerando a existência destas situações tensionadas, os Agentes Comunitários de Saúde são fundamentais para estabelecer uma comunicação dialógica, pois, segundo eles: "Por pertencerem à comunidade com laços de amizade-confiança, se torna melhor e mais fácil esta finalidade ... Dentro das condições oferecidas pela comunidade, este diálogo acontece e alguns, com até bons resultados ... para intervir nos hábitos da comunidade..." Questionário (ACS, nº 7, 2001). Dessa maneira vai se efetivando a relação dialógica a partir do estabelecimento das relações de confiança, de contribuições e trocas. Essas relações possibilitam a construção simultânea de um novo saber, tanto pela comunidade quanto pelos Profissionais de Saúde.

No que se refere às Equipes de Saúde que, de modo geral, ministram palestras informativas na comunidade, é necessário não só amizade e a relação de confiança, mas também conhecimentos específicos, capacidade de abordagem adequada do assunto, experiência, maturidade e bom senso.

Uma reflexão sobre as informações obtidas nesta pesquisa direciona para o entendimento de que a Educação em Saúde ou Educação da População necessitada de ensinamentos sobre Saúde exige a prática da comunicação dialógica, para que se eliminem a dominação entre os sujeitos ou a possível auto-suficiência de um só sujeito.

A relação se manifesta pela compreensão entre sujeitos, portanto, no espaço do "nós". Nesse encontro, não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos. Existem, sim, homens que em comunhão buscam saber mais e seus saberes se complementam.

Ressalta Freire (1983) que não há diálogo:

se não houver uma intensa fé nos homens. Fé no seu poder de fazer e de refazer. De criar e recriar. Por isso, existe antes mesmo de que ele se instale. O homem dialógico tem fé nos homens antes de encontrar-se frente a frente com eles. Esta, contudo, não é uma fé ingênua. O homem dialógico, que é crítico, sabe que se o poder de fazer, de criar, de transformar é um poder dos homens... (p. 95-96).

Para o autor, a comunicação dialógica ganha significação na medida em que o homem se constrói crítico, criador e transformador.

O diálogo definido por Freire (1983) "é o encontro dos homens para ser mais não se pode fazer na desesperança. Se os sujeitos do diálogo nada esperam do seu fazer já não pode haver diálogo. O seu encontro é vazio e estéril" (p. 95-96).

Tais manifestações de críticas, criações e transformações são fundamentais no trabalho das Equipes do Programa de Saúde da Família. Eles foram constatados nos questionários (ES, nº 7, 2001), por exemplo, "as pessoas ficam receosas, de princípio depois mais à vontade ... criam-se vínculos de amizade e confiança é na troca de afeto e amizade, se torna melhor e mais fácil o diálogo. Esse, não resta dúvida, é a grande finalidade, quando o diálogo se manifesta construtivo, realizador e transformador".

Na comunicação dialógica que está alicerçada na interação, deve-se estabelecer um diálogo que produza identidade entre as Equipes de Saúde e a comunidade, para gerar um pensar e um fazer crítico. Devemos considerar que quando as Equipes de Saúde e os Agentes Comunitários de Saúde constatarem as comunidades, eles trazem consigo uma percepção dessa realidade, a partir de uma identidade atribuída, tendo um caráter sócio-político e histórico restrito.

Esta identidade atribuída é externa ao grupo e é estruturada por grupos que não possuem a apreensão total das realidades das comunidades. Neste nível de interação:

não tem possibilidade objetiva da transformação do real que buscamos. Até por ser atribuída, a identidade dessas práticas são restritas, não cobrem a totalidade das demandas, carências e necessidades que se instauram no processo social com o qual trabalhamos (LUKÁCKS, 1974, p. 63).

Para construir uma prática social nas comunidades, principalmente quando se parte das expectativas de Saúde da população, deve se atingir um ponto de

superação da identidade atribuída das comunidades em relação às Equipes de Saúde e os Agentes de Saúde e vice-versa, para alcançar práticas educativas coerentes com a realidade e para conquista de qualidade de vida das populações.

A nova identidade que rompe o circuito da identidade atribuída se constrói na valorização dos questionamentos, explicações, interesses e propostas da população sobre sua condição de vida e a participação e a capacidade das equipes de saúde.

Assim, é explicitado nos questionários (ES, nº 22 e 34, 2001) que “os Agentes Comunitários de Saúde devem dominar orientações e informações individuais e coletivas ... quando os Agentes Comunitários de Saúde não têm formação em saúde, às vezes deixam dúvidas a serem esclarecidas”.

Podemos perceber que é notável a ocorrência das expectativas da população em relação às Equipes de Saúde especificamente aos “doutores”, portanto, existe uma identidade atribuída e não real. Nesse caso, para que não se efetive a dominação é necessário que as equipes rompam esta identidade dos “doutores”.

A comunicação dialógica é a estratégia mais adequada para que as Equipes de Saúde possam desenvolver, na comunidade, práticas educativas problematizadoras e criativas.

Para imprimir a perspectiva problematizadora e criativa nas práticas educativas, deve existir a ação profissional que visualize as dificuldades da população. Os Agentes Comunitários de Saúde assim se manifestam sobre essa questão: “(...) a população não compreende o que é saúde preventiva, dizem que não tem condições de vida nem possibilidade de melhoria para obter direitos de cidadania” Questionário (ACS, nº 35, 2001).

É possível concluir a partir dessa constatação que se deve construir uma nova identidade no Programa de Saúde da Família, a qual supere a opressão as limitações das condições de vida da população atendida.

A construção da comunidade dialógica, a construção de uma nova identidade e a certeza de novas perspectivas se sedimentam no fato de que um “nós” significa a recomposição do agir coletivo, novas formas de solidariedade e a identidade coletiva.

O “nós” é capacidade dos atores, Equipes e Agentes Comunitários de Saúde e a comunidade produzirem uma ação coletiva, por que os indivíduos envolvidos na

situação “reconhecem e avaliam aquilo que os agrupa, que os faz agir juntos” (Vianna, 1999, p. 16).

A identidade coletiva, como afirma Vianna (1999),

não se apresenta como uma decorrência direta da identidade individual ou como somatório de suas partes. O que muda nos conceitos de identidade individual e identidade coletiva é o sistema de relações ao qual os atores se referem e em relação ao qual tomam referimentos (p. 52).

A construção de identidade coletiva passa pelo impasse da construção da identidade individual na sociedade moderna, e principalmente, do agir coletivo.

Por identidade coletiva deve-se entender:

O processo no qual os atores produzem quadros cognitivos (sobre os fins, os meios e o ambiente de ação) comuns de compreensão da realidade na qual atuam e que lhes permitem calcular os custos e benefícios da ação com base nas negociações estabelecidas nas ‘relações entre os atores’ e no ‘reconhecimento emocional’. São dois tipos de motivação para a ação: as relações para a finalidade do grupo e as relações interpessoais, de convívio (VIANNA, 1999, p. 58-59).

A educação popular deve estar impregnada deste agir coletivo e da identidade coletiva, não só da população, mas sobretudo dos profissionais de saúde.

Esta pesquisa detectou que “pelo fato de os agentes de saúde pertencerem comunidade, viverem os mesmos problemas e dificuldades, existe identidade” Questionário (ACS, nº 7, 2001).

Esta identificação de significados não deve comprometer o espírito crítico, pois é necessário perceber e enfrentar as contradições, as práticas do cotidiano que vive a população. A identificação deve produzir questionamentos que transformem esta realidade, que os leve à capacidade de compreender os múltiplos significados dos problemas e suas nuances e ao entendimento coletivo das dificuldades para alcançar melhores condições de saúde e de vida.

O Programa de Saúde da Família deve apreender e propor-se um novo projeto de reordenamento da vida e das doenças com o surgimento de trocas verdadeiras que levam a propostas viabilizadoras de saúde. Esse projeto de reordenamento deve enfatizar as relações sócio-culturais e padrões sócio-psíquicos dos diferentes grupos e de suas expectativas e dos sujeitos individualmente para a

construção de um Projeto de Saúde que combata ou erradique não só as doenças, mas, sim, e principalmente, as desigualdades sociais.

Como foi constatado nas informações das Equipes e Agentes Comunitários do Programa de Saúde da Família, quando não existe relação – comunicação dialógica e falta construir identidade coletiva, as pessoas têm dificuldades para falar, por exemplo, sobre as condições de higiene ou uso individual de drogas “em relação da higiene pessoal (a maioria não gosta e fica com raiva) ... principalmente com indivíduos de sexo masculino, de seus problemas sócio-econômicos, de seus problemas com a dependência química lícitas e ilícita ... e os indivíduos que cometem violência familiar” Questionário (ACS, nº 22, 2001).

Observamos que as Equipes de Saúde e os Agentes Comunitários de Saúde não conseguem a confiança da comunidade quando precisam abordar questões que estão no âmbito da identidade individual (do eu, do indivíduo e da experiência individual). É preciso desenvolver um processo de confiança e de fé no outro em uma constante superação das situações-limite.

Para Freire (1983) essas situações-limites são “o contorno infranqueável onde terminam as possibilidades, mas a margem real onde começam todas as possibilidades”; não são “a fronteira entre o ser e o nada, mas a fronteira entre o ser e o ser mais” (p. 106).

O desafio para superar é o agir, isto é, a intervenção na realidade concreta, lugar onde se dão estas situações-limites.

No processo de superação destas “situações-limites”, que provocam “atos-limites” dos homens. Esse processo permite aos homens a tomada de consciência de si e do mundo, “em relação de enfrentamento com sua realidade em que, historicamente, se dão as ‘situações-limites’” (p. 107).

Portanto, é na leitura e no agir na realidade para transformar as “situações-limites” que se faz o fazer histórico e a reorientação das práticas educativas.

Constata-se nas colocações das Equipes e dos Agentes Comunitários de Saúde “situações-limites” como, por exemplo, a própria percepção de alguns membros da comunidade “que não têm as mínimas condições de sobrevivência/vida nem possibilidade de melhoria a curto prazo” Questionário (ACS, nº 12, 2001). A sobrevivência nas populações mais pauperizadas é uma luta diária extremamente sofrida e desgastante para os excluídos.

Para o Programa de Saúde da Família é ponto de referência o paradigma da

sensibilidade solidária,. Não só na solidariedade que nasce do reconhecimento da interdependência dos indivíduos, mas, na solidariedade que valoriza a sensibilidade solidária.

Nesse aspecto, concordamos com Assmann (2000) que mostra a solidariedade como ato ético-subjetivo radical. Esse ato só acontece quando:

(...) entram em jogo os 'sentidos', como a percepção empática do sofrimento e angústia do/as outros/as ... Quando somos capazes de nos permitir esta abertura ao/à outro/a, quando somos capazes dessa solidariedade solidária, podemos ouvir e conhecer histórias de vidas das pessoas que rompem com os nossos esquematismos preconcebidos ... como capazes de tentar entender as experiências vividas destas pessoas a partir do mundo e história delas ... Aprendemos que a vida das pessoas não pode ser interpretada a partir de fora Descobrimos que para conhecer a realidade complexa das vidas humanas e sociais o caminho não é a proposta cartesiana de 'idéias claras e distintas', mas a aproximação respeitosa e dialógica (p. 98-99).

Nesta perspectiva, a maioria das Equipes e Agentes Comunitários da Saúde do Programa de Saúde da Família aventura-se a assumir esta postura, como se pode notar em suas declarações: "(...) porque oferece oportunidades de corrigir nossos defeitos ... propicia segurança individual ... porque em toda relação existe uma troca e um ganho novo para ambas as partes ... porque aprendemos a cada dia conosco mesmo ou com os outros ..." Questionário (ACS, nº 28, 2001).

A opção pela sensibilidade solidária confirma a reorientação e releitura das práticas educativas e do cotidiano, nas Equipes e nos Agentes Comunitários de Saúde. Trata-se da pedagogia transformadora proposta por Paulo Freire (1983):

A educação libertadora, problematizadora coloca, desde logo, a exigência da superação da contradição educador-educandos. Sem esta, não é possível a relação dialógica, indispensável à cognoscibilidade dos sujeitos cognoscentes, em torno do mesmo objeto cognoscível (p. 78).

Tal afirmação elucida a superação da verticalidade dos argumentos e das propostas, transformando-se em diálogo horizontal. Desta maneira, como afirma Freire (1983), "o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa" (p. 78).

A educação mútua manifesta no diálogo que educa a todos simultaneamente, são princípios e práticas das Equipes e Agentes Comunitários de Saúde do Programa, assim expressos: "...1º) porque aprendemos a cada dia conosco mesmo ou com os outros ... 2º) porque o conhecimento não está acabado, a gente constrói sempre dando e recebendo... 3º) porque nos atualizamos diante das perguntas emergentes... 4º) por estarmos em constante aprendizado... 5º) porque ocorre uma troca recíproca de experiência entre educador e educando... 6º) porque o educar o educando acaba transmitindo ao educador conhecimentos herdados de que às vezes são extremamente úteis... 7º) pois se torna uma troca de conhecimentos e costumes ... 8º) Temos muito que aprender com o que estamos educando... 9º) porque a educação é recíproca em todos os níveis... 10º) você muito ensina quanto aprende com a comunidade... 11º) a educação é uma troca, pois quando se ensina o que se sabe também se está aprendendo com a comunidade, sua forma de viver e lidar com seus problemas" Questionários (ACS, nº 21, 36, 27, 18 e ES, nº 5, 22, 9, 20, 14, 7, 2001).

As atividades desenvolvidas pelas Equipes de Saúde e os Agentes Comunitários de Saúde devem criar condições para vivenciar experiências de aprendizagens, que não se limitem aos "saberes formalizados", uma vez que concordamos com Assmann (2000) que:

Para que surjam e se desenvolvam experiências de aprendizagem, os aprendentes devem ser atingidos por um envolvimento ... Requer-se uma transação comunicativa de envolvimento pessoais no processo de aprendizagem enquanto sinônimo de processos de vida possível e felicidade possível (p. 286).

É notável nas afirmações das Equipes e os Agentes Comunitários de Saúde esta preocupação: "... 1º) para educar temos que estudar ... 2º) conhecer aquilo que propomos ensinar... 3º) aumentar o nosso conhecimento e receber em troca, pelo diálogo, também alguma coisa nova, interligando os envolvidos... 4º) Cada vez que estamos transmitindo algo para a comunidade estamos aprendendo cada vez mais com ela... 5º) porque é uma troca de conhecimentos e experiências diferentes é com a convivência que se aprende, é a troca de informação mútua... 6º) Quanto mais se ensina, mais se aprende ... pois não devemos ignorar os conhecimentos, crenças, costumes, experiências da comunidade ... 7º) O diálogo é a base de um bom trabalho e a cada dia temos algo a aprender com o outro" Questionários (ES, nº 8, 13, 29, 35, 2001).

Destaca-se que as Equipes de Saúde e os Agentes Comunitários de Saúde

do Programa de Saúde da Família admitem que a troca e o diálogo são atitudes educativas fundamentais para uma educação transformadora. Essa aceitação requer despir-se do autoritarismo e das relações de poder hegemônicas, tão freqüentes em uma relação em que alguns dominam o saber e outros precisam ter acesso a ele.

Não se desconhece este poder, principalmente porque “os doutores” (médicos da Equipe) possuem o saber erudito que deve ser compreendido pela comunidade com a mediação dos Agentes Comunitários de Saúde. A sociedade e a população atribuem aos profissionais da Saúde esse poder, que pode ser mascarado; até por omissão como assinala Vasconcelos (1997):

Este poder é algo que existe independentemente do profissional desprezá-lo ou não e utilizá-lo ou não. Existem profissionais que, por uma aversão ao poder que oprime na sociedade, não querem pensar nos seus próprios poderes. Tentam comportar-se como se fossem moradores comuns (p. 75).

Desconhecer esta situação de poder é diminuir as possibilidades da relação dialógica e desconhecer as responsabilidades que advêm da formação científica e cultural dos profissionais de saúde.

As Equipes e os Agentes Comunitários de Saúde devem reconhecer que a população tem uma formação sócio-cultural diferente da sua. Nesse encontro de saberes, em que ambas culturas são consideradas, garantindo-se a troca e o debate para a superação das situações-limites do cotidiano e principalmente dos problemas de Saúde que surgem nas comunidades, como desafios que reclamam uma intervenção transformadora.

Em síntese, os atores do Programa de Saúde da Família devem estar atentos para construir modos de intervenção na realidade, valorizando o diálogo, enfatizando o saber popular e criando situações para a comunidade apropriar-se do saber erudito-científico, sem violentar a cultura local.

Tais ações podem ser explicadas por Ropé (1997) como sendo uma competência entendida como uma “construção social”. Nessa construção são considerados os processos locais no decorrer dos quais os atores valorizam suas próprias competências. Ropé (1997) anuncia que essa competência rompe com os determinismos macroscópicos e atribui aos atores sociais um papel fundamental na organização social, porque:



(...) os agentes sociais contribuem, por meio de sua atividade, para produzir ou transformar estruturas sociais; mas não as constroem interiormente, essa atividade é, ela também, estruturada. Uma coisa é apostar na competência dos atores, testar a eficácia de suas representações; outra é atribuir a eles a chave da explicação (p. 140).

Para alcançar as competências sociais no Programa da Saúde da Família deve existir uma postura horizontal (colocar-se lado a lado) entre as Equipes e os Agentes Comunitários de Saúde e a população atendida, não resta dúvida, que redirecionará as práticas educativas em Saúde.

Freire (1983) admite a possibilidade de redirecionamento das práticas a medida que vão se:

incentivando formas coletivas de aprendizado estruturando estratégias para o enfrentamento das situações-limites, com ações criativas e diferenciadas de acordo com o contexto histórico-econômico e social de cada comunidade (p.96).

Ao serem estabelecidas as relações dialógicas (lado a lado) entre as Equipes e os Agentes Comunitários de Saúde e entre esses e a comunidade dá-se importância à aprendizagem social, que, de acordo com Assmann (2000):

Depende da conexão com redes horizontalmente estruturadas de intercâmbio de experiências de aprendizagem e conhecimentos, adquirindo competência social que precisa ter um enraizamento em contextos locais concretos. A inteligência social é fundamentalmente inteligência localizada (p. 223-224).

Dessa maneira, a comunicação dialógica como prática educativa humanitária deve ser democrática pela construção de espaços coletivos, onde seja estimulada a participação da comunidade como um todo, e da construção de uma subjetividade que expresse desejos e anseios de toda a população, principalmente daqueles que se preocupam com a conquista da Saúde.

4.2. Práticas Educativas transformadoras na Promoção em Saúde.

A categoria Práticas Educativas transformadoras na Promoção em Saúde tem como objetivo o agrupamento de informações para proceder a análise sobre o trabalho educativo desenvolvido pelas Equipes de Saúde e dos Agentes

Comunitários do Programa de Saúde da Família com a comunidade envolvida neste processo.

O Ministério da Saúde (2000) propôs a educação permanente como uma de suas diretrizes norteadoras para o Programa de Saúde da Família. Esse tipo de educação é compreendida como:

um processo que deve ser realizado, preferencialmente em serviço de forma supervisionada, contínua e eficaz, de modo que possa atender efetivamente às necessidades e responder de forma dinâmica aos problemas. A educação permanente é um importante mecanismo no desenvolvimento da própria concepção de equipe e de vinculação dos profissionais com a população, além de possibilitar o aperfeiçoamento profissional que caracteriza e fundamenta todo o trabalho do Programa de Saúde da Família (p. 35).

Da mesma forma, o planejamento das ações de Saúde, tanto curativas como preventivas viabilizadas pela Equipes de Saúde do Programa de Saúde da Família e comunidade devem responder ao princípio de participação ampliada, considerando as prioridades e as peculiaridades locais e regionais.

O Ministério da Saúde prevê para o Programa de Saúde da Família um grande potencial educativo. Ao ser implantado o Programa deve

traduzir-se em resultados incomensuráveis para a promoção de uma vida saudável, através do trabalho educativo como importante componente de atenção à saúde (...) este pressupõe trocas de experiências e um profundo respeito às vivências e à cultura de cada um (2000, p. 35).

Para garantir este potencial na operacionalização do Programa de Saúde da Família a comunicação dialógica como prática humanitária e o diálogo como instrumento fundamental e prioritário são reconhecidos como estratégias para apreensão da realidade, na tentativa de resolver problemas individuais e coletivos de Saúde e de intervir nos mecanismos de produção de doenças.

A realidade é apreendida como uma realidade mediatizada que deve ser conhecida e transformada. Para Paulo Freire (1983) é na perspectiva pedagógica da realidade vivida que se definem os conteúdos programáticos das ações educativas. O autor afirma: "é na realidade mediatizadora, na consciência que dela tenhamos, educadores e povo, que iremos buscar o conteúdo programático da educação" (p. 102).

As equipes do Programa de Saúde da Família devem ser sensibilizadas para perceber a realidade mediatizada. Precisam ser educadas, e a educação é um processo que está no bojo da prática social desenvolvida na realidade social mediatizada, que não é estática nem imutável. Deve-se apreender a rede de relações sociais e de conflitos de interesses que constituem a sociedade, observando e captando os conflitos e contradições que lhe imprimem um dinamismo permanente, explorar as brechas e contradições que direcionam para saltos, rupturas e conseqüentemente mudanças. Esta é a apreensão que os educadores, especialmente as Equipes de Saúde devem alcançar das experiências e das situações vividas na realidade social mediatizada.

Os envolvidos com a educação permanente no Programa de Saúde da Família devem questionar de maneira constante a realidade, assumindo o direito e o dever de formular respostas que conduzam ao alcance da autonomia e da liberdade das populações mais necessitadas. "É a condição indispensável para que o descontentamento, o mal-estar e o sofrimento, sentido por cada oprimido possam transformar-se em ação coletiva e organizada de questionamento da realidade social" (BRANDÃO, 1981, p.33).

A apreensão da realidade é um processo educativo que significa construção, estruturação e enriquecimento a partir da ação de reflexão de uma prática social das populações atendidas pelo Programa de Saúde da Família vinculada principalmente aos interesses concretos de sua experiência cotidiana de vida e de trabalho. As práticas educativas transformadoras das Equipes de Saúde, no Programa de Saúde da Família deve apontar soluções para a realidade concreta vivida nas comunidades, estabelecendo nexos e relações na comunidade com as condições sociais e econômicas existentes, tentando alcançar as raízes e as causas estruturais da situação vivida.

Paulo Freire (1981) revela que:

um destes problemas com que primeiro nos confrontamos quando nos obrigamos a conhecer uma dada realidade, seja de uma área rural ou a de uma área urbana, enquanto nela atuamos ou para nela atuar, é saber em que consiste a realidade concreta. Para muitos de nós, a realidade concreta de uma certa área se reduz a um conjunto de dados materiais ou de fatos cuja existência ou não, de nosso ponto de vista, importa constatar (p. 34-35).

A importância da apreensão concreta da realidade deve estar impregnada da percepção da população envolvida. Existem na percepção da realidade concreta as dimensões da objetividade do objeto e a da subjetividade dos sujeitos que estão envolvidos nesta apreensão, que se integram para a produção de um novo conhecimento e de uma nova intervenção na realidade. A perspectiva libertadora tem como sujeitos cognoscentes, de um lado os “educadores” profissionais que no nosso estudo são as Equipes de Saúde do Programa de Saúde da Família; e de outro, a comunidade e como objeto a ser desvelado – a realidade concreta.

As práticas educativas transformadoras estão inseridas no desvelamento e intervenção na realidade concreta, em que os “educadores” se educam e estão se educando com os grupos populares, por intermédio da participação crítica destes grupos, estabelecendo com isto um permanente e dinâmico movimento.

Esta é a razão pela qual, (em coerência ainda com a finalidade libertadora da educação dialógica) não se trata de ter nos homens objeto de investigação, de que investigador é o sujeito. O que se pretende investigar, realmente, não são os homens, como se fossem peças anatômicas, mas seu pensamento – linguagem referida à realidade, os níveis de sua percepção desta realidade, a sua visão de mundo, em que se encontram envolvidos seus ‘temas geradores (FREIRE, 1983, p.103).

As práticas educativas transformadoras na pedagogia humanitária libertadora têm como objetivo fundamental lutar com o povo pela recuperação da humanidade roubada, e não conquistar o povo. Para alcançar este objetivo é necessário libertar-se com o povo, eliminando a noção de dominação que desenvolve atitudes alienantes em relação às comunidades nas quais se desenvolvem práticas educativas transformadoras.

Estas práticas educativas transformadoras devem estar alicerçadas no diálogo com as populações para chegar a conhecer objetivamente as situações vividas, assim como a conscientização que as comunidades percebem de sua realidade. A conscientização tem vários níveis de percepção: de si mesmo e do mundo em que estamos e como estamos. Estas avaliações das situações vividas concretas devem representar as aspirações da comunidade. A partir destas avaliações e reflexões podemos organizar uma “agenda social” que contenha os conteúdos programáticos e ações políticas imprescindíveis para superar estas

situações vividas. Devemos esclarecer e visualizar as necessidades sociais prioritárias da população. Estas necessidades sociais são essencialmente concretas e presentes, exigindo repostas não só no nível intelectual, mas no nível prático da ação.

Diante dessa reflexão, é possível entender que as ações educativas acontecem entre os indivíduos, respeitando seus saberes específicos, valores e cultura. É neste processo de formação que a relação de reciprocidade se fundamenta e se constitui. O educador humanista revolucionário, por desenvolver uma prática educativa transformadora, deve ter sua intervenção na realidade a ser transformada por meio da coletividade na qual ele está inserido como agente de transformação. Por ser e estar agente de transformação, este compromisso exige de quem educa uma clara noção do processo educativo de autoformação e de formação da população com a qual ele está em relação de reciprocidade, neste caso específico o Programa de Saúde da Família.

Ressaltamos a importância da dimensão educativa dos programas comunitários como prática social, seja em sentido de educação escolar ou não. Segundo Arroyo (2000):

os seres humanos não nascem prontos de acordo com um projeto da natureza ou de qualquer Deus ou arquiteto extra-humano, mas que se tornam humanos e eles próprios definem a tentativa de influir no seu desenvolvimento. A humanização como projeto, como *telos*, como pedagogia, é ponto de partida de toda ação pedagógica fora ou dentro da escola (p.144).

As práticas educativas humanizadoras se estabelecem no sentido de que a humanidade se faz a si mesma, em cada espaço físico, em cada tempo histórico, na perspectiva mais universalista de educação na formação humana. Essa perspectiva universal é definida por Arroyo (2000),

não apenas no sentido de para todos, mas de dar conta da universalidade, pluralidade, e omnilateralidade das dimensões humanas e humanizadoras a que todo indivíduo tem direito por ser e para ser humano. Esta universalidade da ação educativa é a concepção universal da Paidéia, do humanismo renascentista, da ilustração, do socialismo utópico e científico, dos movimentos sociais, trabalhistas, feministas, negros, pela igualdade e diversidade, da pedagogia do trabalho e da libertação, do trabalho como princípio educativo (p.155).

Esta noção de Paidéia como paradigma universal (de democracia e educação integral que os gregos antigos desenvolviam, relevando as críticas ao sistema de governo que eles impunham aos seus escravos) em todo e qualquer processo educativo veio imprimir uma nova atitude à Saúde. No documento Programa de Saúde da Família está intrínseca a atitude que justifica a saúde como um atributo das pessoas, dos sujeitos. Não há, portanto, como se falar de Saúde desconsiderando os sujeitos concretos, ainda quando a produção de saúde dependa do contexto em que os indivíduos estão inseridos.

O Programa de Saúde da Família aponta para a importância de entender o indivíduo subjetivado e não um indivíduo biologizado. Para isto propõe uma educação para a vida; no sentido de Paidéia, como formação integral do ser humano, cuidando da Saúde, da educação, das relações sociais, do ambiente. Paidéia, conforme Chauí (2002, p. 507) é:

Educação ou cultivo das crianças, instrução, cultura. O verbo *paideúo* significa: educar uma criança (*país-paidós* em grego), instruir formar, dar formação, da educação, ensinar os valores os ofícios, as técnicas, transmitir idéias e valores para formar o espírito e o caráter, formar para um gênero de vida. Da mesma família é a palavra *paidéia*, ação de educar, educação e cultura.

A concepção de Paidéia provoca e modifica o método de governar e de viver em sociedade. Essa concepção sob uma forma prática requer o exercício de democracia, com orçamento participativo, instalação de conselhos e outras formas colegiadas de administração. É dela que vem a indicação da formação integral do ser humano, assim como, a modificação de padrões dominantes de subjetividade, desencadeando, um potencial pedagógico-político-revolucionário. De qualquer maneira, esta concepção se contrapõe a uma concepção utilitarista que predomina na sociedade capitalista e atribui à educação a exclusiva preparação e aperfeiçoamento para a vida, compreendida como inserção no mercado de trabalho.

A Paidéia, nos processos educativos, veio provocar um dos mais significativos fenômenos da contemporaneidade, trata-se da ampliação do conceito de educação.

Brandão (1981) comenta sobre este conceito, de forma muito peculiar:

Ninguém escapa da educação. Em casa, na rua, na igreja ou na escola, de um modo ou de muitos, todos nos envolvemos pedaços

da vida com ela: para aprender, para ensinar, para aprender-e-ensinar. Para saber, para fazer, para ser ou para conviver, todos os dias misturamos a vida com a educação (p. 7).

A educação é parte integrante da vida humanizada, é culturalizada, é vivenciada na história. Ela possui intrinsecamente fundamentação sociológica, antropológica e histórica e, correspondentemente, uma teoria de aprendizagem.

A educação é um processo de construção da realidade que deve ser decifrada e reinventada a cada instante

Aquela que tem de ser forjada com ele e não para ele, enquanto homens ou povos, na luta de incessante de recuperação de sua humanidade. Pedagogia que faça da opressão e de suas causas objeto da reflexão dos oprimidos, de que resultará o seu engajamento necessário na luta por sua libertação, em que esta pedagogia se fará e refará (FREIRE, 1983, p.32).

Os espaços pedagógicos se alargam alcançando várias dimensões formais e não formais. A educação formal, escolarizada, quase sempre relacionada à educação domesticadora, nos tempos atuais tem enfrentado desafios novos, na medida em que o conhecimento se tornou um meio de produção e uma mercadoria cada vez mais estruturada e elaborada. A educação formal se constitui em direito universal inalienável dos cidadãos do mundo. No Brasil, de forma obrigatória, foi prevista na Lei 4.173/1998, art. 5º: "Universalizar o acesso ao ensino fundamental e garantir a permanência de todas as crianças de sete a quatorze anos na escola, estabelecendo programas específicos de colaboração entre a União, Estados e Municípios para a superação dos déficits educacionais mais graves, localizados em regiões específicas do país, em zonas rurais e periferias urbanas".

A educação não formal se caracteriza por ser a educação da prática social, dos movimentos sociais e da cidadania coletiva, tendo como seu objetivo:

a educação não formal tem sempre um caráter coletivo, passa por um processo de ação grupal, é vivida como práxis concreta de um grupo, ainda que o resultado do que se aprende seja absorvido individualmente (GOHN, 1999, p.104).

É na educação não formal que os movimentos sociais lutam para construir uma noção de coletividade, de cidadania coletiva, de sujeitos históricos. Sem

desconhecer que isto, também, deve acontecer na educação formal, espaço privilegiado para esta demanda social. De qualquer forma, os grupos sociais que lutam por direitos sociais tais como os direitos básicos: saúde, educação, moradia, ecologia, gênero e outros, eles se articulam em espaços diferenciados com a preocupação do aperfeiçoamento da cidadania compartilhada.

A partir destas reflexões podemos visualizar a potencialidade das práticas educativas transformadoras em Saúde, sendo este um movimento social pela vida, pela construção de um novo saber, por um novo fazer político, explicitado pelo fazer pedagógico em Saúde, na medida em que mulheres e homens, somos os únicos seres que, social e historicamente, nos tornamos capazes de aprender. Por isso como afirma Paulo Freire (1996),

somos os únicos em que aprender é uma aventura criadora, algo, por isso mesmo, muito mais rico do que meramente repetir a lição dada. Aprender para nos é construir, reconstruir, constatar para mudar, o que não se faz sem abertura ao risco e à aventura do espírito (...) toda prática educativa demanda a existência de sujeitos, um que, ensinando, aprende, outro que, aprendendo, ensina, daí o seu cunho gnosiológico; a existência de objetos, conteúdos a serem ensinados e a serem aprendidos; envolve o uso de métodos, de técnicas, de materiais; implica, em função de seu caráter diretivo, objetivos, sonhos, utopias, ideais. Daí a sua politicidade, qualidade que tem a prática educativa de ser política, de não poder ser neutra (p.77-78).

As práticas educativas transformadoras colocam o Programa de Saúde da Família como sendo essencialmente o programa que viabilizará:

procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos de vida. Prestando assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde através da educação sanitária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p.8).

Os Agentes Comunitários de saúde inseridos no cotidiano das famílias que participam no Programa de Saúde da Família desenvolvem ações educativas individuais tais como: "orientações para hipertensos, orientações para diabéticos, gestação, desenvolvimento e crescimento das crianças, doenças sexualmente transmissíveis, higiene pessoal, hanseníase, hábitos alimentares; ações educativas de grupo tais como: caminhada em grupo, orientações e palestras sobre verminoses, hepatites, planejamento familiar" Questionários (ACS,

nº 34 e 35, 2001).

As Equipes de Saúde desenvolvem estas atividades com mais abrangência: “através de reuniões com a comunidade, com a exposição das principais questões inerentes à saúde, pela educação continuada... Prevenção das doenças, promovendo palestras educativas com a comunidade, esclarecimentos sobre, aleitamento materno, crescimento da criança, pré-natal, programa de imunização...” (...) “palestras educativas, nas escolas e nas creches, teatro de fantoches...” “As ações educativas elaboradas pelos Agentes Comunitários de Saúde dependem da problemática da região” Questionários (ES, nº 12 e 21, 2001).

Podemos perceber por estas descrições das ações educativas que existe grande preocupação das Equipes de Saúde do Programa de Saúde da Família em desenvolver atividades para cuidar da Saúde e da vida dos indivíduos. Preocupação que existe também para o Ministério da Saúde no que diz respeito à programação e execução de atividades:

de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida. Atuar no controle de doenças transmissíveis como tuberculose, a hanseníase, as DSTs e Aids, e infecto-contagiosas em geral, das doenças crônico- degenerativas e doenças relacionadas ao trabalho e ao meio ambiente (2000, p.8).

Todas estas descrições de ações educativas são formas de aproximação dos profissionais da área da Saúde, especificamente das Equipes de Saúde do Programa de Saúde da Família com a realidade na qual eles irão desenvolver um trabalho que pressupõe mais coerência com a realidade vivida por estas populações. Estas práticas de cunho mais formal ou estruturadas, pautadas pelas diretrizes ministeriais, devem ultrapassar esta formalidade, dar espaços a práticas mais questionadoras e problematizadoras, tanto por parte da população como dos profissionais.

Na perspectiva freireana

especificamente humana, a educação é gnosiológica, é diretiva, por isso política, é artística e moral, serve-se de meios, de técnicas, envolve frustrações, medos, desejos. Exige de mim, como professor, uma competência geral, um saber de sua natureza e saberes especiais, ligados à minha atividade docente (1996, p.78).

Desta maneira, as Equipes de Saúde do Programa Saúde da Família precisam articular as práticas educativas formais ou estruturadas para romper o

isolamento destas práticas, a partir da interação com as populações capazes de despertar motivação e compromisso para práticas mais coerentes com as necessidades da comunidade.

As práticas educativas transformadoras na área de saúde devem garantir fundamentalmente melhoria da assistência e essencialmente o desafio de aprender a transformar-se, a partir das situações emergenciais que são vivenciadas e visualizadas e percebidas na realidade na qual as Equipes de Saúde e dos Agentes Comunitários de Saúde do Programa de Saúde da Família.

As descrições de ações educativas são de características formais, principalmente as das equipes de Saúde do Programa de Saúde da Família na medida em que desenvolvem as ações educativas sem alcançar o intuito de promoção em saúde, através de técnicas educativas tais como: “apresentação teatral, vídeos, folders, cartazes, dinâmicas de grupo”, “grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, de controle de natalidade”... “principalmente a conscientização da comunidade, por exemplo para hipertensos e diabéticos, falamos sobre a importância de mudanças de hábitos alimentares, prática de exercícios físicos”... “cartazes, reuniões de grupos, palestras educativas”... “fitas de vídeo, dinâmicas, caminhadas, palestras, cartazes, palestras com material educativo, brincadeiras, sorteios, etc, buscando motivar a comunidade”... “As ações educativas sempre existiram, mas agora é possível verificar se as ações educativas estão sendo eficazes ou caso contrário planejam outras” Questionários (ES, nº 35 e 12, 2001).

Constatamos que existem diversas ações educativas que são promovidas pelas Equipes de Saúde e dos Agentes Comunitários de Saúde do Programa de Saúde da Família. Esses processos educativos estão previstos no programa de Saúde da Família pelas seguintes atribuições:

prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde através da educação sanitária... desenvolver processos educativos através de grupos voltados à recuperação da auto-estima, troca de experiências, apoio mútuo e melhoria do auto-cuidado... promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas (p. 8 – 9).

As ações educativas tanto as propostas pelo Ministério da Saúde como as desenvolvidas pelas Equipes e Agentes Comunitários de Saúde devem ultrapassar a simples aplicação das atividades previstas para o Programa de Saúde da Família. É

preciso que haja uma transição na ação do Agente Comunitário de Saúde do Programa de Saúde da Família de mero fazedor ou executor de tarefas para um pensador consciente de seu fazer profissional, principalmente na perspectiva emancipadora de educação. As Equipes de Saúde e os Agentes Comunitários de Saúde do Programa de Saúde da Família devem romper com a educação geralmente acrítica, não reflexiva.

A organização Pan-Americana de Saúde (1978) considera a educação continuada como um “processo permanente de educação que vem complementar a formação básica e tem como principal objetivo atualizar e melhorar capacidades de uma pessoa ou grupo, frente às mudanças técnicas científicas e às necessidades sociais” (p. 149).

A educação continuada que deve ser referência para o Programa de Saúde da Família, na perspectiva freireana, deve dar um novo enfoque aos processos educativos em saúde, tem um “fazer interligado”, cujo sentido para Freire está na relação do educador produzindo conhecimento com o educando. Não simplificar ao educando o alcance do saber. O educador é o incentivador do processo educativo, principalmente das práticas educativas transformadoras. Freire (1996) destaca que

ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos, nem formar, é ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado. Não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos, apesar das diferenças que os conotam, não se reduzem à condição de objeto, um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender (p.25).

A educação libertadora-humanitária que decorre da construção e da socialização das práticas educativas transformadoras, no Programa Saúde da Família devem vir ao encontro das necessidades dos educandos e educadores, pois essa tendência educacional é prioritariamente uma construção de sujeitos históricos, inseridos na realidade com o intuito de lutar pela recuperação de sua humanidade. Este processo pedagógico impõe a discussão da opressão e de suas causas, o que significará o engajamento necessário para a libertação dos indivíduos compromissados neste processo.

Para superar o impasse das práticas educativas formais deve-se partir de questionamentos tais como: por quê, para quem, quando e onde fazer. As Equipes de Saúde do Programa de Saúde da Família devem ter a preocupação de intervir e

compreender a realidade aprendida. É nesse sentido que elas afirmam sobre as práticas educativas: “conhecendo a comunidade ou membros com práticas diárias através do trabalho e do relacionamento”... “na linha da intervenção ou da compreensão quando não se torna mais possível o ato de educar”... “respeitando os costumes, a cultura e os valores de cada um”... “A prática educativa é continuada e aos poucos conseguimos intervir, sem agressão utilizando a educação em saúde”... “a educação constante e com a comunidade mesmo avaliando os resultados fica fácil”... “educando e ao mesmo tempo trazendo soluções”... “obedecendo aos próprios limites impostos para o próprio indivíduo intervir quando necessário”... “pelo estabelecimento dos laços entre a comunidade e equipe multiprofissional”... “escutando o que os Agentes Comunitários têm a dizer e na medida do possível aconselhando-os nos assuntos necessários”... “tentando mostrar através da prática e não da imposição, os benefícios da prática educativa sobre a qualidade de vida”... “orientando os Agentes Comunitários de Saúde a mostrar para a população quando prevenção é fundamental e melhoria da qualidade de vida”... “não são atitudes antagônicas para podermos intervir com aceitação para compreensão do trabalho do PSF”... Questionários (ES, nº 23, 16, 12, 33, 38, 28, 2001).

As Equipes se ligam mais com a comunidade para não haver inibição ao expor seus problemas compreendê-los. As descrições seguintes confirmam essa atitude: “apelando para o diálogo e percepção do entendimento da pessoa, é necessário paciência e escutar”... “respeitando o limite das pessoas pode-se encontrar uma solução melhor para se educar em saúde”... “conquistando vínculo para a amizade, sinceridade e educação”... “A compreensão e a intervenção devem andar juntas. Primeiro é necessário compreender a situação-relações e posteriormente intervir, se for necessário, mesmo que as mudanças venham a quebrar os padrões, regras, costumes estabelecidos” Questionários (ES, nº 36, 12, 7, 29, 2001).

Nas afirmações das Equipes de Saúde do Programa de Saúde da Família percebe-se que elas imprimem nas suas práticas educativas transformadoras uma profunda preocupação com comunidade na qual se desenvolvem ações educativas, o que implica um pensar certo entre o fazer e o pensar sobre como fazer. Por isso, é fundamental a reflexão crítica sobre a prática social. Deve existir um processo de aproximação e de intervenção, ou mesmo um:

distanciamento epistemológico” da prática analisada, que deve aproximar ao máximo prática e realidade. Quanto melhor se faça esta operação, tanto mais inteligência se ganha da prática em análise e maior comunicabilidade se exerce em torno da superação da ingenuidade pela rigorosidade (FREIRE, 1996, p. 44).

Um princípio básico é inerente às Práticas Educativas em Saúde, o princípio da assunção, que é o real compromisso pela mudança seja esta individual, grupal e

social. A assunção, na ótica freireana: “Se vai fazendo cada vez mais assunção na medida em que ela engendra novas opções, por isso mesmo que ela provoca ruptura, decisão e novos compromissos” (1996, p.44).

Freire (1996) reconhece dois momentos coletivos no processo de assunção; o primeiro:

é o próprio sujeito que se assume como exemplo, tentando mudança de hábitos ou atitudes individuais, e o segundo é uma das tarefas mais importantes da prática educativa-crítica que é propiciar as condições em que os “sujeitos-educandos” em suas relações uns com os outros e todos com o educador ensaiam a experiência profunda de assumir-se. Assumir-se como ser social e histórico, como ser pensante, comunicante, transformador, criador, realizador de sonhos, capaz de ter raiva porque é capaz de amar (p.46).

Neste sentido, o Programa de Saúde da Família, por meio das Equipes de Saúde e dos Agentes Comunitários em Saúde, tenta intervir no cotidiano das famílias atribuindo novos significados às atitudes e aos hábitos, na perspectiva de assunção, na medida em que: “existe transmissão de conhecimentos de como adquirir saúde por meio de palestras em grupos ou individuais”... “reuniões e palestras em grupo. Os significados que pretendemos construir são de internalizar na população a concepção de melhoria”... “prevenção, mudança de hábitos alimentares e vida saudável”... “mudanças de hábito”... “partem dos grupos de reuniões, através dos programas e também das visitas domiciliares para o atendimento de acordo com a necessidade de cada família”... “alimentação correta, higiene corporal, prática de esportes (caminhada)”... “trabalhando com conscientização mostrando saídas, como qualidade no atendimento, dinâmicas”... “o próprio indivíduo responsável pela sua própria saúde”... “a melhoria de sua saúde está na própria mudança de hábitos”... “a mudança de todos pode fazer a diferença”... “curso de gestante, higiene bucal, caminhadas, oficinas, palestras, etc”... “mudança de hábitos alimentares, prevenção, hábitos de vida saudável”... “trabalhamos a família como um todo, desenvolvendo práticas de acordo com a faixa etária (programação da criança, adolescente, idosos, mulheres, etc” Questionários (ACS, nº 35, 23, 21, 13 e ES, nº 9, 21, 33, 2001).

Os novos significados procurados pelas Equipes de Saúde e pelos Agentes Comunitários do Programa de Saúde da Família estão alicerçados na capacidade de aprender e de praticar principalmente o respeito à autonomia e à dignidade de cada sujeito que está inserido no processo educativo. Isto é descrito assim pelas Equipes de Saúde: “são as práticas da melhoria da comunidade, mostrando que se ela seguir determinadas orientações terá uma qualidade de vida melhor”... “Essas práticas significam a melhoria da qualidade

de vida e saúde da população assistida"... "promover novos valores aos quais terão de trazer novos benefícios que produzirão melhoria da qualidade de vida interpessoal e a saúde"... "as práticas são as palestras, os diálogos entre a Equipe e a Comunidade, seja nas consultas, visitas e outras atividades que levam à mudança de hábitos para uma melhor qualidade de vida. Isto é um processo lento"... "reorientação sobre higiene, dieta, cuidados com o corpo, prevenção, sexo seguro"... "reorientação sobre o uso de medicamentos, necessidade de adesão aos tratamentos"... "reorientação sobre o uso de álcool e drogas"... "primeiramente educativa, conseqüentemente preventiva – atingir os princípios do programa"... "mudanças de hábitos alimentares, de hábitos pessoais e de higiene"... "informações sobre higiene e saúde, como evitar verminose, infecções"... "as práticas educativas focalizam o ser humano na sua integridade biopsicosocial Questionários (ES, nº 8, 25, 21, 1, 16, 2001).

Todas essas são práticas voltadas para suprir as necessidades não só biológicas, mas também de lazer, esporte, de segurança, de fazerem parte de um grupo. Esses novos significados convergem para a melhoria da qualidade de vida partindo do conceito amplo de saúde.

Os novos significados nas práticas educativas no Programa de Saúde da Família implicam, além da autonomia do sujeito e da dignidade de cada um dos integrantes do processo educativo, uma relação imperativamente ética. Ética na "dialogicidade verdadeira, em que os sujeitos dialógicos aprendem crescem na diferença, sobretudo, no respeito a ela, é a forma de estar sendo coerentemente exigida por seres que inacabados, assumindo-se como tais, se tornam radicalmente éticos" (FREIRE, 1996, p.67).

4.3 O Programa de Saúde da Família como espaço de interação cultural e o equacionamento de conflitos.

Esta categoria compreende a análise das informações coletadas na Região Noroeste de Goiânia no Programa de Saúde da Família como espaço de interação cultural, sendo perseguido com uma das formas centrais de compreensão e de implantação de políticas educativas transformadoras, como também espaço de equacionamento de conflitos.

A interação cultural é uma das temáticas centrais nas práticas educativas transformadoras. Essa interação humana está presente em todas as organizações sociais, definindo as trajetórias, as atividades e o resultado do fazer humano. A interação humana acontece, em especial, em dois níveis: o nível das atividades propriamente ditas, tanto nos grupos formais de trabalho quanto nos grupos

informais e no nível sócio emocional que são os sentimentos gerados pela própria convivência social. Estes dois níveis de interação social garantem que os grupos sociais não sejam um simples aglomerado de indivíduos com comportamentos individualizados, mas que sejam grupos formados por sujeitos, com comportamentos sociais, com configuração e identidade próprias.

Para compreender o fenômeno social que denominamos de interação cultural se faz necessário compreender o termo cultura, que é polissêmico na sua origem. A polissemia é entendida não só como a variedade de formas significantes, mas também como a possibilidade de idêntica significação das palavras e dos conceitos sob a mesma forma física, como discorreremos no primeiro capítulo desta tese.

O sentido polissêmico da palavra cultura advém de sua origem latina “colo”, “cultus” e “cultura”. Na origem romana significa “eu moro”, “eu ocupo”, “eu trabalho” e “eu cultivo”. “Colo” é matriz da palavra colônia entendida como um agrupamento de pessoas ou as instalações onde elas se reúnem, ou pela profissão ou ocupação, ou para determinado fim.

A noção polissêmica de cultura traz, na sua origem, a noção de agrupamento, ajuntamento de pessoas, animais entre outros. A palavra cultura de forma nuclear traduz o saber de cada grupo, das gerações anteriores e posteriores destes e transmissão dos símbolos, mitos e narrativas dos mesmos grupos.

O ato de aculturar traz consigo a noção de se relacionar transformando, somando conhecimentos e valores. Ao passo que, como ressalta Santos (1986):

Cultura diz respeito à humanidade como um todo, e ao mesmo tempo a cada um dos povos, sociedades, nações e grupos humanos. Quando se consideram as culturas particulares que existem ou existiram, logo se constata a sua grande variação. Saber em que medida as culturas variam e quais as razões da variedade das culturas humanas são questões que provocam muita discussão. Por enquanto quero salientar que é sempre fundamental entender os sentidos que uma realidade cultural faz para aqueles que a vivem (p. 8)

O conceito antropológico de cultura entende a educação como transmissão cultural interativa. A cultura tem esta dimensão inserida na sua compreensão. Bosi (1993) afirma que, na sua significação mais geral, cultura “é o conjunto das práticas, das técnicas, dos símbolos, e dos valores que se devem transmitir às novas

gerações para garantir a reprodução de um estado de coexistência social” (p.16).

A partir deste conceito podemos aferir que cultura supõe uma consciência grupal operosa e operante que desentranha da vida presente os planos para o futuro.

Para existirem práticas educativas transformadoras em Saúde é de extrema importância, compreender a singularidade dos grupos sociais, o que implica a compreensão de suas culturas e sua perspectiva de Paidéia. Estas sempre são portadoras e transmissoras de herança, patrimônio ou tradição cultural de gerações.

Paidéia é força substantiva da saúde, pois significa desenvolvimento integral do ser humano. Esse significado tem origens na época em que os gregos sonhavam com cidades ‘democráticas’. A construção destas cidades dependeria de um método novo de governar e de viver. Para fundar um governo democrático eles se valiam da Ágora, que era uma assembléia do povo; as pessoas se reuniam em praça pública para traçar o destino de suas cidades.

Os gregos para garantir este viver democrático e serem capazes de gerir a própria vida idealizaram um sistema de formação integral dos cidadãos: a Paidéia que é a educação para a vida tem em si a formação integral do ser humano. Nesse processo de formação integral respeitam-se as diferenças entre as pessoas e os grupos.

A cultura tem uma dimensão central nos processos de formação humana. A educação é mediadora estes processos formativos. Na noção de Paidéia, a educação, é o canal de emancipação humana.

Assim estão previstas as noções de Paidéia e de cultura no documento Cadernos da Atenção Básica – Estratégias da Saúde da Família, do Ministério da Saúde (2000, p. 8) concretizadas pelas seguintes diretrizes: “Para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade, os Agentes Comunitários de Saúde devem residir nas respectivas áreas de atuação”, trabalhando em regime de dedicação integral.

Neste contexto sociocultural, a cultura está expressa tanto como produção quanto como transmissão de conhecimentos.

Para a razão ocidental, como registramos no primeiro capítulo, existe uma nítida distinção entre o pensamento pré-científico e o científico. A vida pré-científica é tecida de comportamentos e relações que se entrelaçam em uma infinidade de setores: nas atividades práticas, na comunicação religiosa, na convivência social e

nas experiências estéticas de beleza, entre outras. A atitude científica, por sua vez, é uma ação reflexiva, um pensar. Ela tem na sua gênese, na sua constituição e na sua cultura um caráter episódico, que a torna, num sentido profundo, essencialmente temporal e contingente. É uma construção e uma contingência historicamente determinada.

Tanto na vida pré-científica e na atitude científica existem saber e conhecimento. Já que o saber, como afirma Martinic, (1994),

expressa o que socialmente um grupo ou sociedade institucionaliza como real ... saber é quando uma árvore sagrada não é mais uma mera imaginação, senão um acontecimento real para os sujeitos que compartilham da mesma visão do mundo. A explicação mística da origem das coisas e das instituições é tão real como a observação que um cientista realiza das células de um organismo. Portanto, o saber interpreta e organiza a experiência dos sujeitos e permite, da mesma forma, o reconhecimento coletivo de uma mesma noção de realidade (p. 72).

Assim como no saber não há um ideário homogêneo para a sociedade, a cultura também reflete a construção diferenciada da realidade na medida em que

há realidades distintas, experiências de significação diferentes, planos de realidades quase opostas, como também de práticas de normalização diferentes. Cada uma definirá, por sua vez, seu próprio saber, e institucionalizará as maneiras de conhecer e de interpretar (GADOTTI, 1994, p. 72).

Desse modo, constatamos que existem em nossa sociedade diferenças entre o saber erudito e o saber pré-científico, entre a cultura erudita e a cultura popular, entre o fazer público e o fazer privado, entre o sagrado e o profano. O reconhecimento dessas diferenças permite que se estabeleçam intercâmbios entre as diferentes dimensões desta realidade.

Esses intercâmbios são a própria interação cultural que não ocorre de forma igualitária e homogênea, pois não existe homogeneidade nas diferentes classes sociais, tampouco existem entre as classes menos favorecidas. Lembramos que o Programa de Saúde da Família desenvolve sua intervenção com as famílias das classes menos favorecidas social e economicamente, sob situação de risco ou de pobreza absoluta. Essas classes são identificadas também por classes subalternas, Martins (1998) afirma que essa classe "subalterna" é uma categoria

mais intensa e mais expressiva que a simples categoria de trabalhador. O legado da tradição gramsciana, que nos vem por meio dessa noção, prefigura a diversidade das situações de subalternidade, a sua riqueza histórica, cultural e política. Induz-nos a entender a diversificação de concepções, motivos, pontos de vista, esperanças, no interior das diferentes classes ou grupos subalternos. Por isso mesmo, obriga-nos a fazer indagações sobre a reprodução ampliada da subalternidade, sobre a multiplicação diferenciada dos grupos subalternos. Obriga-nos a termos em conta que as esperanças e lutas de diferentes grupos e classes subalternos levam a diferentes resultados históricos, porque desatam contradições internas que não são apenas contradições principais do desenvolvimento do capital, a oposição burguesia-proletariado (p. 98).

O Programa de Saúde da Família preocupa-se em fazer reconhecer o direito de cidadania de intervir nas suas condições de vida e de Saúde das famílias. Esse reconhecimento se faz a partir do enfrentamento e de suas avaliações da realidade de vida, de sua cotidianidade, que passam também pelo desemprego, fome, falta de moradia, problemas familiares e emocionais.

No documento-consulta para operacionalização do Programa de Saúde da Família está claro que os dados a serem obtidos

são também informações sobre detalhes dos aspectos familiares como composição da família, sua renda, a ocupação de seus membros, as condições de acesso aos sistemas de saúde e educacional, a mortalidade e a morbidade referidas, bem como outras informações sobre os riscos presentes ou potenciais para integrantes da família ou a dinâmica de seu funcionamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p.26).

As Equipes do Programa de Saúde da Família devem estar sensibilizadas para perceber a diversidade de cada grupo social, levando em conta as situações sócio-econômicas, políticas e culturais das populações que são atingidas com a perspectiva de Educação Popular. Devemos perceber que “a subalternidade ganha dimensões mais amplas. Não expressa apenas a exploração, mas também a dominação e a exclusão econômica e política” (MARTINS, 1989, p. 99).

A categoria social de classes subalternas ou populares não é uma condição transitória da lógica do desenvolvimento capitalista. A categoria subalterna é um processo próprio do capitalismo moderno, e que subalterniza grupos crescentes principalmente no seio das classes trabalhadoras dos países pobres ou em via de desenvolvimento. Do processo atual da subalternidade fazem parte novos grupos

subalternos como os negros, as mulheres e recentemente aprofundado com as crianças e os idosos que não têm garantidas as mínimas condições de vida.

Como consequência, o saber rompe a esfera individual estando relacionado à ação e ao discurso, principalmente da liberdade de os indivíduos estabelecerem relações entre si. Este saber coletivo representa um saber de um momento histórico, de grupos sociais, de coletividade, entre outros. Ele deve ser interiorizado pelos sujeitos para se desenvolverem de forma adequada no mundo social.

O saber cotidiano “é o modo comum, corrente e espontâneo de conhecer, que se adquire no trato direto com as coisas e os seres humanos. É o saber que preenche nossa vida diária e que se possui sem a aplicação de um método e sem se haver refletido sobre algo” (LAKATOS, 1985, p.19). O saber cotidiano dos diferentes grupos sociais facilita a solução de problemas práticos do dia-a-dia para a sobrevivência social e individual.

A cultura popular está alicerçada no saber cotidiano, portanto, o conhecimento no qual ela se fundamenta é um conhecimento empírico, e é um conhecimento do que é mais imediato e concreto, que são as necessidades de intercâmbio com o meio natural. Estes conhecimentos se fundamentam na base estrutural da sociedade, e são “as formas concretas de que a vida dos homens se reveste e estão diretamente relacionados com as modalidades nas quais a existência material se produz e reproduz” (PICHON, 1988, p. x). São suas características: serem ancestrais, culturais e ideológicos e se situam na base da sociedade. Estes conhecimentos permitem ao homem criar, trabalhar e interpretar, principalmente os recursos naturais diretos oferecidos pela natureza. Estes conhecimentos construídos não são codificados segundo os padrões eruditos e, por esta razão, eles não são valorizados pelos detentores da cultura erudita. Todavia o “conhecimento popular também possui sua própria racionalidade e suas própria estrutura de casualidade, isto é, pode-se demonstrar que tem mérito e validade científica” (BRANDÃO, 1981, p. 45).

Não podemos esquecer que o saber erudito ou a ciência estão intrinsecamente articulados com os interesses das classes e pela luta da hegemonia, responsáveis pela manutenção das relações desiguais de poder e dominação de homens sobre os homens.

O conhecimento científico ou ciência erudita distanciou-se do conhecimento vulgar, cotidiano ou popular, que procura essencialmente a comunicação entre as

peessoas e não a explicação dos fatos. De qualquer forma, ambos conhecimentos surgem da mesma capacidade original do homem, de se relacionar, sensível e intencionalmente, com o mundo que o rodeia. Por isto, existe uma profunda inter-relação entre o saber erudito e o saber popular. De acordo com Laville (1999) "O valor do saber imposto repousa, portanto, em nosso consentimento em recebe-lo, e esse consentimento repousa, por sua vez, na confiança que temos naqueles que o veiculam" (p. 22).

O consentimento social dos saberes é uma exigência fundamental para não existir a invasão cultural que é uma atitude antidialógica, porque "é a penetração que fazem os invasores no contexto cultural dos invadidos, impondo a estes sua visão do mundo, enquanto lhes freiam a criatividade, ao inibirem sua expansão" (FREIRE, 1983, p. 178).

Essa invasão tem como característica fundamental a alienação cultural, que é representada pela

indústria cultural que determina toda a estrutura de sentido da vida cultural pela racionalidade estratégica da produção econômica que se inocula nos bens culturais enquanto se convertem estritamente em mercadorias. A própria organização da cultura, portanto, é manipulatória dos sentimentos culturais, subordinado-os aos sentidos econômicos e políticos e, logo, à situação vigente. (MAAR, 1991, p. 21).

O Programa de Saúde da Família traz consigo a preocupação com a ampliação dos canais e espaços de intervenção cultural respeitando o saber popular, alicerçado no cotidiano e na prática, intervenção cultural que se afasta daquela em que as relações desiguais propiciam a hegemonia do poder pelo domínio do saber erudito. As Equipes de Saúde demonstram essa possibilidade de ampliação e de intervenção de negociação cultural da seguinte maneira: "o verdadeiro objetivo do Programa de Saúde da Família junto à comunidade, que é a prevenção da saúde"... "o Programa de Saúde da Família gera transformações e enfrenta adversários históricos; o Programa de Saúde da Família traz a revalorização da clínica, o incremento do vínculo e o resgate dos saberes tradicionais"... "o objetivo é correto (interação cultural), mas não é vivenciado por falta de condições materiais"... "o Programa de Saúde da Família é composto por uma equipe interdisciplinar, e principalmente do Agente Comunitário de Saúde"... "o objetivo é alcançado em contato na comunidade, a partir do controle social, reuniões nas escolas em sala de aula, com associações de bairro, e os representantes dos mesmos"... "Ter boa saúde e estar de bem com a vida, isso é possível

através de uma interação com toda a comunidade. Estes canais são adquiridos através de reuniões educativas realizadas na comunidade, palestras e oficinas, entre outros” Questionários (ES, nº 29, 38, 7, 8, 16, 2001).

As Equipes de Saúde e especificamente os Agentes Comunitários de Saúde do Programa Saúde da Família, alcançam este objetivo por conhecerem os problemas básicos da comunidade, por meio de palestras comunitárias e orientações individuais durante as visitas domiciliares e pelas parcerias com líderes de bairros, através de “programa do leite, assistente social temos conseguido melhorias para a comunidade”... “abrindo espaço para a comunicação com as pessoas, acesso à informação e as condutas em relação aos problemas pessoais”... “através de esclarecimentos da população, interligando os vários setores da sociedade, pode-se melhorar a qualidade de vida e bem-estar da população”... “pelas parcerias tanto de segmentos das administrações sociais quanto para a comunidade”... “conhecendo a população e sua cultura são elementos necessários para o desenvolvimento do trabalho bem como das organizações existentes na comunidade”... “conhecendo a nossa população e sua cultura, a forma de abordagem da saúde passa a se integrar no contexto da região, por exemplo: reuniões com familiares, criação de espaços comunitários”... “O Programa de Saúde da Família faz com que exista vinculação de informações transmitidas através dos Agentes Comunitários de Saúde através das palestras, grupos e consultas”... “o ser biológico não está separado do ser socioeconômico. Ele é um ser único, o que requer que supra suas necessidades nas diversas situações. É necessário reconhecer o ser humano como um todo e desenvolver ações intersetoriais” Questionários (ACS, nº 35, 23, 13, 29, 9, 2001).

O Programa de Saúde da Família se propõe ampliar seus canais de interação cultural e de negociações com as populações envolvidas, as Equipes de Saúde e principalmente os Agentes Comunitários de Saúde que interagem em uma perspectiva de educação popular. Essa ação fundamenta-se em

uma educação em cuja prática o ensino dos conteúdos jamais se dicotomizasse do ensino do pensar certo. De um pensar antidogmático, anti-superficial. De um pensar crítico, proibindo-se a si mesmo, constantemente, de cair na tentação do puro imprevisto (FREIRE, 1998, p. 168).

A valorização do saber popular local é uma matriz basilar do Programa de Saúde da Família, desenvolve-se na discussão, na definição e no sentir dos problemas com a participação dos Agentes Comunitários de Saúde e a comunidade, abordando-se o senso comum ou saber cultural como sistema popular: “como um

corpo de crenças e juízos, com conexões vagas, porém mais fortes do que uma simples relação de pensamentos inevitavelmente iguais para todos os membros de um grupo que vive em comunidade” (GEERTZ, 2000, p. 20-21).

Não podemos desconhecer que o senso comum está presente em todas as nossas atividades, já que não podemos analisar toda a realidade a partir do conhecimento especializado, sempre existirá o senso comum nas nossas análises.

Na verdade não um único saber-fazer, mas um feixe de saber-fazer: a saber: ‘respeito pelo saber do outro’, ‘saber ouvir’, ‘saber a pluralidade dos diferentes modos de entender e experimentar a dor, a doença, a alegria, a saúde’, ‘saber valorizar a cultura e inseri-la na nossa prática’, ‘saber sentir a emoção de estar dividindo espaços com pessoas singulares’, ‘saber multideterminar o processo saúde, doença, saúde’, ‘saber refletir sobre nossa prática’, ‘saber engajar-se em ação participativa, com pessoas e suas histórias’, ‘saber fazer’, e ‘é fazer o saber!’ (VASCONCELOS, 2001, p. 161).

A relevância disto é descobrir que não existe um único saber popular como sistema cultural, este compõe uma rede de sabedorias ou de saberes. Desta forma ressalta-se a afirmação entre todas as colocações das Equipes de Saúde, só uma equipe opinou que “...não é objetivo do Programa Saúde da Família, a nossa estratégia visa a prevenção, apesar de lazer e cultura estarem inseridos no complexo de saúde, a função restringe-se a só a prevenção de saúde” Questionário (ES, nº 20, 2001). Esta resposta vem retratar a dificuldade de visualizar na tarefa de prevenção de saúde um fazer centrado na noção de Paidéia, de construção de Saúde cidadã.

Este resgate do saber popular no Programa de Saúde da Família se apropriou de uma iniciativa que surgiu antes dele, que é a figura dos Agentes Comunitários. Assumir os Agentes Comunitários de Saúde recrutados na própria comunidade significa aceitar as formas populares de enfrentar e resolver problemas de Saúde. A participação dos Agentes Comunitários de Saúde pretende superar um impasse entre o popular e o saber científico, entre a “racionalidade” do conhecimento científico e a “irracionalidade” do conhecimento cotidiano”, por exemplo nos casos de

muitas doenças são curadas por métodos caseiros, porque as famílias desenvolvem um conhecimento historicamente acumulado de superação de moléstias através de medicamentos antigos e de outros novos inventados na culinária familiar, às vezes com bom resultados; a medicina acadêmica pode aceitar certos métodos, mas

há de preferir normalmente vias consideradas testadas por experiências profundamente críticas, realizadas nos laboratórios de pesquisa (DEMO, 1981, p.14).

Destacamos que no Programa de Saúde da Família a participação dos Agentes Comunitários de Saúde nas Equipes Interdisciplinares de Saúde garante a possibilidade de descobrir caminhos estratégicos para enfrentar os problemas cotidianos de saúde e da vida cotidiana da comunidade à qual eles pertencem, na medida em que os Agentes Comunitários de Saúde são o elo entre a cultura e a cultura marginalizada: “Os Agentes Comunitários de Saúde elementos que conhecem e convivem na comunidade, conhecem os hábitos e costumes”... “Os agentes Comunitários de Saúde passam a ser um elo querido pela comunidade”... “Os agentes Comunitários de Saúde são um elo de ligação para levar informações para a comunidade, orientando como proceder melhor em determinado problema”... “Os Agentes Comunitários são elos, estamos em todos os níveis de nossa comunidade” Questionários (ES, nº 8, 25, 1, 33, 34, 2001).

Como observa Valla (2000):

A própria forma de relatar uma experiência indica a concepção de mundo de quem faz o relato. Neste sentido, é possível afirmar que os profissionais e a população não vivem uma experiência da mesma maneira ... Um exemplo é o trabalho que o profissional de saúde pública desenvolve com a população moradora das favelas e bairros periféricos. Toda proposta do sanitarista pressupõe a ‘previsão’ como categoria principal, pois a própria idéia de prevenção implica um olhar para o futuro. Mas poderia ser levantada como hipótese que estes setores da população conduzem suas vidas através da categoria principal da ‘provisão’ (p. 21).

Desta forma, devemos viabilizar a perspectiva de relacionar a categoria da “Previsão” com a da “Provisão”, garantindo a sua complementaridade e não a contraposição, na medida em que os saberes dos profissionais e da população devem advir do sentido da inter-relação ou complementaridade.

É necessário que o esforço de compreender as condições e experiências de vida como também a ação política da população sejam acompanhados por uma maior clareza das suas representações e visões de mundo. Senão corremos o risco de procurar (e não encontrar) uma suposta identidade, consciência de classe e organização que são, na realidade, uma fantasia nossa (VALLA, 2000, p. 21-22).

A complementaridade das inter-relações se estabelece nos diferentes grupos sociais. Na perspectiva de uma relação dialógica, deve existir uma inter-relação de sujeitos que se relacionam em torno do processo de restauração de sua humanidade para alcançar a sua liberdade como sujeitos históricos:

Quem, melhor que os oprimidos, se encontra preparado para entender o significado terrível de uma sociedade opressora? Quem sentirá, melhor que eles, os efeitos da opressão? Quem mais que eles, para ir compreendendo a necessidade da libertação? Libertação a que não chegarão pelo acaso, mas pela práxis de sua busca; pelo conhecimento e reconhecimento da necessidade de lutar por ela (FREIRE, 1983, p. 32).

As Equipes de Saúde do Programa de Saúde da Família as definem como:

“Acreditamos na inter-relação, pois depende da cultura absorvida pela comunidade, que pode ser dominante ou marginalizada” Questionário (ES, nº 36, 2001).

O Programa de Saúde da Família tem filosofia de integração e pretende fazer com que as culturas marginais situem-se mais adequadamente no contexto global. “Acreditamos na inter-relação e dela poderão surgir efeitos positivos...”. “A inter-relação deve ter efeitos positivos” (...) “A inter-relação, caso contrário, não estaríamos evoluindo, em todos os setores da humanidade, os países, povos desenvolvidos não procurariam ensinar e passar adiante seus conhecimentos para aqueles mais atrasados, ninguém evolui sozinho, necessitamos de um elo para trabalhar” (...) “pode haver uma troca de conhecimentos, podendo ser beneficiado tanto o orientador quanto o orientado. O orientador aprende e absorve elementos da cultura marginalizada enriquecendo os seus conhecimentos” (...) “A inter-relação dependerá da forma como as pessoas são abordadas” (...) “acreditamos que estamos caminhado para o equilíbrio dos interesses dos diversos segmentos sociais, porém todas as culturas são importantes, devem ser valorizadas, independentes do tipo de povos a que pertença” Questionários (ES, nº 1, 8, 42, 12, 2001).

Uma das grandes dificuldades que se apresentam para a inter-relação entre os grupos é o reconhecimento das percepções temporais diferentes de tempos e espaços das classes sociais, que devem ser apreendidas e respeitadas na sua processualidade histórica para criar novas formas de práticas sociais transformadoras;

o desconhecimento desta diversidade é que faz com que a compreensão das suas lutas e seus limites não sejam apreciados. Não é o nosso desejo, nem o nosso incentivo verbal, que garantem a suposta unidade das classes subalternas, mas, sim, a avaliação correta da maneira com que compreendem o mundo:... a prática de

cada classe subalterna e de cada grupo subalterno desvenda apenas um aspecto essencial do processo do capital (...) há coisas que um camponês, que está sendo expropriado, pode ver, e que um operário não vê. Vice-versa (VALLA, 2000, p. 22-23).

Além de garantir a inter-relação pela complementaridade das relações e o reconhecimento da percepção temporal, é essencial na relação dialógica a compreensão das potencialidades dos indivíduos e grupos sociais. Principalmente,

diante da diversidade de situações educativas trazidas pela atenção coletiva à saúde, é preciso estar disposto a sofrer as incertezas e inseguranças do desafio de construir, de forma processual, as técnicas educativas adequadas a cada circunstância, se quisermos superar as posturas e os ensinamentos habituais (e normativos) da educação em saúde tradicional (VASCONCELOS, 1999, p. 180).

O Programa de Saúde da Família desenvolve a inter-relação dialógica entre as próprias Equipes de Saúde, os Agentes Comunitários e entre eles e a população. Para tanto é necessário aceitar a maneira como as classes subalternas encaram a sua vida, cercada de sofrimento, pobreza, violência e impregnada de desigualdades econômicas e políticas. "Existir humanamente, é pronunciar o mundo, é modifica-lo. O mundo pronunciado, por sua vez, se volta problematizado aos sujeitos pronunciantes, a exigir deles novo pronunciar" (FREIRE, 1983, p. 92).

"Pronunciar" o mundo nos tempos e espaços onde os homens modificam ou transformam o mundo, a realidade e sua existência. Isto é esperado das classes subalternas diante do dialogo autêntico entre os sujeitos e os Agentes de Saúde. Há assim, a construção de um novo saber, pois

a participação popular facilita a interdisciplinaridade, uma vez que traz para o diálogo entre os profissionais uma importante referência que ajuda a descentrar as disputas corporativas entre as diversas categorias profissionais e o debate sobre problemas concretos" (...) Cada profissional, trazendo seu saber específico para a montagem de um grande quebra-cabeça em que as diferentes peças dos saberes específicos se encaixariam entre si. (VASCONCELOS, 1999, p. 189).

A interdisciplinaridade das Equipes de Saúde e dos Agentes Comunitários de Saúde, do Programa de Saúde da Família, além de contar com a participação popular, deve realizar a tentativa de compreender a cultura das classes populares ou

subalternas.

O conhecimento teórico a respeito dos grupos e classes subalternas apresenta-se, basicamente, como conhecimento sobre essas classes e não conhecimento das classes subalternas ... O conhecimento de que são portadoras as classes subalternas é mais do que ideologia, é mais do que interpretação necessariamente deformada e incompleta da realidade do subalterno. É nesse sentido, também, que a cultura popular deve ser pensada como cultura, como conhecimento acumulado, sistematizado, interpretativo e explicativo, e não como cultura barbarizada, forma decaída da cultura hegemônica, mera e pobre expressão do particular (MARTINS, 1989, p. 110-111).

A inter-relação dialógica estrutura-se com os conhecimentos do saber científico ou erudito e o saber popular que devem estabelecer um diálogo verdadeiro, concretiza-se pelas Equipes de Saúde e dos Agentes Comunitários de Saúde, sendo estes mediadores dos conhecimentos científicos e cultura popular dominante entre os usuários do Programa. Trata-se de uma árdua tarefa de revisão constante das leituras e apreensão da realidade, na qual, os mediadores intervêm para alcançar uma síntese cultural, mediante as diversas problematizações das questões de saúde.

Deste modo, o educador problematizador refaz, constantemente, seu ato cognoscente, na cognoscibilidade dos educandos. Estes, em lugar de serem recipientes dóceis de depósitos, são agora investigadores críticos, em diálogo com o educador, investigador crítica, também (FREIRE, 1983, p. 80).

Para alcançar a síntese cultural devemos superar as fronteiras sócio-econômicas e políticas em que as sociedades situam seus cidadãos. Conscientizar-se destas fronteiras ou do fosso sociocultural é uma forma de ter práticas educativas transformadoras.

As Equipes de Saúde do Programa de Saúde da Família percebem a existência deste fosso sócio-cultural e o descrevem da seguinte maneira: “o primeiro e grande motivo é a distribuição socioeconômica do Brasil, onde muitos têm pouco e poucos têm muito”... “as condições de vida das famílias do Programa de Saúde da Família são precárias; nível sociocultural ruim”... “os Agentes Comunitários de Saúde não percebem esta distância (fronteira) porque eles se sentem importantes e úteis em auxiliar a comunidade, de possuir prestígio junto dela”... “Porque estão em contato com vários segmentos da população, eles são um elo entre a “população

carente” e os “serviços de saúde”... “Porque eles estão em contato com diferentes segmentos da população (de que faz parte a Equipe do Programa de Saúde da Família)”... “Não são apenas os Agentes Comunitários de Saúde que percebem que existe fosso social-cultural, mas qualquer indivíduo esclarecido”... “porque com as diferentes populações com grau de instrução, religião, procedência e valores diversos não é tarefa fácil”... “porque nunca houve modelo de atendimento à saúde em que houvesse interação profissional”... “Existe porque devido ao nível de escolaridade das pessoas através do desemprego da população de baixa renda, há muitos desempregados, eles não têm acesso à cultura” Questionários (ES, nº 23, 33, 19, 25, 28, 36, 2001).

Uma das Equipes de Saúde do Programa Saúde da Família desconhece esta situação: “Este fosso não é tão discrepante, e ele existe mais do ponto de vista econômico. O acesso às informações é praticamente igual a todos, as políticas tendem a abranger a sociedade como um todo, até porque podem participar no planejamento dos recursos através dos conselhos e fiscalizar as pessoas, sair da posição de carentes, de coitados e entrar a ocupar os espaços sociais a que têm direito, valorizar sua cultura, seus direitos” Questionário (ES, nº 12, 2001).

O processo de superação desse fosso exige novos significados, novas atitudes e novas habilidades no cotidiano do fazer saúde, que muitas vezes não são de forma nenhuma a “transformação da sociedade”, são sim pequenas “conquistas”, que são intensas no processo de respeito à cidadania. Diante da complexidade das situações vividas, muitas delas “situações limites”, que são a fronteira de superação das situações vividas na compreensão de ser mais, é neste instante de reflexão que as Equipes de Saúde do Programa de Saúde da Família devem avaliar junto com a comunidade quais os encaminhamentos possíveis para a superação destas situações. Quais são os métodos e técnicas que facilitarão esta mudança quais são as atitudes e habilidades que conduzem à superação destas “situações limites”, alcançando soluções mais elaboradas e apropriadas para contribuir no processo participativo democrático que garanta o revigoramento das relações dialógicas.

Dessa forma:

“o dialogo com as massas populares não é concessão, nem presente, nem muito menos uma tática a ser usada, como a sloganização o é para dominar. O diálogo como encontro dos homens para a “pronúncia” do mundo é uma condição fundamental para sua real humanização” (FREIRE, 1983, p.160).

A humanização freireana e a proposta pedagógica de Educação popular se contrapõem a um mundo caracterizado pela violência e o individualismo, impregnado

pelas atitudes egoístas dos indivíduos e da sociedade, e levam-nos a propor um movimento diferenciado que conduz a sociedade e os indivíduos a ter atitudes capazes de resolver os conflitos de maneira pacífica, a partir do conhecimento da necessidade do outro, tendo em conta sua cultura, sua espiritualidade e idiosincrasia. A tarefa é difícil, a sociedade e os indivíduos têm tendência de super valorizar as próprias qualidades e competências, em detrimento de outros grupos, sociedades e indivíduos. Portanto, de acordo com esta colocação, dever-se-ia partir para um profundo conhecimento do outro e de nós mesmos.

4.4. Redes de solidariedade e vínculos sociais no Programa de Saúde da Família

Essa categoria articula informações e análises de redes de solidariedade e vínculos sociais como dimensões fundamentais para alcançar a humanização e o fortalecimento da identidade dos homens socializados, identificadas nas respostas dos questionários.

Afirmar que o homem não existe fora da sociedade e da história significa apreender o homem socializado, acreditando nas noções de indivíduo e de sujeito histórico que está capacitado para realizar ações humanizadas definidas como comportamentos sociais, tanto no nível individual como no coletivo.

A concepção do homem como sujeito histórico diferencia-se do indivíduo psicológico que alcança suas explicações nas atitudes e ações do “Eu” psicológico e do homem moral, das noções de ética, de liberdade e de responsabilidade. O sujeito histórico embora também englobe essas dimensões, atinge sua compreensão no entendimento da realidade na qual está inserido. Esta concepção de sujeito histórico é uma síntese do indivíduo psicológico e do indivíduo ético filosófico. O sujeito histórico volta-se essencialmente para “os processos de produção e reprodução da vida humana, sendo que as representações que surgem na mente humana são reflexos do real captados como representações na consciência” (PONTES, 1997, p. 59).

A apreensão do sujeito histórico está na práxis humana, uma vez que

O mundo humano foi criado pelos homens, no curso de sua história, a partir de uma natureza original que não se dá a nós senão transformada por nossos meios: instrumentos, linguagens, conceitos e signos ... Fonte de inesgotável riqueza a ser conquistada, o prático sensível nos conduz à práxis... A unidade do sensível e do intelecto, da natureza e da cultura, se nos oferece de todos os lados. Nossos sentidos tornam-se teóricos ... e o imediato revela as mediações que envolve (LEFEBVRE, 1987. p. 180-181).

O homem sujeito histórico tem a possibilidade de ousar e de se apropriar da cultura por meio de sua ação, transformando a natureza. Este fazer histórico, configura-se em prática desenvolvida pelos sujeitos coletivos históricos, portanto, uma prática intencionalizada para alcançar os grandes objetivos humanos, que são dominar e transformar a natureza, superando as dicotomias entre mente e corpo, objetividade e subjetividade, particular e universal, simples e complexo.

Fazendo-se e refazendo-se no processo de fazer a história, como sujeitos e objetos, mulheres e homens, virando seres da inserção no mundo e não da pura adaptação ao mundo, terminarão por ter no sonho também um motor da história. Não há mudança sem sonho, como não há sonho sem esperança (FREIRE, 1998, p. 91).

Esta complexa ação dos homens no fazer histórico pode ser definida e explicitada nos diversos momentos históricos e especialmente nas diversas fases e crises das sociedades capitalistas que modificam e modificaram contextual e estruturalmente as formações e as relações sociais que se instituem nesse processo.

Dessa forma, os homens sujeitos históricos se inserem em formações sociais, que se situam objetivamente nas estruturas de classes das sociedades capitalistas. Os sujeitos históricos se situam e se reconhecem a partir da noção de pertença a uma classe social, primeiramente a um grupo, cristalizando-se esta forma de pertença, seja

em valores e normas comuns, seja numa língua, seja em modos próprios de expressão simbólica (mitos, religião, tradição, etc.). Não há como conceber comunidade sem este referencial, porque é a partir daí que se dá a possibilidade fundamental de o grupo não somente conviver, mas de perceber-se institucionalizado e organizado. Principalmente a consciência histórica de pertença à comunidade funda-se em traços de identificação (DEMO, 1983, p. 62).

As formações sociais se constituem a partir das relações que se impõem e se estruturam na dinâmica social estando constituídas nos grupos sociais e nas classes sociais, sendo estas “um conjunto de práticas sobre as pessoas, dentro dessas relações. Essas práticas comuns geram, sistematicamente, experiências comuns que por sua vez são a base para um conjunto comum de compreensões do mundo” (Guareschi, 1992, p. 55).

As formações sociais são fonte de provisoriedade na dimensão de processualidade histórica, inseridas nas relações sociais que se estabelecem, na medida em que os indivíduos decidem agir coletivamente fazendo escolhas coletivas. A partir disto eles constroem a história e a sua história, por isso, devemos entender as formas como os indivíduos se integram nas práticas coletivas que os levam a ações de luta e de compromisso de classe, à qual eles pertencem. Para o concretizar-se das relações sociais, os indivíduos devem ter uma compreensão clara dos interesses objetivos da classe à qual pertencem. Os interesses dos indivíduos sejam eles subjetivos ou objetivos, que podem ser de raça, de gênero, de etnia ou mundiais, nacionais, regionais, locais, e outros, produzem e são passíveis de ações coletivas.

É fundamental para os indivíduos estruturar e concretizar relações sociais dentro das classes, porque, as relações “são um dos determinantes centrais das capacidades de classe, isto é, o poder e a habilidade das classes de conseguir concretizar seus interesses” (Guareschi, 1992, p. 44).

As relações sociais garantem a organização de classes e trazem engajamento de classes, que implica o pensar objetivo dos problemas cotidianos que são designados por Lefebvre (1987), como rotineiros ou homogêneos. Este engajamento social implica a concretização de interesses antagônicos de uma classe contra os interesses de outras classes. Esse processo de confronto se denomina luta de classes, neste contexto, “é uma consequência natural de sociedades baseadas, como de fato o são, em interesses antagônicos objetivos, gerados pelas estruturas de classe” (GUARESCHI, 1992, p 45).

A luta de classes é o motor que gesta e define os processos de organização coletiva e de consciência de classe dos indivíduos que pertencem a ela. Isto define o interesse e a capacidade das classes de alcançar a concretização de seus objetivos coletivos. É nesta capacidade de classe e dos grupos sociais envolvidos que surgirá significativamente a construção de solidariedades coletivas e de organização. Essa

construção abre perspectivas de participação das classes e dos grupos como forças sociais, porque existe a processualidade histórica já que, as “coisas históricas, que têm como modo de ser a imperfeição da história, não como defeito, mas como característica, são historicamente explicáveis” (DEMO, 1983, p.66-67).

A formação de sensibilidades solidárias e de organizações coletivas, na dimensão de formação social e de classe, decorre de como os indivíduos se situam na sociedade em relação à estrutura de classe e como eles participam e organizam as ações coletivas. Deve-se “compreender como as pessoas que ocupam essas posições se organizam, desorganizam, e se reorganizam nas diferentes situações de ação e de luta” (GUARESCHI, 1992, p 72).

A pertença a uma classe social determinada define sujeitos que compartilham interesses diversificados, e os que têm interesses comuns ou idênticos e os que têm interesses antagônicos. É a partir dos interesses que

os trabalhadores poderão ter uma compreensão direta e clara de seus interesses, poderão não possuir interesses de classes contraditórias que os impossibilitem de se unir, e poderão até não possuir interesses fora da classe que apresentem forte contradição; assim mesmo eles poderão fracassar na construção de formações de classes viáveis (GUARESCHI, 1992, p 74).

A compreensão dos interesses de classes levará os sujeitos a interagirem, em relação aos seus interesses de classe e em relação às outras pessoas. A disposição de ser solidário nas lutas coletivas da classe, implica a participação ativa ou até, mediante uma atitude passiva, alcançar objetivos coletivamente desejáveis.

É por isso que o opressor se desumaniza ao desumanizar o oprimido, não importa que coma bem, que vista bem, que durma bem. Não seria possível desumanizar sem desumanizar-se, tal a radicalidade social da vocação. Não sou se você não é, não sou, sobretudo, se proíbo você de ser. É por isso que, como indivíduo e como classe, o opressor não liberta nem se liberta. É por isso que, libertando-se, na e pela luta necessária e justa, o oprimido, como indivíduo e como classe, liberta o opressor, pelo fato de, simplesmente, proibi-lo de continuar oprimindo (FREIRE, 1998, p. 99-100).

Nesse sentido, a solidariedade como construção de classe deve ser a capacidade dos trabalhadores de lutar, em favor dos seus interesses de classes. Os trabalhadores ao ultrapassar o “eu” podem descobrir que o “eu” individual depende,

em parte, do que “os outros” decidem ao construir um projeto de classe, por intermédio de ações e reivindicações que garantem as conquistas da classe trabalhadora.

A solidariedade de classe é fundamental para definir um projeto de classe e não deve ser

portadora de visão parcial de sociedade, que não considera as relações sociais no interior do capitalismo baseadas na propriedade dos meios de produção e na apropriação privada do excedente. Por outro lado, há uma solidariedade historicamente vivida, intrínseca à produção à luta, e à organização dos trabalhadores, mas transformada ao longo da história pela visão dominante (GUSMÃO, 2000, p 93).

A solidariedade deve existir entre os trabalhadores, rompendo as distinções entre as diversas categorias de trabalhadores, para alcançar a solidariedade da classe trabalhadora, para isto, são necessários os espaços que são as teias de relacionamentos humanos, tais como as redes de solidariedade.

As redes de solidariedade se ampliam quando ultrapassam as dimensões do homem individualizado, restabelecendo a identidade entre os homens socializados. De qualquer maneira, para existir o homem socializado, histórico, antes ele deve ser subjetivo na sua apreensão das necessidades e sentimentos subjetivos. Estes surgem do eu e tornam-se nossos e socialmente aceitos. Isso acontece nas mediações estabelecidas nas teias das relações humanas, definidas por Arendt (1983) como “a esfera dos negócios humanos que existe onde quer que homens vivam juntos” (P. 197), e é exclusivo nas relações humanas.

A manifestação de ousadia do homem, como sujeito histórico, de estabelecer relações sociais a partir da ação e do discurso, origina sensibilidades solidárias nas sociedades. Por isto, é relevante, na organização social, incentivar as teias de relações como partes estruturadas ou estruturantes da realidade,

enquanto processos de ação política, enquanto práticas sociais em construção, enquanto movimento propriamente dito. Busca-se, sobretudo, os significados e alcances políticos e culturais das ações coletivas (...) a inovação encontra-se no surgimento de práticas políticas articuladoras das ações localizadas, de redes de movimentos (teias de relacionamentos) e na busca de metodologias que permitam entendê-las. Trata-se também de entender as interconexões de sentido entre o local (comunitário) e o global

(supra-nacional, transnacional) (SCHERER, 1993, p.22).

Na organização social é necessário introjetar um ser social em cada um de nós, que represente a psicologia do indivíduo, a subjetividade como forma de abstração inscrita e determinada pelo próprio nexos das relações sociais objetivas que se inscrevem na própria experiência Individual. Isso faz com que o indivíduo introjete seu trabalho como a concretização contingente de sua capacidade abstrata de trabalhar, e não como uma determinação de sua personalidade.

O encontro dos indivíduos, nas formações sociais, a meu ver, traz consigo a exigência da solidariedade, configurando-se a dimensão solidária das classes nas sociedades. A organização de coletivos sociais transcendem cada um dos sujeitos que as integram. Os homens, como sujeitos históricos, devem incorporar o sonho da humanidade mais solidária, na medida em que as sensibilidades solidárias são atividades humanizadas do agir social.

Não há utopia verdadeira fora da tensão entre a denúncia de um presente tornando-se cada vez mais intolerável e o anúncio de um futuro a ser criado, construído, política, estética e eticamente, por nós, mulheres e homens. A utopia implica essa denúncia e esse anúncio, mas não deixa esgotar-se a tensão entre ambos, quando da produção do futuro antes anunciado e agora o novo presente. A nova experiência de sonho se instaura, na medida mesma em que a história não se imobiliza, não morre. Pelo contrário, continua (FREIRE, 1998, p. 91-92).

As atividades humanizadas são estruturadas em redes de relacionamentos humanos. Estas redes são multifuncionais. E elas garantem nossa sobrevivência diária, desde as soluções das tarefas cotidianas mais simples até à inserção social no seio da sociedade.

Essa teia de relacionamentos humanos é

o canal que capta, integra e distribui informações, bens e serviços com maior eficiência, e isso é verdade tanto na operação de negócios quanto em relação às pessoas. Quando você se integra e cultiva sua rede de relacionamentos, tem sempre mais oportunidades de captar o que necessita e distribuir o que tem disponível (MINARELLI, 2001, p. 30).

A condição fundamental para que isto aconteça é a veiculação de

informações, pois os sujeitos sociais integrados e interligados nas redes de relacionamentos sociais farão parte das redes e da sociedade que deverão alcançar todos os indivíduos que pertencem à sociedade. Este processo de se inter-relacionar é natural só pelo fato de o homem ser um ser social. Por ser ele natural, não possui intencionalidade e se processa de forma espontânea.

A expansão e extensão das redes de relacionamentos sociais vão ocorrer na medida em que os homens vão convivendo e participando dos três diferentes níveis de redes de relacionamentos. São eles: o grupo primário que é formado pelas pessoas mais próximas, com as quais há forte envolvimento emocional e disposição imediata de colaborar e compartilhar objetivos comuns. Ele é formado pelas relações familiares. O grupo secundário é o das relações mais formais. São as relações sociais de trabalho e com o Estado. O grupo terciário, chamado de referência, que define os parâmetros de nossas ações individuais, pois seus valores e suas expectativas ordenam nosso comportamento individual, sendo este a relação intra-classe de pertença, na qual os indivíduos estão inseridos socialmente.

Estes níveis de redes de relacionamentos sociais representam

a interdependência, a integração e reciprocidade, elementos fundamentais na vida social... o ser humano parece ser a única espécie capaz de reconhecer-se como uma totalidade, isto é, percebemos estar inseridos num grupo amplo que inclui todos os nossos iguais, a humanidade. Essa é a base da nossa solidariedade (MINARELLI, 2001, p. 33).

O homem socializado se insere em um contexto social que compreende um conjunto de crenças, atitudes e orientações que levam à satisfação do bem-estar humano, sendo estas concretizadas pelas redes de relacionamentos, que são fenômenos essencialmente sociais.

Desde o nascimento os indivíduos interagem com o grupo, seja na família, na creche, na escola, nas associações, nos sindicatos, ou em outros grupos de interação que se formam espontaneamente aos quais as pessoas aderem buscando uma identidade individual e social.

Nenhuma ação educativa pode prescindir de uma reflexão sobre o homem e de uma análise sobre suas condições culturais. Não há educação fora das sociedades humanas e não há homens isolados. O homem é um ser de raízes espaço-temporais. De forma que ele é, na expressão feliz de Marcel: um ser situado e temporalizado. A

instrumentalização da educação é algo mais que a simples preparação de quadros técnicos para responder às necessidades de desenvolvimento de uma área. Depende da harmonia que se consiga entre a vocação ontológica deste ser situado e temporalizado e as condições espaciais desta temporalidade e de situacionalidade (FREIRE, 1979, p. 61).

A estruturação das ações e reações humanas se representam nas redes de relacionamentos sociais, que são caracterizadas na formação de vínculos sociais que são definidos pelas relações interpessoais, pelas relações dos indivíduos, dos grupos e da sociedade.

O Programa de Saúde da Família ressalta a importância da estruturação de vínculos e a compreensão das redes de relacionamentos sociais, em que os indivíduos estão inseridos. A compreensão e a percepção destas redes e dos vínculos estabelecidos pelo usuário no Programa são fundamentais para as Equipes de Saúde. O programa valoriza a criação de vínculos sociais considerando como atribuições básicas:

Valorizar a relação com o usuário e com a família para a criação de vínculo de confiança, que é fundamental no processo de cuidar ...Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde através da Educação Sanitária ... Discutir de forma permanente, junto à Equipe e à Comunidade, o conceito de Cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que as legitimam... O fundamental é a postura do profissional que precisa se comprometer com as pessoas, conhecendo mais sobre aspectos de suas vidas particular, familiar e social, que possam ser úteis na promoção dos cuidados com a saúde...O conhecimento aprofundado da realidade local deve levar à identificação das doenças mais comuns e seus determinantes. A convivência contínua com as pessoas e com as famílias deve propiciar, com o tempo, um vínculo de responsabilidade, que é fundamental não só para o tratamento das doenças, mas também para a promoção da saúde e realizações de ações, enquanto os indivíduos são saudáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 8-9).

Ressalta-se que para atingir um vínculo de confiança com a comunidade, deve-se ter um profundo conhecimento da realidade, das redes de relacionamentos sociais. Nesses os indivíduos estruturam sua identidade social e os vínculos de referência para a defesa de seus interesses, que irão garantir a satisfação de suas necessidades básicas. A partir desta percepção é que as Equipes do Programa de Saúde da Família devem conhecer a realidade profundamente. Na qual eles estão

inseridos. “É no espaço onde os próprios setores populares desenvolvem (expressem, critiquem, enriqueçam, reformulem, valorizem) coletivamente seus conhecimentos, suas maneiras de aprender e explicar os acontecimentos da vida social “ (BRANDÃO, 1981, p. 22).

A viabilização dos vínculos sociais, no Programa de Saúde da Família passa pela abrangência de uma população, ou seja, um número fixo de famílias, como já registramos neste estudo que cada Equipe de Saúde deverá assistir de seiscentas a mil famílias e o Agente Comunitário de Saúde deverá atender de vinte a duzentas e cinquenta famílias.

Os vínculos sociais são uma das formas encontradas para organizar as Equipes de Saúde do Programa de Saúde da Família e a população de abrangência. Os vínculos sociais devem traduzir a preocupação de conhecer as redes de relacionamentos sociais, desta maneira, as Equipes de Saúde do Programa de Saúde da Família descrevem estes vínculos: “costumes, crenças religiosas, cultura...”vínculos de amizade entre a equipe e a família”... “a população amparada pela equipe; conhecendo a fundo o problema individual e coletivo da comunidade”... “pelo conhecimento da realidade de cada família, pode atuar conforme a necessidade e com mais agilidade”... “vivenciar as dificuldades de cada família, como moradia, renda financeira “... “A busca de caminhos para a melhoria de vida de todos, distribuição e aplicação adequada de verba”... “é que nós nos tornamos o médico, a enfermeira da família, passamos a conhecer a vida da pessoa mais profundamente, por causa do contato constante e assim criamos vínculos bastante fortes “... “a confiança que as famílias adquirem na equipe principalmente no agente comunitário de saúde”... “a simplicidade e a resolutividade que cada membro da equipe trata e identifica cada família”... “transparência, amizade e confiança “... “conhecimentos da realidade de cada família, adequando o tratamento ao seu modo de vida” ... “morar na comunidade, promover reuniões educativas, tratar de todas as pessoas da família” ... “vínculos de amizade, confiança e cooperação mútua, fraternidade, liberdade de intercomunicação, troca de idéias, experiências” ...”de segurança, confiabilidade, ajuda mútua, mas dando mais que recebendo”...”vínculos de respeito, confiança e compreensão”... “percepção precoce de riscos pessoais e familiares”... “abordagem precoce dos problemas” ... “vínculo de segurança e confiança”... “resposta para intercoerência relacionadas saúde dentro da família...” O agente comunitário de saúde, atendimento qualificado, afinidade, compreensão, interesse profissional do Programa de Saúde da Família”... “atenção da comunidade, amizade, confiança das pessoas em relação ao agente, ao médico”... “um elo entre a comunidade e um sistema mais avançado de saúde”... “vínculo , de companheirismo, confiança, seriedade, compromisso, humanização e outros” Questionários (ACS, nº 5, 9, 14, 16, 17, 26, 28, 32, 37 e ES, nº 16, 18, 19, 15, 32, 2001).

Os vínculos sociais devem ser a referência da população para com a Equipe de Saúde, a fim de procurar e a produzir cuidados com a Saúde. Essas atitudes também são de responsabilidade de cada membro da Equipe diante de

sua atribuição no atendimento ou seguimento do problema. A autonomia da Equipe é estimulada para "inventar" o projeto terapêutico mais adequado, acordado com o usuário. Investe-se em processos que promovam a autonomia dos usuários diante de suas questões de saúde (SILVA, Jr., 1998, p. 105).

Ressaltamos que a estratégia fundamental do Programa de Saúde da Família é

contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição da responsabilidade entre os serviços de saúde e a população. E, para atingi-lo, a Equipe de Saúde da Família precisa conhecer a realidade da população sob suas responsabilidades: os contextos familiares e a vida comunitária, desenvolvendo um processo de planejamento pactuado em cada uma de suas fases: na programação, na execução e na avaliação (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2000, p. 4-5).

Os vínculos sociais devem estabelecer relações e redes de relacionamentos sociais solidários e é na organização social que se encontram ou localizam a garantia da produção e distribuição dos bens e serviços para a sociedade, a partir dos diferentes reordenamentos sociais, políticos, e culturais que se estabelecem nas comunidades para sua sobrevivência cotidiana. Desta forma

quando as relações e redes de solidariedade vão se tornando mais amplas, extensas e complexas emergem novas propriedades nas relações e sistemas que vão introduzindo a necessidade de novos tipos de soluções institucionais que continuarão em tensão contraditória e complexa com o princípio de sociedade (ASSMANN, 2000, p. 160).

Deste modo, confirmamos a necessidade de incentivar a preocupação de solidariedade como valor social, nas Equipes de Saúde do Programa de Saúde da Família. Não somente no sentido restrito de "ser amigos" conhecidos, mas, em especial, pela ampliação das sensibilidades solidárias. Essa ampliação contribui

para diminuir o excessivo egoísmo e individualismo humanos, entranhados nas relações sociais da sociedade brasileira e do mundo.

Verificamos esta preocupação do Programa de Saúde da Família ao observar o fato de que os Agentes Comunitários de Saúde “pertencerem à comunidade”, o que facilita a criação de vínculos, o que atrairá “famílias que não aceitam o programa”... “que tem medo de ter que procurar atendimento” ... “os marginais vêem os profissionais do Programa de Saúde da Família como denunciadores” ... “os que tem inveja pelo cargo e pela possibilidade de poder fazer parte do Programa de Saúde da Família” .. “os que tem que mudar os hábitos, conceitos, sobre prevenção e precauções” ... “os desconfiados, não conhecem o programa não acreditam na solução, não compreendem a filosofia ao programa”. Questionários (ACS, nº 7, 9, 12, 13, 2001).

Os vínculos sociais também são estabelecidos com os Agentes Comunitários de Saúde. “por serem da comunidade, às vezes, confiam no que orientamos, seja na questão educativa ou particular”... “são gratos pela visita ao Agente Comunitário de Saúde” ... “pela facilidade de criar vínculos, mas em contra partida existe cobranças de todos os tipos” ... “existe um profundo descrédito na política Brasileira e nas promessas dos políticos, o que causa revolta na população” ... “quando procuram atendimento nos postos querem respostas imediatas, quando não existe as respostas os Agentes Comunitários de Saúde são agredidos; os Agentes Comunitários de Saúde são os que ouvem reclamações”. Questionário (ACS, nº 25 e 26, 2001).

Percebemos que a criação de vínculos é bastante restrita nas Equipes do Programa de Saúde da Família, porem bastante amplas nas Equipes de Agentes Comunitários de Saúde. Percebemos, também, que a confiança, a amizade, a credibilidade, a importância do diálogo e principalmente a relação dialógica são incentivadores do ato de solidariedade, na tentativa de resolver problemas individuais e coletivos de saúde e para intervir sobre os mecanismos de produção de doenças.

As redes sociais interligam os indivíduos, e garante a formação de vínculos essencialmente solidários. “Este sistema compreende atitudes e procedimentos de convivência, cooperação e conjugação ou informações e recursos com o objetivo de obter algo para um ou mais membros da rede” (MINARELLI, 2001, p. 58) ou dos grupos sociais de pertença.

O programa de Saúde da Família prevê a criação de vínculos com a comunidade de abrangência para:

valorizar a relação com o usuário e com a família para a criação de vínculo de confiança, que é fundamental no processo de cuidar... desenvolver processos educativos através de grupos, voltados à recuperação da auto-estima, troca de experiência, apoio mútuo e melhoria do auto-cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 8-9).

Desta forma, ao se solicitar dos Agentes Comunitários de Saúde informações sobre as formas de criação de vínculos e o seu estabelecimento na comunidade, deram como exemplo: “nas visitas, pelo contato direto com as famílias e de acordo com suas necessidades, esclarecendo as dúvidas e orientação a se previrem” ... “através das visitas se ganha a confiança entre a família e o Agente Comunitário de Saúde”... “ainda não são vínculos capazes de caracterizar como humanização no processo de saúde” ... “este vínculo é feito, através da atenção, da importância do outro, o que outro diz ... “através dos vínculos de amizade, de confiança, de credibilidade, de companheirismo, e troca de informações” ... “através dos laços de amizade e confiança dos moradores para as Equipes de Saúde e os Agentes Comunitários de Saúde” ... “gerando confiança na comunidade, participação nos processos de mudança no perfil de vida da mesma” ... “os vínculos são formados a cada visita, a cada consulta” ... “estando perto, através de visitas domiciliares, mantendo a ética “. Questionários (ACS, nº, 5, 7, 9, 12, 25, 28, 32, 2001).

Observamos que as Equipes de Saúde e os Agentes Comunitários do Programa de Saúde da Família fundamentaram as relações de vínculos, no contato direto, na confiança, na amizade, na credibilidade, no companheirismo, na troca de confiança, e outros. Ressaltamos, contudo, que algumas Equipes de Saúde não acreditam que o estabelecimento de vínculos com as comunidades levem à humanização do processo de saúde.

As informações descritas a seguir, contudo, confirmam a possibilidade de humanizar os processos de Saúde: “estando ligados à comunidade abrimos um elo de responsabilidade que possa fazer parte da família, onde ajudamos e cuidamos com carinho” ... “o fato de estar no domicílio da família, estabelece uma relação mais próxima, mais eficiente. Deveria ser menor o número das famílias para cada equipe, só iria melhorar esta relação” ... “estabelecido através do diálogo, amizades já existentes” ... “através de visitas domiciliares e conversas informais”... “chegando com cuidado, observando e escutando mais do que falando para conquistar a confiança do paciente, pois quem fala demais pode acabar criando uma barreira em vez de vínculos” ... “por estarmos constantemente em suas casas, por desempenharmos carinhosamente o nosso trabalho, conseguimos conquistar o carinho e a amizade das pessoas em geral” ... “... Dizem que consultam e não têm remédio, querem fazer exames e falta material apropriado. Apesar disto, têm muitas pessoas que acreditam na saúde e nos recebem muito bem e valorizam o nosso trabalho” ... “aos poucos, no

primeiro momento existe resistência aos Agentes Comunitários de Saúde e da família. Depois com as repetidas visitas, o contato se amplia” ... “por meio de visitas domiciliares, adquirindo a confiança e a liberdade de expressão para com o Agente Comunitário de Saúde e com a mesma Equipe de Saúde” ... “morar na comunidade, realizar as visitas mensais, participar, tentando ajudar em relação aos problemas com diálogo, visitando as famílias mensalmente, participando dos problemas delas” ... “no meio do nosso trabalho foi difícil. Mas hoje, a maioria da população já aceita as orientações e crê que se cada um fizer a sua parte, os casos podem melhorar. Com as visitas domiciliares e as reuniões, as pessoas têm acesso e podem saber de seus direitos e deveres, ficando assim, mais fácil de lutar por eles” Questionários (ES, nº 5, 9, 12, 13, 17, 19, 20, 25, 2001).

Os vínculos interpessoais que se constituem com as Equipes de Saúde do Programa Saúde da Família e a Comunidade integram as redes de relacionamentos sociais, tendo como componentes essenciais as pessoas que necessitam de ajuda e podem ser fontes de soluções para os problemas dos outros. Podemos afirmar que a rede de relacionamentos sociais é uma forma de racionalizar as soluções dos problemas, tentando romper o isolamento social. Nesse sentido, é fundamental priorizar a convivência social, por meio da qual os homens estejam disponíveis a ajudar os outros.

Conforme explicita Minarelli (2001)

É o altruísmo o valor que move a humanidade na direção do bem. É o desejo de ajudar, de ser solidário com o outro antes mesmo de imaginar que essa atitude possa gerar algum benefício próprio no presente ou no futuro ... o objetivo é estimular um comportamento natural de solidariedade e de ajuda recíproca em todos aqueles que tomam consciência de que estamos em interdependência na rede de relacionamentos humanos (p. 61-62).

Analisando as informações dadas pelas Equipes de Saúde, pelo fato de os Agentes Comunitários de Saúde pertencerem à comunidade, eles afirmam que: “seu vínculo com o meio é que propicia as informações desejadas” ... “os Agentes Comunitários aumentam o vínculo e evitam as barreiras, pois estão no seu habitat” ... “as barreiras são grandes devido à desinformação da comunidade, pois a mesma não sabe qual é o verdadeiro papel dos Agentes Comunitários de Saúde. Inveja, desarmonia, marginalidade e outros, são os principais agravantes” ... “as pessoas com dificuldades de se relacionarem com a comunidade não são aprovadas no concurso para Agentes Comunitários de Saúde” ... “por serem da comunidade, transmitem mais segurança e confiança” Questionários (ACS, nº 2, 7, 9, 12, 19 e 21, 2001).

Verificamos ainda que existem dificuldades no que diz respeito ao

relacionamento da comunidade para com o Agente Comunitário de Saúde: “falta de respeito da comunidade em relação ao horário do trabalho do Agente Comunitário de Saúde” “Às vezes a comunidade não deixa o Agente Comunitário de Saúde em “paz”. Toda hora recorre a ele como se não houvesse hora para descanso” ... “dificuldades nas orientações em relação aos problemas descritos pela comunidade (sugestão promover mais treinamentos para os Agentes Comunitários de Saúde” ... “o fato de o Agente Comunitário de Saúde ser um dos moradores do local é favorável, porém é possível que existam diferenças pessoais” ... “apenas a desconfiança inicial da população, que depois se dilui com a frequência das visitas” ... “no princípio não, agora sim, porque nem tudo que a comunidade precisa o Agente Comunitário de Saúde pode oferecer. A comunidade não precisa só de informação” ... “em princípio teriam dificuldades, porém, mesmo pertencendo à sua área de abrangência não significa necessariamente que já possuam relações estreitas com todos da comunidade” ... “estas dificuldades dizem respeito à capacidade de verbalização adquirida em conhecimentos e experiências exigidas pela comunidade” Questionários (ACS, nº 5, 7, 9, 11, 16, 19, 27, 29, 33, 37, 2001).

Apesar das dificuldades as Equipes de Saúde do Programa de Saúde da Família e a comunidade não podem desistir, pois seu compromisso com a comunidade exige um fortalecimento dos vínculos sociais e das redes de solidariedade como enfatiza Minarelli (2001).

Esse é um investimento que requer algum tempo de prática diária. Não adianta hoje ter uma atitude pró-ativa em relação à sua rede e amanhã abandoná-la. O cuidado com os relacionamentos deve ser diário, e é preciso ter coragem de enfrentar as defesas que construímos para nós mesmos. É por isso que digo e insisto; cultivar a rede exige disciplina e uma nova atitude diante da vida. Quando bater o desânimo, não desista, insista, persista (p. 64).

É preciso reafirmar que no documento Cadernos de Atenção Básica-Estratégia Saúde da Família está previsto a exigência dos Agentes Comunitários de Saúde que: residem no município (ou bairro) onde atuam, trabalhando em regime de dedicação integral. Para garantir a vinculação e identidade cultural, com as famílias sob sua responsabilidade, os Agentes Comunitários de Saúde devem:

conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características socioeconômicas, psico-culturais, demográficas e epidemiológicas e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 8).

Nesta perspectiva, o Programa de Saúde da Família, prevê

desenvolver processos educativos através de grupos, voltados à recuperação da auto-estima, troca de experiências, apoio mútuo e melhoria do auto-cuidado ... discutir de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 200, p. 8 – 9)

A perspectiva de desenvolver processos educativos humanizadores está na capacidade de aprender para transformar a realidade, a partir do desenvolvimento ativo dos processos de aprendizagem e da produção de conhecimentos. Assmann (2000), assim descreve esse processo:

a educação não é uma atitude expectante diante do mundo, como se houvesse um mundo totalmente pré-definido a ser transformado em objeto do conhecimento ... conhecer, enquanto experiência desejante do sentido, é muito mais que recolher dados sobre o mundo, porque conhecer já contém a intencionalidade do querer apostar, avaliar se vale a pena ou não prosseguir nesse conhecimento, enfim, conhecer é perceber possibilidades do sentido para mim e para outros (p. 247).

Os processos educativos devem desenvolver um conhecer perceptivo e receptivo que nos leva a construir significados na realidade na qual as Equipes de Saúde do Programa de Saúde da Família atuam. Atribuir significados exige a comunicação dialógica como prática educativa humanitária que garantirá a inter-relação entre sujeitos com dialogo verdadeiro, que contribuirá para a mudança de suas histórias e da história. A inter-relação dialógica produz um pensar crítico entre os homens. Esta inter-relação dialógica cria além de um elo de confiança entre os indivíduos, um contexto solidário para a saúde física e psicológica, essencial e relevante para as Equipes de Saúde da Família.

O sonho pela humanização, cuja concretização é sempre processo, e sempre devir, passa pela ruptura das amarras reais, concretas, de ordem econômica, política, social, ideológica, etc., que nos estão condenando á desumanização. O sonho é assim uma exigência ou uma condição que se vem fazendo permanentemente na história que fazemos e que nos faz e refaz. Não sendo um *a priori* da história, a natureza humana, que nela se vem constituindo, tem, na vocação referida, uma das suas conotações (FREIRE, 1998, p. 99).

O contexto solidário deve trazer consigo o desenvolvimento histórico das diferentes formas de conhecimento e a acumulação dos saberes humanos, inseridos nas estruturas sociais e as formações sociais nas quais os homens sujeitos históricos estão engajados. O engajamento do homem na sociedade propicia o agir pedagógico e a construção do conhecimento, no sentido de sair de si para o outro, criar espaços para os outros. Isto significa educar na dimensão dialógica. Esta capacidade de atenção para os outros seres vivos e ao meio ambiente, implica sensibilidades solidárias. Como já afirmamos, a solidariedade não é sempre uniforme, sofre variabilidade, através do tempo e do espaço.

A transformação das atitudes egoístas em atitudes de preferências de altruísmo condicional na forma de estruturação de sensibilidades solidárias viabiliza a criação de vínculos de confiança entre os indivíduos, suscitando o agir em comunidades e a possibilidade de surgir lideranças capazes de coordenar, veicular as atividades e as informações, nas formações sociais nas quais existe uma intervenção com o intuito de lutar por melhores condições de vida, de trabalho, de saúde, de educação, de habitação, de lazer e outros que são preocupação também do Programa de Saúde da Família, no sentido de construção da cidadania.

Propõe o Ministério de Saúde (2000) a discussão de “forma permanente, junto à equipe e à comunidade, do conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam”. O Ministério de Saúde pretende com o programa “incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no conselho municipal de saúde” (p. 9).

A concretização de um novo projeto de modo de vida no momento atual que leve em conta a solidariedade e as redes, com uma nova direção ao processo produtivo e um novo projeto econômico com caráter distributivo, em contraposição ao projeto neoliberal vigente e ao Estado desenvolvimentista das décadas de 1930 a 1950 e nas últimas décadas do século XX deve conduzir à:

superação desse novo ciclo de organização do sistema financeiro que está voltado para a condição de parasita do Setor Público; emergência de novos conceitos sociais de “espaço” e “tempo” face ao surgimento dos novos padrões tecnológicos nas comunicações e telecomunicações, que se chocam com a petrificação da máquina estatal e da burocracia; singularizada pelo funcionamento da sociedade de classes tradicional, pelas novas técnicas virtuais; e o “declínio dramático” do movimento sindical (GENRO, 1999, p. 150).

Esse novo quadro sócio-econômico-político e tecnológico criou uma parte mínima da sociedade que possui “riqueza absoluta” altamente excludente em seu objetivo intrínseco de seu projeto, e uma grande parcela da sociedade que luta na “pobreza absoluta” sem recursos materiais e condições objetivas de abandonar este modo de vida imposto pelo projeto neoliberal injusto e excludente.

O processo de exclusão social assumiu um caráter estrutural em todas as sociedades orientadas pelo projeto econômico neoliberal, como também na sociedade brasileira. Este processo excludente se concretizou nas péssimas condições de vida da pobreza, estruturado nas novas relações de trabalho (o desemprego e o subemprego) com quase nenhum rendimento monetário que garanta as mínimas condições de vida para a população que se encontra nesta situação.

Este processo de desqualificação implica que esta maioria social não alcança sua autonomia como provedores familiares sem ter que procurar algumas alternativas de auxílio, tanto no nível da proteção social do Estado como no do terceiro setor “dito” filantrópico comunitário.

Outro aspecto fundamental nesta situação excludente inclui o não acesso a direitos sociais fundamentais,

as políticas sociais, com seus programas e proposições ineficazes, insuficientes e sobrecarregados diante de uma imensa maioria de pobres, vêm se conformando como instrumentos de pouca efetividade no enfrentamento da pobreza brasileira (YAZBEK, 1993, p. 47).

Este processo de desqualificação social excludente advém do processo de acumulação capitalista, o qual se fundamenta na expropriação e expulsão do núcleo de produção capitalista, uma parcela significativa da classe trabalhadora que está obrigada a inserir-se no mercado informal do subemprego e do desemprego estruturais. Por estes aspectos deve propiciar-se um processo inverso incluyente que construa uma sociedade justa, democrática, distributiva da riqueza, dos direitos e do poder.

As noções de solidariedade e de redes de solidariedade nos conduzem a reforçar e viabilizar as atitudes e comportamentos democráticos, solidários e participativos dos grupos sociais e de sujeitos concretos historicamente inseridos.

A mudança nas noções de espaço e tempo também provoca noções de sociabilidade completamente novas... o conceito de "reunião" como momento de unidade necessária para explicitação de diferenças e consensos pode deixar de ser um momento de expressão corpórea e afetiva para tornar-se numa coletividade virtual... um novo e decisivo problema coloca-se, então, para a esquerda interessada em reconstruir um projeto socialista de cunho democrático: a questão do "modo de vida", ou seja, como as pessoas pretendem organizar a sua vida pessoal e social, as suas relações familiares e de trabalho, e como as novas possibilidades de autonomia, promovidas pelas revoluções da informática e da microeletrônica, refletem no imaginário popular remetido para o futuro como utopia possível (GENRO, 1999, p. 149-150).

Este novo reordenamento social necessário e urgente deve trazer uma perspectiva de coletivos sociais, essencialmente, a família como unidade econômica e de consumo e também como espaço das relações sociais, que assegura os direitos sociais, o afeto e a proteção dos indivíduos, em detrimento da individualização dos direitos à criança e ao adolescente, à mulher, à gestante, aos idosos, aos negros, e outros. O enfrentamento da pobreza absoluta, além da redistribuição de riqueza, deve viabilizar políticas sociais e econômicas voltadas para as necessidades de vida destas famílias em situação de risco, capazes de prover resultados concretos de intervenção no cotidiano.



APROXIMAÇÕES CONCLUSIVAS:

O objetivo de os homens terem Saúde e serem sadios consiste em uma busca secular, tanto no nível da esfera privada quanto da esfera pública. Na esfera privada, a procura de tratamento para doenças, tem por finalidade a preservação da vida, pois esta procura pela Saúde tem inserida a percepção de morte. Nesta busca estão envolvidos o relacionamento familiar, os cuidados com o meio ambiente, as condições econômicas e sociais e o nível da esfera pública. Na esfera pública, essa procura se efetiva pela participação do cidadão nas decisões de políticas públicas que são necessárias para seu convívio social, definidas e administradas pelo Estado; no âmbito federal, estadual e municipal.

A compreensão polissêmica de Saúde e de Educação passa pela execução de um projeto que problematize a Saúde e a Educação, nas suas dimensões sócio-econômicas e políticas. A escolha de um paradigma que oriente esse projeto está estreitamente ligada ao confronto no universo das idéias e na definição de estratégias assumidas por seus defensores para implanta-lo como política pública, podendo vincular-se aos princípios advindos do Estado do Bem Estar Social ou do Estado Mínimo.

Tomamos aqui, por exemplo, as idéias de Bourdieu (1988) sobre o campo científico que impõe práticas científicas, e é a escolha desta prática que determina a opção por um paradigma e define também a bipolaridade das relações de poder da formação social de classe. Portanto, para atingir um paradigma no campo científico que abranja a multiplicidade das dimensões, deve-se estabelecer uma relação estrita com a estrutura econômica, política e ideológica, sem priorizar nenhuma delas, garantindo a pluralidade.

As definições e determinações no campo da Saúde Pública, objeto deste estudo, dependerão das relações de poder tanto no campo científico como na luta interna entre os segmentos envolvidos na prática social, que delineiam e representam as opções políticas predominantes na correlação de força e de poder.

O movimento da Reforma Sanitária nos anos 80, contribui de forma significativa na reestruturação da saúde no Brasil, assim como na reconstrução polissêmica do conceito.

A constituição Federal e a lei orgânica de saúde instituíram o Sistema

Único de Saúde (SUS) como um dos direitos sociais, integrante da Seguridade Social, sendo regido segundo princípios e diretrizes de universalização, equidade, integridade, descentralização e participação da população nos serviços, tendo uma organização regional de forma hierarquizada, com comando único em cada esfera de governo (municipal, estadual e federal).

O SUS concretizou uma nova forma polissêmica de saúde, inserindo nele políticas sociais e econômicas que visem a diminuição dos riscos de doenças e garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

A implantação e implementação do SUS foi em meio de profundas desigualdades econômicas e sociais que caracterizam nossas sociedades, e em nosso caso a sociedade brasileira tais como: a deteriorização do nível de emprego e renda, os bolsões de fome e miséria, a violência rural e urbana, as epidemias e endemias constantes e cíclicas, as doenças crônicas e as doenças crônicas adquiridas, sendo isto causadas pelo modelo sócio econômico excludente, não serão resolvidos por ações dos serviços de saúde, mesmo sendo estes de absoluta resolutividade.

As políticas para a Saúde e para a Educação, como as demais políticas públicas, na contemporaneidade, se inscrevem, por imposição dos ditames do neoliberalismo, um modelo pautado pela exclusão social e o individualismo, que provoca, por um lado, o acesso sem limites aos bens materiais e culturais por uma mínima parcela da população e por outro, a exacerbação da exclusão de grande parte da população, a qualquer bem material ou cultural.

Esta situação de pobreza é o resultado de um projeto de organização social da produção e de acumulação de capital dependente e excludente, cujo resultado foi uma estrutura social marcada pela concentração de renda, do poder político e de uma elite patrimonialista, centrada na defesa de seus privilégios.

A partir destas constatações, e pelo medo e angustias do ser humano, a relação de interação das dimensões polissêmicas dos conceitos de Saúde e de Educação têm-se alargado, redimensionando a relação objeto-sujeito, tentando “objetivar” o sujeito e “subjetivar” o objeto, dando novas tonalidades ou sensibilidades.

Esta interação entre objeto e o sujeito pressupõe a prática social histórica

e do modo de produção da vida material, que nas sociedades capitalistas acontece a partir da compra e venda da força de trabalho, da apropriação dos meios de produção e da venda de bens de produção e de consumo, isto é, o modo de produção da vida material capitalista. Assim que não é a sociedade que determina as relações sociais de produção. São as próprias forças produtivas que determinam as relações sociais, de acordo com o estágio de produção. É nas relações sociais de produção que se originam as classes sociais com interesses antagônicos. Portanto, são as relações sociais que determinam as condições de saúde, de educação, enfim, as condições de vida da população.

O conceito-referência é o trabalho humano enquanto práxis, transformando o homem em força produtiva, inserindo na diversidade social do trabalho, uma das características fundamentais da sociedade produtora de mercadorias, da propriedade privada dos meios de produção e troca de mercadorias.

O movimento de transformação dessa situação imposta por este modelo social e economicamente injusto encontra na relação Saúde-Educação uma prática social que pode provocar mudanças em favor de melhor condição de vida das comunidades, ditas excluídas.

A prática social é a expressão do ser humano como sujeito coletivo efetivado no fazer em sociedade. Este sujeito coletivo está presente, em todas as esferas das práticas, expressão do rompimento do homem como sujeito individual isolado.

Ressaltamos que a prática desenvolvida pelos sujeitos coletivos é uma prática intencional para atingir um dos grandes objetivos humanos, que é o dominar e transformar a natureza e hoje preservá-la, superando as dicotomias entre mente e corpo, objetividade e subjetividade, particular e universal, simples e complexo.

Essa qualidade reveladora da prática social, através da ação e do discurso se constrói quando os indivíduos estão em relação interpessoal de convivência humana. Esta manifestação da ação e discurso origina sensibilidades solidárias, que garantam atitudes humanizadas sobre o “agir social”. Estas atitudes devem estar impregnadas de propostas que respeitem as diferenças e abordando-os problemas sócias e éticos da coletividade principalmente quando dizem respeito à inclusão e exclusão social.

Nesta conjuntura, foram implementadas no Brasil, duas estratégias de reorganização da atenção básica em Saúde, que tentam inovar e pôr em prática, estes princípios de Promoção em Saúde, que são os Programas de Saúde da Família (PSF) e o Programa Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) que promovem uma mudança quantitativa e qualitativa, incentivando à comunidade a adotar hábitos saudáveis, humanizando o atendimento na Saúde.

O Programa de Saúde da Família, foi concebido pelo Ministério da Saúde, em 1994. Este programa surge para superar “deficiências” que, segundo o Ministério, existiam no modelo de assistência à Saúde como: ineficiência do setor, insatisfação da população, desqualificação profissional, além, de um serviço de natureza hospitalar, focalizado nos atendimentos médicos e baseado numa visão biologistica do processo saúde-doença.

O Programa é uma estratégia de mudança no atendimento da população. Esta intervenção deve pautar-se no profundo conhecimento dos problemas locais e pelo incentivo à organização da comunidade em busca de sua cidadania, e assim também à mudança de hábitos para ampliar o conhecimento e gerar melhoria da qualidade de vida da população. Deve existir uma maior aproximação dos serviços de saúde, a dinâmica familiar e comunitária para alcançar uma maior convivência e conseqüentemente o enfrentamento dos problemas de Saúde da população.

Uma das formas de alcançar esta aproximação verdadeira com a realidade da população é por intermédio da compreensão do diálogo estabelecido entre as Equipes de Saúde e dos Agentes Comunitários do Programa de Saúde da Família com a comunidade. Diálogo que permite reunir e analisar as informações, para alcançar uma prática humanitária em busca de soluções individuais e coletivas dos problemas vividos pela população. O diálogo se estabelece assim que a relação dialógica se efetiva. Essa ocorre na medida em que os envolvidos se fazem e se sentem sujeitos do processo de comunicação. A comunicação dialógica requer necessariamente uma ação pedagógica, alicerçada em processos de aprender a ouvir o outro. Estes dois processos-comunicação dialógica e ação pedagógica – implicam uma ação interpessoal, exigindo uma atitude dos sujeitos que estimule a comunicação e a organização do pensamento. Este processo requer a formulação de perguntas com precisão e respostas coerentes. Esta ação interpessoal deve garantir conhecimentos básicos e facilitar o aprender, o pensar, e o aprender a falar,

de forma criativa e crítica.

Esta intervenção dialógica, no caso do Programa de Saúde da Família, deve possibilitar uma relação de confiança, no sentido de contribuição e de troca. Por meio dessa interação vai se construindo um novo saber da comunidade e da Equipe profissional de Saúde.

O Agente Comunitário de Saúde no programa de Saúde da Família é uma das figuras fundamentais para a estruturação desta mediação e interação, pelo uso e domínio da linguagem clara e simples para que cada pessoa compreenda os ensinamentos que lhe são transmitidas e sejam esclarecidas as dúvidas da comunidade. Os Agentes Comunitários de Saúde e as Equipes devem ter clareza de que a interação dialógica e sua ação pedagógica não devem significar a cooptação do outro. Significa sim, a inter-relação de sujeitos, favorecendo a mudança de suas histórias e da História.

A relação de confiança instalada, leva muitas vezes às explicações e soluções que dizem respeito aos problemas particulares ou problemas específicos de determinados grupos sociais. Desta forma, a comunicação dialógica ganha significação na medida em que o homem se constrói crítico, criador e transformador. Deve-se considerar que quando as Equipes de Saúde e os Agentes Comunitários de Saúde contactam as comunidades, eles trazem consigo uma percepção dessa realidade, a partir de uma identidade atribuída, tendo um caráter sócio-político e histórico restrito. Esta identidade atribuída é externa ao grupo e é estruturada por grupos que não possuem a apreensão total da realidade desta comunidade. Para construir uma prática nas comunidades, principalmente quando o ponto de partida são as expectativas de Saúde da população primeiramente, deve-se atingir um ponto de superação da identidade atribuída das comunidades em relação às Equipes de Saúde e os Agentes Comunitários de Saúde e vice-versa, alcançando práticas educativas coerentes com a realidade, na conquista de qualidade de vida das populações.

O Programa de Saúde da Família deve-se dispor a construir um novo projeto de reordenamento da vida e das doenças com o surgimento de trocas verdadeiras que levam a propostas viabilizadoras de Saúde. Esse projeto de reordenamento deve enfatizar as relações sócio-culturais e padrões sócio-psíquicos dos diferentes grupos e de suas expectativas, e dos sujeitos individualizados para a



construção de um Projeto de Saúde que combata e erradique não só as doenças, mas, sim, e principalmente, as desigualdades econômicas e sociais.

O Programa de Saúde da Família deve referenciar-se no paradigma da sensibilidade solidária. Não só na solidariedade de qual nasce o reconhecimento da interdependência dos indivíduos, mas, na solidariedade que valoriza a sensibilidade solidária. A opção pela sensibilidade solidária confirma a reorientação e releitura das práticas educativas e do cotidiano, nas Equipes e nos Agentes Comunitários de Saúde, pela superação da verticalidade dos argumentos e das propostas, transformando-se em diálogo horizontal, de educação mútua. O Programa de Saúde da Família, para atingir práticas educativas de uma vida saudável. Deve embasar-se nos princípios da Educação libertadora de Paulo Freire. Para isto, os atores do Programa de Saúde da Família devem estar atentos para construir modos de intervenção na realidade, valorizando o diálogo, enfatizando o saber popular e criando situações para a comunidade ir apropriando-se do saber erudito-científico, sem violentar a cultura popular.

As práticas educativas transformadoras são fundamentais no trabalho educativo desenvolvido pelas Equipes de Saúde e dos Agentes Comunitários do Programa de Saúde da Família, com a comunidade envolvida neste processo.

As Equipes de Saúde da Família devem estar sensibilizadas para perceber a realidade, precisando ser educadas e entendendo a Educação como um processo que tem ponto de partida e de chegada na prática social.

A apreensão da realidade é um processo educativo que significa construção, estruturação e enriquecimento a partir da ação-reflexão das populações atendidas pelo Programa de Saúde da Família, vinculada principalmente aos interesses concretos de suas experiências cotidianas de vida e de trabalho. O elo educativo das práticas educativas transformadoras das Equipes e dos Agentes Comunitários de Saúde, no Programa de Saúde de Família deve apontar soluções para a realidade concreta vivida, nas comunidades.

As práticas educativas transformadoras devem estar inseridas no desvelamento e intervenção na realidade concreta, em que os educadores se educam e estão se educando com os grupos populares, por intermédio da participação crítica destes grupos, estabelecendo com isto um permanente e



dinâmico movimento.

As práticas educativas transformadoras e humanizadoras se estabelecem no sentido em que a humanidade se faz a si mesma, em cada espaço físico, em cada tempo histórico, na perspectiva mais universalista de Educação na formação humana.

Essa noção de universalidade – Paidéia – veio imprimir uma nova atitude à Saúde, como atributo das pessoas, dos sujeitos. Não há como falar de Saúde, desconsiderando os sujeitos concretos, ainda que a produção de Saúde dependa deste contexto.

A concepção de Paidéia provoca a modificação do método de governar e de viver em sociedade. Esta concepção abre uma perspectiva democrática, de orçamento participativo, conselhos e outras formas colegiadas de administração. Além disto, a abordagem de Paidéia dos processos educativos veio provocar um dos mais significativos fenômenos de contemporaneidade, trata-se da ampliação do conceito de Educação.

A partir de todas estas reflexões, podemos visualizar a potencialidade das práticas educativas transformadoras em Saúde, sendo este um movimento social pela vida, pela construção de um novo saber, por um novo saber político, explicitado pelo fazer pedagógico em Saúde. Desta maneira, as práticas educativas transformadoras humanitárias colocam o Programa de Saúde da Família como uma alternativa viabilizadora a esta transformação sócio-educativa-pedagógica.

Constatamos que as ações educativas desenvolvidas no Programa de Saúde da Família são formas de aproximação dos profissionais da área da Saúde, um trabalho social que se propõe mais coerente com a realidade vivida por estas populações.

As práticas educativas transformadoras na área de Saúde devem garantir fundamentalmente a melhoria da assistência e essencialmente o desafio de aprender a transformar-se, a partir das situações emergenciais que são vivenciadas, na realidade com as Equipes de Saúde e dos Agentes Comunitários de Saúde do Programa de Saúde da Família.

As práticas educativas pressupõem uma visão abrangente de Educação, no desenvolvimento de novos saberes e um novo fazer cidadão. A educação deve

construir e reconstruir uma consciência para o desenvolvimento do pensamento crítico. Este processo pedagógico impõe a discussão da opressão e suas causas, como objeto de discussão e intervenção que resultará no engajamento necessário para a transformação da sociedade e a libertação dos indivíduos, desvelando as causas dessa opressão.

Estas práticas educativas focalizam o ser humano na sua integridade biopsicosocial. Por isto, as Equipes de Saúde da Família devem imprimir novos significados a estas práticas educativas no Programa de Saúde da Família, implicando além da autonomia do sujeito e da dignidade de cada um dos integrantes do processo educativo, uma relação imperativamente ética.

Em decorrência disto, a interação cultural é uma das formas centrais de compreensão da realidade para a implantação de práticas educativas transformadoras e para o equacionamento de conflitos. Essa interação humana se encontra presente em todas as organizações sociais, definindo trajetórias, as atividades e o resultado do fazer humano.

As Equipes de Saúde e os Agentes Comunitários de Saúde devem ser sensíveis na percepção da diversidade de cada grupo social, tendo em conta as situações sócio-econômicas, políticas e culturais das comunidades.

Conseqüência disto, o saber rompe a esfera individual configurando-se como saber coletivo, que representa o saber de uma época histórica, de um grupo social, de uma coletividade.

A valorização do saber popular é primordial no Programa de Saúde da Família, deve-se desenvolver na discussão, na definição e no sentir dos problemas, com a participação dos Agentes Comunitários de Saúde e a Comunidade, abordando o senso-comum como um sistema cultural. A relevância disto é a descoberta de que não existe um único saber, pois este saber popular local compõem uma teia de sabedoria ou de saberes.

Este resgate do saber popular no Programa de Saúde da Família partiu de uma iniciativa que surgiu antes dele, que é a figura dos Agentes Comunitários de Saúde, recrutados na própria comunidade, o que significa aceitar as formas populares de enfrentar e resolver problemas de Saúde. A participação dos Agentes Comunitários pretende superar o impasse entre o saber popular e o saber científico,

entre a racionalidade do conhecimento científico e a irracionalidade do conhecimento pré-científico. A necessidade de existir um elemento mediador entre Equipes de Saúde da Família, é sentida pela população, e não existe melhor interlocutor do que um morador da região que estabelece inter-relações entre os diferentes grupos, na perspectiva de uma relação dialógica.

O Programa de Saúde da Família desenvolve a inter-relação dialógica entre as próprias Equipes de Saúde, os Agentes Comunitários e entre eles e a população. Para tanto é necessário aceitar a maneira como as classes subalternas encaram sua vida, cercada de sofrimento, pobreza, violência impregnada de desigualdades econômicas e políticas.

Para alcançar uma síntese cultural devemos superar as fronteiras sócio-econômicas e políticas em que as sociedades situam seus cidadãos. A humanização paulofreireana, a proposta pedagógica de Educação popular se contrapõem a um mundo caracterizado pela violência e o individualismo, impregnado pelas atitudes egoístas dos indivíduos e da sociedade, levando-nos a propor um movimento diferenciado que leva a sociedade e os indivíduos a ter atitudes capazes de resolver os conflitos de maneira pacífica, a partir do conhecimento da necessidade do outro, tendo em contra sua cultura, sua espiritualidade e idiossincracia.

Para alcançar esta proposta pedagógica se faz necessária a criação de redes de solidariedade e de vínculos sociais, percebendo que o homem sujeito histórico tem a possibilidade de ousar e de apropriar-se da cultura através da ação, transformando a natureza. Este fazer histórico, configura-se em prática desenvolvida pelos sujeitos históricos, portanto, estruturadas numa prática intencionalizada para alcançar os grandes objetivos humanos, que é dominar e transformar a natureza, superando as dicotomias entre mente e corpo, objetividade e subjetividade, particular e universal, simples e complexo.

Esta complexa ação dos homens no fazer histórico, pode ser definida e explicitada nos diversos momentos históricos e especialmente nas diversas fases e crises das sociedades capitalistas que modificam e modificaram contextual e estruturalmente as formações e as relações sociais que se instituem nesse processo.

Na organização social é necessário introjetar um ser social um cada um



de nós, que represente a psicologia do indivíduo, da subjetividade como forma de abstração inscrita e determinada pelo próprio nexo das relações sociais objetivas que se inscrevem na própria experiência individual. As redes de solidariedade se ampliam quando ultrapassam as dimensões do homem individualizado, restabelecendo a identidade entre os homens socializados. De qualquer maneira, para existir o homem socializado histórico, antes ele deve ser subjetivo na sua apreensão de suas necessidades e de seus sentimentos.

O encontro dos indivíduos, nas formações sociais, a nosso ver, traz consigo a exigência de solidariedade, configurando-se a dimensão solidária das classes nas sociedades. A organização de coletivos sociais transcende cada um dos sujeitos que as integram. Os homens, como sujeitos históricos, devem incorporar o sonho da humanidade mais solidária, na medida em que, as sensibilidades solidárias são atividades humanizadas do agir social.

As atividades humanizadas são estruturadas em redes, exemplificadas em redes de relacionamentos humanos. Estas redes são multifuncionais, elas garantem nossa sobrevivência diária, desde as soluções das tarefas cotidianas mais simples até a inserção social no seio da sociedade.

A característica fundamental para que isto aconteça é a veiculação de informações, pois os sujeitos sociais integrados e interligados nas redes de relacionamentos sociais, farão parte das redes e da sociedade, que deverão alcançar todos os indivíduos que pertencem à sociedade.

O desenvolvimento das ações e reações humanas que são estruturadas nas redes de relacionamentos sociais, se caracterizam pela formação de vínculos sociais, que são definidos pelas relações interpessoais, pelas relações dos indivíduos, dos grupos e da sociedade.

Ressaltamos que para atingir um vínculo de confiança com a comunidade, os Agentes e Equipes de Saúde devem ter um profundo conhecimento da realidade, das redes de relacionamentos sociais. Nesses, os indivíduos estruturam sua identidade social e os vínculos de referência para a defesa de seus interesses que irão garantir a satisfação de suas necessidades básicas. Os vínculos sociais devem estabelecer relações e redes de relacionamentos solidários e, é na organização social que se encontram ou localizam a garantia da produção e distribuição de bens

e serviços para a sociedade, a partir dos diferentes reordenamentos sociais, políticos, e culturais que se estabelecem nas comunidades para sua sobrevivência cotidiana.

Foi possível comprovar com o presente estudo que os envolvidos com o Programa de Saúde da Família, da Região Noroeste de Goiânia, considerando todas as suas limitações, construíram a relação de confiança no sentido de contribuição e de troca com a comunidade. Por meio dessa interação foi se construindo uma nova atitude da comunidade e da Equipe profissional que além da relação de confiança rompeu com a cadeia do individualismo, e superou a tendência de omitir-se, principalmente, quando um precisa do outro para chegar às soluções dos problemas de Saúde.

Como perspectiva para o futuro o Programa de Saúde da Família prevê completar todas as Equipes Multidisciplinares de Saúde, integrando o profissional de odontologia, mas, no nosso entendimento, para alcançar e consolidar a dimensão sócio-educativa fundamental para a concretização deste programa, se faz necessário também a participação de profissionais de serviço social e de pedagogia, participação essa, por demais comprovada nesta pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APPLE, M. **Conhecimento Oficial. A Educação Democrática numa Era Conservadora**. Petrópolis. RJ: Vozes, 1997.
- ARENDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1983.
- ARROYO, M. **Trabalho – Educação e Teoria Pedagógica**. In: Frigotto, G. (Org.). **Educação e Crise do Trabalho: Perspectivas de Final de Século**. Petrópolis. RJ: Vozes, 2000.
- ASSMANN, H. **Competência e sensibilidade solidária**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.
- BERNARD, M. **L'utopie néolibérale**. Québec, Canadá : Bibliotheque Nationale du Canada, 1997.
- BOBBIO, N. **Direita e esquerda. Razões e significados de uma distinção política**. 2 ed. São Paulo: Unesp, 2001.
- BOGDAN R. e BILKEN. **Investigação qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto, Portugal: Porto, 1991.
- BOSI, A. **Dialética da Colonização**. São Paulo: Companhia da Letras, 1993.
- BOURDIEU, P. **O Poder Simbólico**. RJ. Bertrand Brasil, 1998.
- BRANDÃO, C. **Pesquisa Participante**: São Paulo: Brasiliense, 1981.
- BRZEZINSKI, I. **LDB Interpretada: Diversos Olhares se Entrecruzam**. São Paulo: Cortez, 2001.
- BREILH, J. **Epidemiologia, Economia, Política e Saúde**. São Paulo: Editora Universidade Estadual Paulista-Hucitec, 1991.
- BRONOWSKI, J. **Introdução à atitude científica**. Lisboa: Livros Horizonte, 1983.
- CAMPOS, G. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- _____. **Reforma da Reforma: repensando a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

- CANDEIAS, N. **Revista Saúde Pública**. 31 (2). São Paulo: 1997.
- CHAUÍ, M. **Introdução à História da Filosofia: dos pré-socráticos a Aristóteles**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.
- COHN, A. **Saúde no Brasil. Políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez, 1996.
- DALLARI, S. **Os estados brasileiros e o direito à Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.
- DELORS, J. **Educação – um tesouro a descobrir**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: MEC:UNESCO, 1999.
- DEMO, P. **Os desafios modernos da Educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.
- _____. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1981.
- _____. **Sociologia. Uma Introdução Crítica**. São Paulo: Atlas, 1983.
- DONZELOT, J. **A Polícia das Famílias**. Rio de Janeiro : Graal, 1986.
- ECO, U. **Rápida utopia. Reflexões para o futuro. Veja**. (Edição comemorativa de 25 anos). 1992.
- FALEIROS, V. **O que é política social**. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- FAZENDA, I. **Metodologia da pesquisa educacional**. São Paulo: Cortez, 1997.
- FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas. Uma arqueologia das ciências humanas**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. **O Nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.
- _____. **A crise atual da medicina**. In: Silva Junior, Modelos Técnicos Assistenciais em Saúde. O debate no campo da Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec. 1998.
- FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- _____. **Educação e Mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- _____. **Criando Métodos de Pesquisa Alternativa: Aprendendo Faze-la melhor através da Ação**. In: Brandão, C. **Pesquisa Participante**: São Paulo: Brasiliense, 1981.



- _____. **Pedagogia do oprimido**. 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
- _____. **Pedagogia da autonomia saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.
- _____. **Pedagogia da Esperança. Um reencontro com a pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.
- GADOTTI, M. **Educação Popular. Uma utopia Latino Americana**. São Paulo: Cortez, 1994.
- GADOTTI, M. **Perspectivas Atuais da Educação**. Porto Alegre: Artes Medicas, 2000.
- GEERTZ, C. **O Saber Local**. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.
- GENRO, T. **O futuro por armar. Democracia e socialismo na era globalitária**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- GENTILI, P. (ORG) **Pedagogia da Exclusão: o Neoliberalismo e a Crise da Escola Pública**. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.
- GOHN, M. **Educação não Formal e Cultura Política**. São Paulo: Cortez, 1999.
- GRAMSCI, A. **Alguns Temas da Questão Meridional. Temas de Ciências Humanas, nº 1**. Rio de Janeiro: Ed. Ciências Humanas, 1977.
- GUARESCHI, P. **Sociologia da Prática Social**. Petrópolis: Vozes, 1992.
- GUSMÃO, R. **A Ideologia da Solidariedade**. In: Revista de Serviço Social e Sociedade nº 62. São Paulo: Cortez, 2000.
- HAYEK, F. **Os fundamentos da liberdade**. Brasília: UNB, 1983.
- HOBSBAWN, E. **Era dos extremos. O breve século XX. 1914-1991**. São Paulo, Companhia das Letras, 1995.
- IANNI, O. **O colapso do populismo no Brasil**. São Paulo: Civilização Brasileira, 1971.
- KÖCHE, J. **Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e política da pesquisa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.
- KRAUS, R. **Estudo de um novo profissional: o educador de Saúde pública**. São Paulo: Mimeo. 1974.

- LAKATOS, E. **Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 1985.
- LAVILLE, C. **A Construção do Saber. Manual de Metodologia da Pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- LEA, E. **Aprendendo a pensar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000
- LEFEBVRE, H. **A práxis: A relação social com o processo**. In: Martins e Forachi. **Sociologia e Sociedade**. São Paulo: LTC, 1987.
- _____. **La vida cotidiana en el Mundo Moderno**. Madri: Alianza, 1972.
- LESBAUPIN, I. (organizador) **O desmonte da nação. Balanço do governo FHC**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- LIBANEO, J. **Pedagogia e Pedagogos para que?** São Paulo: Cortez, 1998.
- LOPES, R. **Pedagogia e emancipação humana**. São Paulo: Olho d'Água, 2000.
- LUKÁCS, S. **História e consciência de classe**. Porto? Publicações Escorpião, 1974.
- MAAR, W. **À guisa de introdução: Adorno e a experiência formativa**. In: Adorno, Th. **Educação e Emancipação**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.
- MARTINIC, S. **Saber Popular e Identidade**. In: Gadotti, M. **Educação Popular. Uma utopia Latino Americana**. São Paulo: Cortez, 1994.
- MARTINS, J. **Caminhada no chão da noite. Emancipação Política e Libertação nos Movimentos Sócios no Campo**. São Paulo: Hucitec, 1989.
- MARTINELLI, M. **O uso e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998.
- _____. **Pesquisa qualitativa. Um instigante desafio**. São Paulo: Veras Editora, 1999.
- MARX, K. **Contribution a la critique de l'economie politique**. Paris : Éditions Sociales, 1972.
- MENDES, E. **Uma agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.
- MINARELLI, J. **Networking, como utilizar a rede de relacionamentos na sua vida e na sua carreira**. São Paulo: Gente, 2001.
- MINISTÉRIO da Saúde. **Cadernos da Atenção Básica. Estratégia. Saúde da Família**. Brasília, 2000.

MORAES, H. **Informações em Saúde da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo - Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

MORENA, N. **Saúde e Educação**. Arquivo de Higiene e Saúde Pública. São Paulo: XI (29), 1953.

OLIVIERI, D. **O "ser doente". Dimensão humana na formação do profissional de Saúde**. São Paulo: Moraes, 1985.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Oficina Regional de La Organizacion de la Salud. Educaion continua; guia para la organizacion de programas de educion continua para el personal de la salud**. Washington: 1978.

PICHON, E. **Psicologia da Vida Cotidiana**. São Paulo: Martins Pontes, 1998.

PONTES, R. **Mediação em Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1997.

POULANTZAS, N. **Poder político y clases sociales en el estado capitalista**. México, Siglo XXI, 1970.

PRZEWORSKI, A. **Capitalismo e social democracia**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

QUINTANEIRO, T. e outros. **Um toque de clássicos**. Belo Horizonte: Universidade de Minas Gerais, 1999.

RDH-PNUD. **Relatório de desenvolvimento humano**, Brasília, 1997.

REYZÁBAL, M. **A comunicação oral e sua didática**. Bauru, SP: Editora da Universidade do Sagrado Coração, Edusc, 1999.

RODRIGUES, J. **Durkheim, sociologia**. São Paulo: Ática, 1978.

ROPÉ, F. **Saberes e competências. O uso de tais noções na escola e na empresa**. Campinas: Papirus, 1997.

SADER, E. (organizador). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

SANTOS, W. G. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SANTOS, B. **Democracia convive com o fascismo social**: São Paulo: Folha de São Paulo, 21 de maio de 2001, p. A-7.



_____. **Pela mão de Alice. O social e o político na pós-modernidade.** São Paulo: Cortez, 1997.

SANTOS, J. **O que é cultura?** Coleção Primeiros passos, São Paulo: Brasiliense, 1986.

SANTOS, W. **Décadas de espanto e uma apologia democrática.** Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

SAVIANI, D. **Da nova LDB ao novo Plano Nacional de Educação: por uma outra política educacional.** Campinas, SP: Autores Associados, 1998.

_____. **Escola e democracia.** São Paulo: Cortez, 1986.

SCHAFF, A. **História e verdade.** São Paulo: Martins Fontes, 1995.

SCHERER, I. **Redes de Movimentos Sociais.** São Paulo: Loyola, 1993.

SILVA JUNIOR. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde. O debate no campo da Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 1998.

SORJ, B. **A nova sociedade brasileira.** Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

VALLA, V. (org.) **Saúde e Educação.** Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

VASCONCELOS, E. (Org.). **A Saúde nas palavras e nos gestos reflexões da rede de Educação popular.** São Paulo: Hucitec, 2001.

_____. **Educação popular nos serviços de Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **Educação popular e a atenção à Saúde da Família.** São Paulo: Hucitec, 1999.

VIANNA, C. **Os nós do "nós". Crise e perspectivas da ação coletiva docente em São Paulo.** São Paulo: Xamã, 1999.

VIEIRA, E. **Estado e miséria social no Brasil: de Getúlio a Geisel.** São Paulo: Cortez, 1987.

YAZBEK, M. **Classes Subalternas e Assistência Social.** São Paulo: Cortez, 1993.

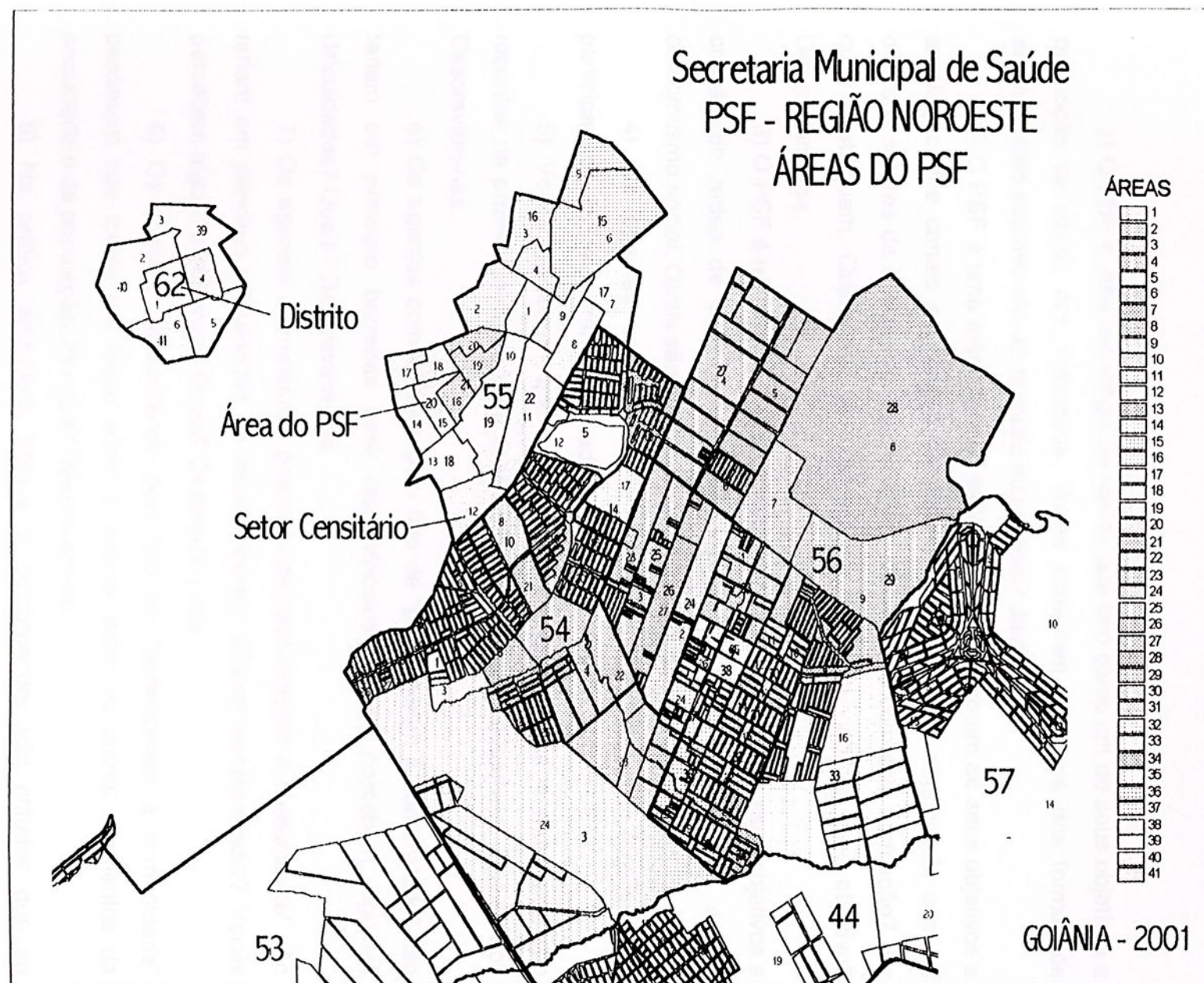
ANEXO I

Modelo Gerencial

ANEXOS

[illegible]

Secretaria Municipal de Saúde
PSF - REGIÃO NOROESTE
ÁREAS DO PSF



ANEXO II

ANEXO III

QUESTIONÁRIO PARA AS EQUIPES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) DA REGIÃO NOROESTE DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA

1) O PSF é uma estratégia de saúde que tem como um de seus objetivos a promoção de saúde dos indivíduos. Vocês acreditam que uma das formas de alcançar este objetivo são as práticas educativas? Justifiquem.

2) O PSF é uma estratégia de saúde que tem como um de seus objetivos a ampliação dos canais e espaços de interação cultural e de negociação com os diversos setores da sociedade. Vocês concordam ou não com esta afirmação? Por que? Justifiquem. Quais são os encaminhamentos para viabilizar este objetivo? Descrevam-nos.

3) O PSF é uma estratégia de saúde que tem como um dos seus objetivos a criação de redes de solidariedade numa perspectiva de emancipação ou de conformismo social. Quais são suas opiniões? Justifiquem-nas.

4) Os agentes comunitários inseridos no cotidiano das famílias que participam do PSF elaboram ações educativas. Quais são?

5) Vocês percebem que as atividades educativas na comunidade são recentes na promoção da saúde? Vocês utilizam técnicas educativas? Quais são? Descrevam-nas.

6) Os agentes comunitários pelo fato de “pertencerem à comunidade” não teriam em princípio barreiras para criar vínculos? Vocês percebem algumas dificuldades? Quais? Descrevam-nas.

7) Os agentes comunitários pelo fato de “pertencerem à comunidade” não teriam em princípio dificuldades de estabelecerem diálogo transformador? Vocês percebem alguns problemas? Quais? Descrevam-nos.

8) Os agentes comunitários pelo fato de “pertencerem à comunidade” percebem que existe um fosso sócio e cultural entre os outros segmentos da sociedade e da população. Por que? Descrevam-no.

9) Na prática educativa, intervir e compreender são atitudes que se complementam e ao mesmo tempo são antagônicas. Como vocês superam esse impasse? Justifiquem.

10) Vocês concordam com este princípio “enquanto você educa, você é educado em diálogo com o educando”? Vocês acreditam nesta proposta? Justifiquem.

11) O PSF tem por princípio que as práticas educativas exigem dela criar novos significados no cotidiano das famílias atendidas pelo Programa. Quais são essas práticas? Quais são os significados construídos por vocês? Descrevam-nos.

12) O PSF tem por princípio a concepção de criar novas práticas educativas a serem construídas no cotidiano das famílias. Quais são estas novas práticas? Descrevam-nas.

13) Os agentes comunitários são um elo entre a cultura dominante e a cultura marginalizada. Vocês acreditam na inter-relação entre ambas ou para vocês são antagônicas?

14) O PSF tem como princípio a humanização do processo de saúde, a partir do conhecimento da realidade das famílias e da criação de vínculos com as mesmas. Quais são estes vínculos. Descrevam-nos.

15) O PSF tem como princípio a educação como socialização e a humanização do processo de saúde. Como vocês descrevem e avaliam estes processos?

16) Vocês têm observado mudanças no PSF desde a sua implantação até hoje? Quais? Em que dimensão?

17) Dificuldades encontradas no processo educativo no PSF.

Sugestões: do Programa de Saúde da Família Para a Pesquisa.

ANEXO IV

QUESTIONÁRIO PARA OS AGENTES COMUNITÁRIOS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) DA REGIÃO NOROESTE DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA

1) Vocês como agentes comunitários inseridos no cotidiano das famílias que participam do PSF visualizam ações educativas nesta realidade? Descrevam com detalhes.

2) Vocês como agentes comunitários pelo fato de “pertencerem à comunidade” não encontram problemas para criar vínculos? Vocês percebem alguns? Que tipo de problemas? Descreva-os com detalhes.

3) Vocês como agentes comunitários pelo fato de “pertencerem à comunidade” não encontram dificuldades para estabelecer diálogo? Vocês percebem? Quais são? Descreva-os com detalhes.

4) Vocês como agentes comunitários observam que o PSF é a humanização do processo de saúde, “é o estar perto”? Como vocês descrevem este contato?

5) Vocês como agentes comunitários observam que o PSF é a humanização do processo de saúde, “é a criação de vínculos”? como vocês estabelecem estes vínculos? Descreva-os.

6) Dificuldades encontradas no processo educativo no PSF.

Sugestões do PSF para a Pesquisa.

