

**Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma
abordagem geográfica para a aprendizagem da
territorialização em vigilância em saúde**

por

Maurício Monken

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de doutor em

Orientador: Prof^or Dr. Christovam Barcellos

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA – ENSP
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ

Rio de Janeiro, agosto de 2003

A minha mãe Maria José, eterna incentivadora e por ter acreditado sempre nas minhas escolhas profissionais e ao meu pai, Mario, pelos incentivos em diversos momentos difíceis. Aos meus irmãos, Vera e Cicio, pelo imprescindível apoio material em minha formação. A minha esposa Andréa, pela paciência, companheirismo e força, e os pequenos João Marcos e Pedro Vítor, meus filhos, que são a razão de tanto esforço pessoal para tentar melhorar o mundo em que vivemos.

AGRADECIMENTO

Ao fim deste trabalho gostaria de agradecer a todas aquelas pessoas que participaram de alguma forma para o desenvolvimento da pesquisa, principalmente:

Ao amigo e pesquisador – orientador deste trabalho – Dr. Christovam Barcellos por seus ensinamentos nos caminhos da pesquisa. Mais que gratidão, minha admiração por sua dedicação e bom senso na condução da pesquisa.

Ao Prof^{or}. Ulysses Confalinieri pela oportunidade dada a mim no início dos trabalhos da pesquisa;

Aos amigos, pesquisadores e professores Gracia Gondim e Carlos Batistella, responsáveis por alguns dos caminhos tomados por este estudo, pela amizade, incentivo e pelo apoio compartilhados neste trabalho;

À querida Dr^a. Brani Rozemberg que entendeu e incentivou o meu trabalho de uma forma sincera e profissional;

À FIOCRUZ e especialmente a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/EPJSV pela oportunidade dada a mim em abrir os caminhos fascinantes da saúde pública;

À toda equipe do Núcleo de Vigilância em Saúde e Meio Ambiente/EPJSV pelo apoio na realização da pesquisa;

Ao CNPQ que através de sua bolsa de estudo permitiu a realização da pesquisa;

Aos amigos do curso de doutorado pelos bons papos e grandes conversas que ajudaram a entender o mundo acadêmico;

E a futura geógrafa Edilene Menezes, pela revisão final e pelas ótimas sugestões dadas para a melhoria do texto da tese.

“Não há ensino sem pesquisa e nem pesquisa sem ensino. Esses que fazeres se encontram um no corpo do outro. Enquanto ensino, continuo buscando, reprocurando! Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquiso para constatar e, constatando intervenho; intervindo educo e me educo. Pesquiso para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade.” (Paulo Freire, 1996: 32)

SUMÁRIO

Apresentação.....	09
Introdução.....	15
Capítulo 1: A abordagem geográfica como pressuposto para a operacionalização da promoção da saúde.....	17
1.1) As práticas de vigilância em saúde e a territorialização.....	19
1.2) A interação saúde e ambiente: dos tratados de geografia médica à geografia da promoção da saúde.....	25
1.3) Território, reconhecimento geográfico e as práticas da vigilância em saúde...	37
1.4) Micro-geografias e interações humanas – uma aproximação aos territórios utilizados no cotidiano.....	41
Capítulo 2: Princípios pedagógicos para uma tecnologia educacional em saúde...	51
2.1) O processo de ensino aprendizagem e a prática educativa reconstrutiva.....	52
2.2) A prática educativa através da pesquisa.....	63
2.3) Desafios para as práticas de formação no campo da saúde coletiva: o processo de trabalho como princípio da prática educativa.....	70
Capítulo 3: O trabalho de campo como estratégia para a construção de tecnologia em educação: relacionando a aprendizagem de caráter investigativo ao processo de trabalho de profissionais para a vigilância em saúde.....	83
3.1) A tecnologia educacional como um processo para a prática educativa.....	83
3.2) Questões de didática: o “que fazer” da prática pedagógica.....	88
3.3) Situação geográfica, contexto local e territorialização: da técnica a metodologia.....	89
.....	
3.4) O trabalho de campo no processo de conhecimento.....	95
3.5) Os recursos investigativos e pedagógicos para a aprendizagem no reconhecimento de contextos.....	96
Capítulo 4: Interagindo o processo pedagógico com o processo de trabalho através do reconhecimento do território: o trabalho de campo em ação no PROFORMAR – Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde.....	109
4.1) Saúde, educação, cidadania e participação: desafios para o século XXI – experiência do PROFORMAR.....	109
4.2) O trabalho de campo no processo de qualificação profissional: o caderno de atividades do trabalho de campo do primeiro Curso de Desenvolvimento Profissional de Agentes Locais de Vigilância em Saúde do PROFORMAR.....	116
Considerações finais.....	160
Referências Bibliográficas.....	164

RESUMO

A finalidade da pesquisa é construir práticas educativas tendo como pressuposto as possibilidades de uma abordagem geográfica para o trabalho em saúde coletiva. Para isso, foram utilizados conceitos como o da promoção e da vigilância em saúde para a ação nos serviços de saúde, tendo como fim a implementação de práticas específicas para as ações de saúde no campo. Estes conceitos e modelos técnico-assistenciais, têm na categoria território a estratégia básica para sua operacionalização e recorrem ao planejamento estratégico situacional, estruturado a partir do processo de territorialização das condições de vida e situação de saúde, para planejar de forma ascendente as intervenções no território-população, compreendendo sua dinâmica, especificidades, seus problemas e potencialidades.

A característica da tecnologia educacional é ser uma estratégia didática que se define como produtora de conhecimentos que são reconstruídos pelo sujeito e que, se materializa no processo de trabalho como uma das práticas em saúde no serviço. A proposta de desenvolvimento de tecnologia em educação possui três princípios pedagógicos para sua operacionalização, tais como: a aprendizagem a partir de uma perspectiva reconstrutiva de significados baseada no acúmulo de conhecimento já existente pelo sujeito, a pesquisa como eixo do processo formativo e o processo de trabalho da vigilância em saúde como princípio para a prática educativa. Tem como base o método de investigação do trabalho de campo, associado tecnicamente ao processo de territorialização em saúde. A metodologia é orientada pelo entendimento de contextos que exige, a partir de uma abordagem geográfica, situar o território em termos de sua localização e do uso cotidiano que a população faz dele. Este processo de reconhecimento geográfico do território é proposto no caderno de atividades do trabalho de campo, da série didática do Curso de Desenvolvimento de Agentes Locais de Vigilância em Saúde do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – PROFORMAR do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: tecnologia educacional; território; vigilância em saúde; trabalho de campo; territorialização em saúde.

ABSTRACT

The aim of this work is to propose educational practices that incorporate a geographical approach in the work in Public Health. The concepts of health promotion and health surveillance were used for implementing specific practices in the field work health activities. These concepts and the models health care use the category of territory as a basic strategy for operational purposes. The situational strategic planning is structured based on the recognition process of life conditions and health situation in the territory, permitting an upward planning of interventions in the territory-population, understanding its dynamics, specificities, problems and potentialities.

The main feature of educational technology is to represent a didactic strategy defined as an environment for the production of knowledge which is rebuilt by the individual and is materialized in the work process as one of the practices in Public Health service. The proposal of educational technology development is based on three pedagogic principles: the learning process from a reconstructive perspective of meanings using the previous cognitive accumulation of the individual, the research as an axis for the development of formative process, and work on health surveillance as an educational practice. This methodology is based on the investigation during the field work, technically associated to the recognition of territory. This methodology is guided by the understanding of geographical contexts that in which the territory is located and where population daily life proceeds. This process of territory recognition is proposed through the activity notebook for field work, used during the course for the formation of health surveillance local agents (Program for the Formation of Local Health Surveillance Agents - PROFORMAR) of Brazilian Health Ministry.

Keywords: educational technology; territory recognition; health surveillance; field work; territorialization of health.

APRESENTAÇÃO

Esta tese tem como objetivo sistematizar procedimentos pedagógicos no intuito de construir uma tecnologia educacional de formação profissional em saúde, articulando conceitualmente uma estratégia didática e de pesquisa e uma técnica de organização do trabalho para a vigilância em saúde, visando a formação de profissionais para as práticas em saúde coletiva. Delimitações teóricas foram necessárias devido a origem transdisciplinar de seu objeto, situado no âmbito da didática em Educação, da metodologia científica, da Geografia, da Sociologia e da Saúde Coletiva, obrigando dessa maneira a recortes conceituais específicos para sua execução.

Possui um caráter eminentemente aplicativo para os seus resultados, pois a proposta consiste numa construção teórico-metodológica de caráter pedagógico, que potencializa a técnica de territorialização em saúde, visando a sua adoção nas práticas dos serviços de vigilância em saúde. Esta técnica é conhecida no campo do planejamento em saúde como processo de territorialização em saúde. Sendo alicerçada em conceitos teóricos e métodos específicos para sua execução, produz conhecimentos que permitem ao profissional dos serviços constituir-se em sujeito na organização do processo de trabalho em sistemas locais de saúde visando a intervenção em comunidades através de práticas de vigilância em saúde.

A complexidade de seu objeto, de natureza educativa e de investigação - pois é uma tecnologia educacional baseada na metodologia de trabalho de campo aplicada tanto ao processo de ensino-aprendizagem como na pesquisa científica - permite através de procedimentos técnico-científicos a apreensão de realidades sócio-espaciais-sanitárias.

Pretende-se atingir resultados que apontem para práticas que valorizem especialmente o processo de trabalho de campo em comunidades delimitadas territorialmente, tais como as tradicionais ações sanitárias dos guardas de endemias da Fundação Nacional de Saúde e das novas práticas de programas governamentais como o do Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Programa da Saúde da Família (PSF) que apesar de operacionalizadas de maneira diferente, são de enorme potencial de promoção à saúde.

Trata-se portanto, em trabalhar pedagogicamente o potencial de uma abordagem geográfica na saúde coletiva através do relacionamento teórico-metodológico existente entre os conceitos de espaço geográfico e do modelo de atenção da vigilância em saúde,

que tem na categoria geográfica de território parte essencial para a organização de suas estratégias de intervenção frente aos problemas e necessidades de saúde.

A construção de processos e metodologias como objeto de estudo

Já há alguns anos venho concentrando esforços em desenvolver pesquisas que apontem para metodologias de aproximação de realidades sócio-espaciais tendo como fim a intervenção e como direcionamento a instrumentalização de abordagens de cunho geográfico.

Durante a minha formação em planejamento urbano e regional os estudos tiveram como eixo, diagnósticos territoriais, onde a busca da compreensão da totalidade social consistia no objetivo principal, tendo como princípio analítico as “práticas sociais cotidianas no espaço-tempo”¹ (Giddens, 1989). Naquele momento foi trabalhada analiticamente uma realidade sócio-espacial, através de uma rede de conceitos de autores-chaves, que serão parcialmente utilizados nesta proposta. Um dos autores, o sociólogo Antony Giddens, apresenta uma teoria reformulada do ser, da natureza da existência social, posicionando-se para academia como a afirmação ontológica mais rigorosa, equilibrada e sistemática atualmente disponível sobre a estruturação espaço-temporal da vida social (Randolph, 1992). Além dele, os esforços do geógrafo Edward Soja no sentido, de “dar lugar ao ser” foi também crucial para a construção da rede de conceitos. Já o outro autor e, sem dúvida o mais fundamental e básico nesta proposta, é o geógrafo Milton Santos, que apresenta uma sólida construção teórica para uma abordagem geográfica de entendimento das realidades sócio-espaciais.

A pesquisa resultou numa dissertação em que estes autores foram decisivos para a formação da base conceitual de aproximação da realidade social do lugar pesquisado. Os recursos investigativos de levantamento primário – roteiros, entrevistas, mapas e fotografias foram construídos a partir de seus conceitos e em sua articulação teórico-metodológica. Além da dissertação, esta pesquisa teve como produto um vídeo-documento ao qual serviu de base para a elaboração de seu roteiro². Neste caso, houve uma junção de conceitos e a ilustração dos mesmos através de imagens que significavam determinadas situações da realidade sócio-espacial. Este produto tornou-se um vídeo-diagnóstico de um contexto social local, entretanto, sem um recorte específico em saúde pública, mas com enfoque direcionado para o reconhecimento geográfico das condições de vida da população.

1

2

Nos últimos oito anos os estudos que desenvolvemos através de pesquisas de cunho pedagógico, em termos teórico-metodológicos com práticas de campo, foram realizados através de experiências didáticas no Núcleo de Vigilância em Saúde e Meio Ambiente (NUVSA) do Departamento de Formação Profissional para o Sistema de Saúde (DFPSS) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ).

Trata-se de uma construção teórico-prática de aplicação de conceitos próprios ao campo da saúde pública, mais especificamente na técnica de territorialização para o planejamento das ações de vigilância em saúde e da aplicação de tecnologias educacionais e de recursos pedagógicos e investigativos para a aprendizagem, que sejam operacionais para a capacitação de agentes institucionais com escolaridade de nível médio e que atuam profissionalmente na temática de saúde e meio ambiente para o sistema de saúde. As práticas para o desenvolvimento do processo de territorialização nos cursos do NUVSA (de curta e média duração) têm demonstrado que esta estratégia é adequada para a elaboração de pesquisa-ação em campo e coleta de dados para a elaboração de diagnósticos da situação de saúde e de condições de vida em territórios definidos.

Isto vem sendo adotado nestes cursos na elaboração, por parte dos alunos, de monografias e relatórios muito próximos do que se entende por métodos de estimativa rápida, para a construção de diagnósticos das condições de vida e da situação de saúde em lugares definidos. Tivemos como experiência, a orientação (coletiva) de pesquisas feitas pelos alunos nos municípios de Nova Iguaçu-RJ, Angra dos Reis-RJ, Saquarema-RJ, Piraí-RJ, Paraisópolis-MG, Nova Friburgo-RJ, Tefé-AM, Itaguaí-RJ, Rio Bonito-RJ, Valença-RJ, São João da Barra-RJ, Araruama-RJ, Seropédica-RJ, Duque de Caxias-RJ, Magé-RJ, Região Administrativa do Méier e do Complexo da Maré, na comunidade de Marcílio Dias também na Maré, nos bairros da Barra da Tijuca, Flamengo, Glória e na comunidade da Vila Vintém no bairro de Padre Miguel, todos na cidade do Rio de Janeiro, no bairro de São Domingos na cidade de Niterói-RJ e nas áreas de abrangência de quatorze unidades de saúde da periferia norte e leste da cidade de Manaus-AM. Também foi desenvolvida uma experiência de simulação no trabalho de campo do Curso de Capacitação de Tutores visando a formação de agentes locais de vigilância em saúde do Proformar (convênio FUNASA-FIOCRUZ) nas cidades de Valença-RJ, Natal-RN, Manaus-AM e Belém-PA.

Estas pesquisas resultaram ainda na realização de dois vídeos-diagnóstico³ no Curso Básico de Vigilância em Saúde e Meio Ambiente - 1996 e 1997, em que as questões das condições de vida e da situação de saúde eram estudadas e retratadas através de imagens para o desenvolvimento do vídeo. Estes produtos fizeram parte do processo pedagógico, focado na aprendizagem da vigilância em saúde, cuja estratégia de aprendizagem e investigação se deu através do trabalho de campo. Os alunos participaram de todo o processo, inicialmente com a pesquisa e diagnóstico, passando pela roteirização dos vídeos, locação e edição das imagens.

Apesar do fato de que a elaboração deste tipo de tecnologia educacional baseada em trabalhos de campo se constituir eminentemente como uma estratégia pedagógica para consolidação de conceitos, situações e hipóteses, tanto no Curso Básico de Vigilância em Saúde e Meio Ambiente – 1996; 1997; 1999; 2000; 2001; 2002; 2003 como no Técnico de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental – 1996, 1998, 2000; 2001; 2002; 2003 do NUVSA, resultaram também na elaboração de vários produtos pedagógicos para os alunos-trabalhadores utilizarem em suas ações futuras, tais como: o próprio diagnóstico, projetos de intervenção e estruturação de ações de vigilância nos serviços, mapas digitalizados e ainda, um banco de imagens amplamente utilizável em ações educativas/comunicativas e em palestras técnicas com comunidades, tanto no formato de slides, como em fotos em formatos digitais e em filme fotográfico.

Aspecto de impar importância é a definição a priori do território a ser trabalhado, que na maioria das vezes trata-se da mesma área de atuação profissional do aluno, o que possibilita dar identidade e singularidade ao trabalho, permitindo a construção do diagnóstico, a identificação de problemas específicos que correlacionem condições de vida e processo saúde-doença e, as potencialidades locais para as soluções de problemas. Tentamos durante todo o processo coletivo de elaboração dos trabalhos, encontrar os elementos estruturantes de cada um deles como eixos articuladores dos conteúdos trabalhados – sempre resgatando das experiências vividas no cotidiano, o suporte substantivo e qualificador do produto, objetivado pelo olhar desses alunos. As experiências trabalhadas contextualizam, em seus conteúdos, muitas indagações acerca da qualidade de vida e da responsabilidade comum sobre o homem e o seu espaço de vida. Elas contribuíram através dos seus produtos, para uma melhor compreensão dos fenômenos relativos à saúde e a doença, que podem ser minimizados e/ou evitados por uma ação efetiva de cada cidadão e no âmbito dos serviços de saúde. Por isso acreditamos que para esta proposta, seja fundamental o objetivo direcionado para uma

formação profissional que estimule uma mudança das práticas de saúde, para um novo desenho operacional que tenta recompor a fragmentação da representação do processo saúde-doença do individual para o coletivo, utilizando-se para tanto, de um saber interdisciplinar e de um fazer intersetorial.

Procuramos, portanto, para a presente tese, elaborar uma metodologia pedagógica sistematizada dentro dos pressupostos conceituais inseridos na temática que envolve este projeto, o que as experiências apontadas acima ainda não possuíam.

A tese se divide em quatro capítulos: tem início com a apresentação da questão da complexidade dos problemas de saúde contemporâneos e a necessidade de desenvolvimento de formação profissional adequada para enfrentar a problemática da saúde nos dias atuais. Posteriormente, o primeiro capítulo da tese, tem como objetivo, colocar a discussão do modelo de atenção à saúde dentro de uma outra perspectiva para o setor, tendo a categoria geográfica do território como a estratégia de ação chave para a operacionalização deste modelo. Apresenta ainda neste capítulo, o desenvolvimento histórico no campo da saúde pública da perspectiva geográfica e ambiental para o entendimento dos problemas e como suporte teórico-prático para as intervenções realizadas até o atual momento histórico.

O segundo capítulo se concentra na discussão dos pressupostos pedagógicos para a formulação de um processo educativo para a formação de profissionais da área da vigilância em saúde voltados para um processo de trabalho que vise a promoção da saúde. Já o terceiro capítulo, visa sistematizar uma proposta de tecnologia em educação que conjuga a técnica de territorialização em saúde a um processo pedagógico baseado na investigação, tendo como suporte metodológico o trabalho de campo através de determinados recursos e instrumentos pedagógicos e investigativos. O quarto capítulo apresenta a proposta do caderno de atividades do trabalho de campo para o PROFORMAR – Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e o papel da tecnologia educacional de trabalho de campo para a territorialização em saúde, como a estratégia pedagógica central do processo formativo proposto para o Primeiro Curso de Desenvolvimento Profissional de Agentes Locais de Vigilância em Saúde do PROFORMAR.

NOTAS

- 1 - Monken, M. A noção de lugar e o estudo da realidade social na Ilha grande-RJ, Dissertação de Tese de Mestrado, Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, 1995.
- 2 - “Eu não troco este lugar por nada”, Produção; Ippur e Nutes/UFRJ, 23 min.
- 3 - “A saúde em Nova Iguaçu: (re)visitando um dilema, Produção: EPSJV, 15min e “Saúde e Meio Ambiente: o que a gente tem a ver com isso”, Produção: CICT-DCS e EPSJV/Fiocruz, 18 min..

Introdução

Segundo a Organização das Nações Unidas – ONU (Ferraz, 1999), no ano 2000, 51,1% da população mundial viviam nas aglomerações urbanas, seja em pequenas cidades ou em megalópoles, principalmente nos países menos desenvolvidos onde as taxas de urbanização e crescimento urbano são as mais elevadas.

Nos países mais pobres, a urbanização e a produção dos espaços das cidades, de forma extremamente anárquica, tiveram um impacto negativo sobre as condições de saúde das populações. Estes países concentram uma imensa pobreza, ao lado da poluição e de um significativo déficit de recursos financeiros e administrativos. Nos últimos anos as áreas mais carentes como as favelas tiveram um crescimento assustador com o acirramento cada vez maior das desigualdades sociais conduzindo a uma segregação espacial aguda no sentido do acesso a melhores condições de vida pela população.

A ONU aponta, que certos fatores impulsionaram sobremaneira as péssimas condições de moradia dos pobres, como o valor econômico exorbitante da infraestrutura urbana – como água potável, sistemas de saneamento, escolas, transporte público, entre outros, tudo isso agravado por uma produção caótica do espaço que se complexifica ainda mais em países menos desenvolvidos. Esta situação favoreceu as numerosas ocupações irregulares do espaço das cidades além da construção maciça de moradias miseráveis agrupadas em favelas e bairros “carentes”, verdadeiros guetos urbanos. Além disso, cada vez mais, em certos países mais do que em outros, a migração rural-urbana, e até mesmo a internacional, faz com que mais pessoas juntem-se aos habitantes das comunidades carentes e das favelas urbanas (Ferraz, 1999).

A contribuição negativa desta situação sobre a saúde, ocasiona um contexto complexo que produz problemas de toda ordem, decorrentes tanto do choque cultural da migração como da excessiva concentração de população, tais como doenças infecto-parasitárias, stress, alcoolismo, violência, doenças mentais, vandalismo, abuso de drogas, mudança de hábitos alimentares, modificações do estilo de vida, aumento das doenças respiratórias ligadas à poluição atmosférica e ambiental e outros problemas de saúde decorrentes do uso inadequado dos espaços disponíveis como as enchentes em margens ocupadas de rios, desmoronamentos, tráfego caótico, desmatamento etc. A associação do processo de urbanização, crescimento urbano e da pobreza e exclusão social, mais intensa nos países pobres, suscita um perfil epidemiológico particular que inclui um predomínio das doenças próprias do subdesenvolvimento, como a,

subnutrição e as doenças transmissíveis, acompanhadas de um aumento da incidência de enfermidades e de problemas característicos dos países ricos, tais como as doenças cardiovasculares e neoplásicas, os acidentes, os homicídios, o alcoolismo e o abuso de drogas.

Para Ferraz (1999), esta situação impõe aos países pobres novas exigências de infra-estrutura de serviços urbanos, assim como, medidas intersetoriais visando à melhoria da qualidade de vida, a serem tomadas pelas autoridades municipais. Tudo isto, aliado à crise econômica e a recessão, influi na diminuição dos gastos públicos que vem acompanhado pela privatização dos serviços.

De acordo com a autora, a descentralização dos serviços de saúde surge como medida de racionalização das despesas públicas, transferindo responsabilidades e a gestão desses serviços para as municipalidades, mas na maioria das vezes sem ser acompanhada também por recursos em quantidade suficiente para os municípios. A concepção tradicional de saúde pautada no modelo médico, fez com que o setor saúde ficasse impotente frente aos problemas provocados por esse intenso processo de aglomeração, como a violência urbana e a poluição ambiental e seus efeitos na saúde.

A autora destaca ainda, que diversos estudos vêm apontando a dificuldade do modelo clínico de fazer frente a este quadro sublinhando os limites da medicina para a melhoria do quadro de saúde. Desta forma, vem se tornando cada vez mais forte a idéia e a importância das ações de promoção da saúde aliadas ao sistema de cuidados médicos e orientadas sobre as ações coletivas e intersetoriais em nível municipal.

A velocidade das transformações no mundo do trabalho, seus efeitos benéficos e também problemáticos e, a incorporação de novas tecnologias no trabalho, vêm colocando novas e polêmicas questões para os processos educativos, mediante a revisão dos perfis profissionais e, conseqüentemente do currículo escolar. O trabalho em saúde vem também se tornando mais complexo, com mais autonomia, coletivo e intelectualizado, exigindo dos trabalhadores capacidade de diagnóstico, de solucionar problemas, de tomar decisões, de interferir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe, de auto organizar-se e de enfrentar criativamente situações de constantes mudanças.

Capítulo 1: A abordagem geográfica como pressuposto para a operacionalização da promoção da saúde

Esta pesquisa tem por base outros campos do conhecimento, como as possibilidades encontradas numa abordagem geográfica para a saúde baseada na Geografia Humana, pois na medida em que a interação homem-natureza / sociedade-meio se complexifica nos modos de produção social, nos processos de trabalho, na circulação e consumo de bens e serviços, paulatinamente aumenta a demanda por ações de vigilância, monitoramento e gestão da qualidade de vida pelos serviços de saúde e demais setores, nos territórios da vida cotidiana.

Com as preocupações demandadas pelas agendas nacional e internacional, acerca das questões que se referem ao desenvolvimento, a sustentabilidade ambiental e os problemas de saúde, em escala global e local, iniciou-se um processo que vem estabelecendo metas, estratégias e ações para se garantir níveis adequados para a antiga (e nova) questão da qualidade de vida.

A atenção voltada para a produção social da saúde (Mendes, 1998) das populações, faz com que haja a necessidade de esclarecer as mediações que operam entre as condições reais em que ocorre a reprodução dos grupos sociais em espaços definidos e a produção da saúde e da doença, tornando imperativo desenvolver estratégias de investigação, com seus correspondentes instrumentos que permitam traduzir os avanços teóricos em metodologias de análise.

Partimos assim do pressuposto que a abordagem geográfica pode ser um meio operacional de aproximação para o entendimento dos problemas de saúde. A hipótese consiste que a produção da saúde ou da enfermidade varia espacialmente conforme a determinação de sua contextualidade (Giddens, 1989) e que, pode vir a ser entendida através da análise processual das condições de vida de populações em espaços definidos.

Existe uma grande confusão tanto na compreensão quanto até mesmo na própria diferenciação entre os conceitos de promoção da saúde e o de prevenção. A origem pode estar sobretudo nas diferentes concepções das teorias e causas das doenças e, obviamente, no conceito de saúde deles derivado.

No século passado, a saúde vinha sendo definida mundialmente em termos de ausência de doença, como uma conseqüência do acúmulo e do avanço de uma imensa produção de conhecimento médico e tecnológico consolidando sua referência na biologia e na tecnologia.

Partilhamos do entendimento que a promoção da saúde está relacionada a aspectos globais da comunidade – com maior expressividade fora da prática médica – e, a prevenção das doenças é uma atividade eminentemente médica. Estas duas noções baseiam-se, em duas concepções ou paradigmas diferentes. A prevenção por exemplo está calcada na concepção de risco ou de probabilidade de se tornar doente, direcionando seus estudos e intervenções a grupos restritos.

Apesar de sabermos que é muito difícil, do ponto de vista operacional, separar estas duas noções, principalmente em países pobres, entendemos que ao acrescentar a importância da influência das dimensões sociais, econômicas, políticas, históricas, espaciais e culturais nos remete a ampliação do entendimento da produção da saúde ou da enfermidade e assim, ao conceito de promoção da saúde. Neste momento histórico estamos assistindo a esta mudança em paradigmas, não só na ciência e nos caminhos do conhecimento como especialmente na medicina, com o intenso questionamento do paradigma cartesiano biomédico.

Para Buss (1998), a idéia de promoção da saúde é antes de tudo um movimento social e de profissionais de saúde que, inicialmente era entendido e caracterizado como um nível de atenção da medicina preventiva. Hoje, é compreendido mais num enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado. De acordo com a Carta de Ottawa de 1986, este conceito, está associado a uma série de princípios norteadores que o caracterizam. Primeiramente como um conjunto de valores (vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria), mas trata-se sobretudo, de uma combinação de estratégias (do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e da parceria intersetorial) visando a responsabilização mútua para os problemas e as soluções.

Os problemas apresentam multi-determinações com proposta de resolução baseada em múltiplas estratégias, medidas e atores. Outro princípio a ressaltar na Carta de Ottawa, é a valorização do conhecimento popular e da participação social decorrente deste saber, o que vem a consistir na base da formulação conceitual e das práticas da promoção da saúde.

A saúde é pensada como fator essencial para o ser humano e um dos campos centrais de ação entre os cinco apontados como fundamentais neste documento. É assim, que na criação de ambientes favoráveis à saúde, a questão do “entorno são” vem a tona. Este campo, objeto de preocupação neste trabalho, implica no reconhecimento da complexidade das nossas sociedades e das relações de interdependência entre os diversos setores. A proteção e conservação ambientais, o acompanhamento dos

impactos e as mudanças no ambiente sobre a saúde e a criação de ambientes que a favoreçam, como o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a própria cidade passam dessa maneira a compor a agenda da saúde.

Cabe ressaltar que a Carta de Ottawa (1986) e a Declaração de Sundsvall (1997), definem ambiente, a partir de uma acepção ampla, por nós defendida através de uma abordagem geográfica, onde ambiente abrange instâncias tanto físicas, quanto sociais, econômicas, políticas e culturais. A criação destes ambientes mais favoráveis à saúde, faz com que principalmente em espaços menos desenvolvidos onde os problemas de saúde das populações saltam aos olhos, estudos sejam desenvolvidos no sentido de instrumentalizar o entendimento dos problemas e desenvolver as soluções possíveis. Este trabalho é parte deste objetivo, apontado para uma metodologia de diagnóstico de saúde (ambiental).

As ações (inter)setoriais no campo da saúde coletiva na dimensão da promoção da saúde, tratam de intervenções em situações concretas de existência que expressam determinadas condições de saúde. Essas ações são estabelecidas através de processos de trabalho, que se concretizam em espaços sociais reais em que vivem as pessoas. Desse modo, o enfoque através de territórios concretos tem se mostrado útil para descrever estratégias e propor ações de promoção da saúde (Buss, 1998), destacando assim o espaço das cidades e das comunidades em geral e outros ambientes institucionais de encontros formais de pessoas como o trabalho e as escolas como campos mais freqüentes de utilização de ações de promoção da saúde.

1.1) As práticas de vigilância em saúde e a territorialização em saúde

A territorialização consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de vigilância em saúde, através de uma atuação a partir de uma delimitação territorial previamente determinada. A territorialização de atividades de saúde vem sendo preconizada por diversas iniciativas no interior do Sistema Único de Saúde (SUS) como o Programa de Saúde da Família, a Vigilância Ambiental em Saúde, Cidades Saudáveis e a própria descentralização das atividades de assistência e vigilância. No entanto, esta estratégia, muitas vezes, reduz o conceito de espaço, utilizado de uma forma meramente administrativa, para a gestão física dos serviços de saúde, negligenciando-se o potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção.

Muito além de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, o território do distrito sanitário ou do município, onde se verifica a interação população-serviços no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse espaço apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção (Mendes, 1993).

O reconhecimento desse território pelos profissionais de saúde, principalmente os que têm seu processo de trabalho essencialmente no campo, intervindo na vida cotidiana de comunidades, é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas e necessidades de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, através de práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico. Esta proposta contida no modelo de vigilância em saúde, é justificada pelo agravamento das desigualdades sociais, associado a uma segregação espacial aguda que condicionam o acesso a melhores condições de vida pela população.

A concepção tradicional de saúde, pautada no modelo médico-assistencial, fez com que o setor saúde ficasse impotente frente aos problemas provocados pelo intenso processo de aglomeração e exclusão social (Walter-Toews, 2000). Desta forma, vem se fortalecendo a idéia das ações de promoção da saúde, independente do sistema de atenção à saúde, orientadas sobre as ações coletivas e intersetoriais. A atenção voltada para a produção social da saúde das populações, gera a necessidade de esclarecer as mediações que operam entre as condições reais em que ocorre a reprodução dos grupos sociais no espaço e a produção da saúde e da doença, tornando imperativo desenvolver estratégias de investigação, com seus correspondentes instrumentos de coleta e análise de informações que permitam traduzir os avanços teóricos em metodologias de análise.

Nesta parte da tese é destacado o papel do território utilizado pelas populações na compreensão das situações de saúde, utilização que se dá intermediada por diferentes contextualidades da vida social, entendidas através da análise processual das práticas sociais cotidianas (Giddens, 1989). O objetivo principal nesta parte da tese é definir a base teórica para a construção de uma metodologia de reconhecimento do território, como um instrumento para a vigilância em saúde através de determinadas categorias geográficas. Para isso, é apresentada uma aproximação acerca das possibilidades de

incorporação de conceitos da Geografia Humana nas práticas de saúde. Posteriormente, através da abordagem teórica de dois autores principais, Milton Santos e Anthony Giddens, são relacionadas categorias para uma abordagem geográfica que operacionalize o processo de territorialização, viabilizando simultaneamente a criação de instrumentos pedagógicos para o trabalho de campo.

Os problemas de saúde apresentam uma diversidade de determinações fazendo com que propostas de resolução de promoção da saúde sejam baseadas desse modo, em múltiplas estratégias e medidas, atores intersetoriais e na participação e conhecimento popular. Para Mendes (1993), a reorientação dos sistemas de saúde na direção de afirmar-se como “espaço da saúde” e não exclusivamente da atenção à doença, exige um processo de construção social de mudanças que se darão, concomitantes e dialeticamente, na concepção do processo saúde-doença, no paradigma sanitário e na prática sanitária.

O entendimento do processo saúde-doença tem evoluído consideravelmente, de uma concepção eminentemente monocausal do pensamento clínico, às novas concepções de saúde, mais abrangentes, que articulam saúde com condições de vida, e que a Carta de Otawa (1986) e todo o movimento contemporâneo da promoção social da saúde incorporaram plenamente (Ferraz, 1999). Esta nova visão considera a saúde como uma acumulação social, expressa num estado de bem-estar, que pode indicar acúmulos positivos ou negativos. Portanto, compreende que a dinâmica das relações sociais estabelecidas num grupo populacional em um espaço, seja o fator que define as necessidades de cuidados à saúde.

Para a constituição de uma base organizativa dos processos de trabalho nos sistemas locais de saúde em direção a essa nova prática, é importante o reconhecimento dos territórios e seus contextos de uso, pois estes materializam diferentemente as interações humanas, os problemas de saúde e as ações sustentadas na intersetorialidade. A categoria geográfica do território utilizado, pode ser assim operacionalizada devido à sua concretude construída pelas práticas humanas, tanto as planejadas e inerentes às políticas governamentais de intervenção setorial, como as práticas circunscritas à vida social cotidiana.

Dessa maneira, a vigilância em saúde exerce seu papel organizativo dos processos de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais, articuladas por diferentes ações de intervenção (promoção, prevenção, atenção), fíncada em seus três pilares estratégicos: os problemas de saúde, o território e a prática intersetorial (Teixeira et al., 1998). A partir disso, o conceito de espaço, de onde se origina a noção de

território, pode exercer importante papel na organização das práticas de vigilância em saúde.

As propostas de operacionalização da vigilância em saúde têm como eixo de ação o processo de municipalização, tanto no sentido da gestão do sistema local de saúde, como investindo na articulação intersetorial para a reorganização da atenção primária. O ponto de partida desse processo é a territorialização do sistema municipal de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território do município segundo a lógica de relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde, o que implica em um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, sócio-econômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários (Teixeira et al., 1998).

A vigilância em saúde tem sido compreendida de três formas: como análise e monitoramento de situações de saúde, como integração institucional entre atividades de vigilância epidemiológica e sanitária e uma outra, que pressupõe a organização tecnológica do trabalho de redefinição das práticas sanitárias (Teixeira et al., 1998). Esta última proposta implica um sentido voltado para o planejamento, tanto numa dimensão técnica, ao conceber a vigilância em saúde como um modelo assistencial alternativo, que combina tecnologias distintas, destinadas a controlar determinantes, riscos e danos (Paim, 1994) como numa dimensão gerencial, que organiza os processos de trabalho em saúde sob a forma de operações, para confrontar problemas num território delimitado (Mendes, 1993).

A vigilância em saúde para Paim (1994) é entendida como “uma dada organização tecnológica do trabalho”, que atua produzindo práticas sob a forma de operações que se estruturam de acordo com as diferentes fases ou dimensões do processo saúde-doença, desde os agravos a situações de exposição, como também as necessidades sociais de saúde (Mendes, 1993).

O processo de elaboração de diagnósticos territoriais e de situação de saúde, deve estar relacionado tecnicamente às fases estruturantes que constroem as suas práticas, baseadas no trinômio informação-decisão-ação (Teixeira et al., 1998). A fase de informação, faz parte do processo de obtenção de dados e de sua sistematização, cuja apreensão é meramente descritiva. As variáveis orientadas por categorias de análise, devem ser construídas visando a interpretação, decodificando assim os dados conforme o arcabouço teórico-metodológico. As categorias escolhidas devem conduzir e facilitar o processo de tomada de decisão.

Na fase onde a prática da vigilância em saúde vislumbra a ação, as operações identificadas e planejadas são subsidiadas pelas fases anteriores, com uma apreensão interativa da realidade territorial. Essa é uma prática transformadora e comporta o significado do território para os agentes deste processo, ou seja, tanto para os profissionais de saúde e de outros setores de ação governamental, quanto para a própria população. Trata-se de uma prática transformadora por reconhecer as diversas percepções existentes acerca do território e de estabelecer uma base de ação onde o entendimento da vida social do território foi compreendida em sua essência, através de uma construção própria com novos significados para os profissionais responsáveis.

Nesse sentido, o geoprocessamento tem auxiliado na organização e análise espacial de dados sobre ambiente, sociedade e saúde e, permitido a elaboração de diagnósticos de situação e o intercâmbio de informações entre setores. Esse conjunto de técnicas vêm sendo gradativamente incorporado à prática de vigilância em saúde (Rojas, 1998). Paralelamente, observa-se um intenso debate no Brasil sobre a incorporação do conceito de espaço geográfico no campo da saúde coletiva (Czeresnia & Ribeiro, 2000; Costa & Teixeira, 1999; Silva, 1997; Barata, 1997). Deve-se nesse caso avaliar as propostas metodológicas e os conceitos de espaço geográfico subjacentes a essas técnicas (Barcellos & Bastos, 1996).

Muitas vezes nos diagnósticos de condições de vida e de situação de saúde, os elementos constitutivos da reprodução da vida social nos diversos lugares, são listados e tratados como conteúdos desarticulados do território analisado. Tradicionalmente essas análises de situação são realizadas delimitando-se o espaço em determinada escala, buscando apenas uma descrição do seu conteúdo tratando-se o espaço como mero receptáculo que contém determinadas características e aspectos.

Uma proposta de vigilância em saúde baseada no território, deve também considerar os sistemas de objetos naturais e construídos, identificar seus diversos tipos de ações, como são percebidos pela população e, até que ponto as regras de utilização dos recursos do território e da população promovem determinados hábitos, comportamentos e problemas de saúde cujas características são passíveis de identificação.

Neste sentido, é importante que o reconhecimento dos contextos de uso, se dê através de métodos que identifiquem as singularidades e seus problemas baseados numa abordagem territorial, reconhecendo os usos, as diferentes apropriações do seu espaço pela população e suas implicações para a saúde coletiva.

Para a abordagem territorial, a reprodução social está relacionada diretamente com a reprodução material, traduzidas pelas condições concretas de existência da população. Essa reprodução material e uso, cria contextos diversos onde o estado de saúde ou de enfermidade da população será relacionada às condições de vida destes contextos. Esses são constituídos por uma diversidade de usos, e o reflexo de uma rede de interações diversas no âmbito sócio-político-econômico-cultural-territorial implicados no processo social como um todo.

As categorias geográficas para a análise devem ser construídas para contribuir na identificação de informações, para operacionalizar as tomadas de decisão e para a definição de estratégias de ação nas “diferentes dimensões do processo de saúde-doença” (Teixeira, Paim & Villasbôas, 1998), ou seja, em termos das necessidades sociais, nos grupos de risco, na situação de exposição, nos danos e óbitos, seqüelas e nas doenças e agravos. Estas dimensões não estão separadas e sim relacionadas e em muitas vezes são causas, efeitos ou condições que direcionam para situações-problema com contextos muito particulares, dada a diversidade de ações/práticas de uso do território pelos atores sociais. É deste modo, que o entendimento da constituição do território pode ser operacional para a vigilância em saúde devido a sua concretude, sintetizando a totalidade social, e suas singularidades contextuais.

1.2) A interação saúde e ambiente: dos tratados de geografia médica à geografia para a promoção da saúde

A idéia de que os fatores externos, principalmente físicos, afetam de alguma maneira a saúde humana faz parte do imaginário existencial dos seres humanos desde o seu surgimento na Terra.

Após o Iluminismo europeu, novas práticas médicas, no que diz respeito às intervenções no meio para a salubridade dos lugares, sua ocupação humana para habitação e produção de recursos, vieram a se constituir produzindo institucionalmente serviços de saúde pública pelo Estado em diversos países do mundo, principalmente na Europa e EUA, mas também nas antigas colônias periféricas como o Brasil.

Como visto anteriormente, as últimas décadas do século XX, a crise ambiental e a qualidade de vida vem despontando e ressurgindo como um dos elementos mais dramáticos para o enfrentamento dos problemas de saúde, pois têm mostrado as contradições da modernidade capitalista-industrial e seus produtos, processos e hábitos

que interferem qualitativamente e quantitativamente nas chamadas condições concretas da existência.

Contudo, tratamos a idéia de meio ambiente dentro de uma perspectiva ampliada - de espaço de reprodução das espécies e fonte de recursos, concebido pela ciência ecológica, para a noção de meio ambiente humano que engloba as criações do trabalho humano e as relações sociais, entendendo-o assim como espaço socialmente produzido.

Consideramos este ponto crucial na caracterização de problemas para a qualidade de vida das populações, configurando-se nos dias de hoje no eixo central do olhar sanitário epidemiológico moderno, visto que é - o espaço socialmente produzido - decisivamente o “locus” da produção e (re)produção da vida humana, da (des)ordem social e dos problemas de saúde.

Esta visão ampliada de interface para a questão da saúde e do meio ambiente redundou em políticas e estratégias pertinentes em que, “a proteção dos seres humanos contra os perigos para a saúde que encontram no meio natural e no produzido pelo homem, exige não somente medidas iniciais e salvaguardas específicas, senão também, a vigilância contínua e a capacidade de atuar contra os perigos agudos e crônicos (Item 5 dos Princípios da Carta Panamericana de Saúde/OPAS de 1994)”.

Deste modo, o bem estar de um grupo populacional resulta da interação espaço-sociedade condicionada por motivos sócio-econômicos-culturais-políticos-sanitários num lugar e num momento histórico. Neste enfoque, a qualidade ambiental, a qualidade de vida e a saúde se integram e conduzem a estabelecer bases mais sólidas para o melhoramento do bem-estar das populações.

Dentro desta perspectiva, no Brasil, uma nova forma de entender, trabalhar e avaliar os serviços assistenciais, tradicionalmente vinculados à noção de intervenção às doenças, tem sido colocada de maneira intensa após a 9ª Conferência de Saúde de 1992, onde vem se firmando a idéia de um novo modelo sanitário de promoção da saúde. Reconhece-se com isso, um novo entendimento do processo saúde-doença, agora intimamente ligado às condições de vida, aproximando-se assim dos problemas da qualidade de vida.

Na verdade, este entendimento tem suas origens em práticas médicas antigas, como veremos mais adiante, e que apesar de serem consideradas nos dias de hoje como equivocadas conceitualmente, tiveram fundamentos que resgatados e retrabalhados por novos conceitos e métodos podem direcionar novas abordagens e ações para a saúde pública.

1.2.1) As premissas das práticas médicas de cunho ambientalista

O estudo das interações entre espaço geográfico e a ocorrência de doenças vem ao longo dos anos sendo abordado de forma mais ou menos intensa, de acordo com os paradigmas hegemônicos no campo da saúde pública, mais particularmente na epidemiologia das doenças transmissíveis.

A origem destes estudos que definiram o campo da geografia médica remonta à Antigüidade, iniciando-se com o próprio advento da medicina desde o momento em que os seres humanos se sedentarizaram e iniciavam a ocupação, transformação, produção e adaptação do espaço para a vida e sobrevivência.

Atribui-se a Hipócrates em 480 a.C, com a sua obra “Ares, Águas e Lugares”, a primeira tentativa de referir-se aos fatores externos como responsáveis pelos males que afligiam os homens, no entanto a sua análise residia em uma relação determinista entre homem e meio.

Até o estabelecimento da hegemonia da microbiologia, principalmente com os trabalhos de Pasteur, por volta do final do século XIX, o papel atribuído às características do lugar na determinação das endemias e epidemias era dominante. Porém, o conceito de agente infeccioso não era desconhecido ou mesmo rejeitado, mas considerado fruto do ambiente e atribuído aos fenômenos naturais – o vento, a chuva, a insolação - isto nos textos de Hipócrates e posteriormente já no séc. XIX foram acrescidos, das características da população onde eram claras as preocupações sociais na época dos efeitos da industrialização nas condições de vida da população trabalhadora.

No entanto, o clima sempre foi o determinante ao receber maior atenção dos estudiosos dando origem até mesmo a corrente chamada de climatologia médica.

A influência filosófica da tradição aristotélica, teve grande penetração no pensamento médico até o advento do Iluminismo, mas chegou ainda a influenciar quase todo o século XIX e devido a sua visão materialista, foi fundamental para a elaboração da teoria miasmática. Aristóteles conferia às entidades materiais alguns atributos que lhe seriam inerentes, de modo que seria da natureza dos pântanos determinar a malária ou das prisões em determinar a febre das prisões. Este atributo dos lugares serviu por muitos séculos como paradigma para a explicação das doenças (Silva & Andrade, 2000).

O que chamavam de miasma, parte de seu próprio significado de mancha, que existe em determinados locais e que “mancha” assim, aqueles com que entra em contato, alterando seus humores. Mas, a grande discussão entre contagionistas e não

contagionistas (miasmáticos) situava-se não na questão, da existência ou não de agente infeccioso, mas sim das condições necessárias para que estes surgissem e determinassem doenças. Os embates entre estas duas correntes implicavam em medidas de controle necessárias que, em muitas das vezes se tornaram eficazes em termos de saúde pública, possuíam como base de entendimento do adoecimento a concepção miasmática como o que aconteceu com as legislações higienistas visando a melhoria das habitações de trabalhadores e a higiene e saneamento de cidades.

Portanto, esta etapa busca uma primeira aproximação com o entendimento das bases conceituais e operacionais das práticas médicas de cunho ambientalista instituídas historicamente e que conduziram as ações de saúde alicerçadas na compreensão de que o ambiente contribui decisivamente na qualidade de vida, na produção do bem estar e em se ter doença.

Como veremos adiante, o estabelecimento da patologia clínica e da microbiologia tenderam a desviar a atenção do papel decisivo do ambiente na saúde. Nosso objetivo agora, é compreender o encadeamento histórico entre as práticas da tradicional geografia médica, às novas práticas de saúde alinhadas nos princípios da promoção à saúde, da qualidade de vida e operacionalizadas através da vigilância, orientando assim, para uma outra prática baseada no território, na condição situacional dos grupos humanos, na sua ambiência e na complexidade de suas contextualidades.

1.2.2) O higienismo

No séc. XIX, a higiene era compreendida como o estudo do homem e dos animais em suas relações com o meio, visando ao aperfeiçoamento do indivíduo e da espécie.

As bases científicas alicerçavam-se no chamado neo-hipocratismo, uma concepção ambientalista da medicina baseada na hipótese da relação intrínseca entre doença, natureza e sociedade que no séc. XIX conformou as duas explicações, acima apresentadas, sobre as causas e formas de transmissão de doenças.

Como foi visto, o entendimento de infecção de alguma forma já era aceito e para os contagionistas, como Lima (1999) aponta, uma doença podia ser transmitida de indivíduo doente para indivíduo são, por meio do contato físico ou, indiretamente, por meio de objetos contaminados pelo doente ou da respiração do ar circundante. Para estes, uma doença causada por determinadas condições ambientais, continuaria a se propagar, independentemente dos miasmas que lhe deram origem. As práticas de

isolamento de doentes, a desinfecção de objetos e a instituição de quarentenas consistem em resultados importantes de tal concepção sobre a transmissão de doenças.

Já para os miasmáticos (anticontagonistas) uma doença era adquirida por infecção no local de emanção dos miasmas, sendo impossível a transmissão por contágio direto. As posições anticontagonistas desempenharam papel decisivo nas propostas de intervenção sobre ambientes insalubres – águas estagnadas, habitações populares, concentração de lixo e esgotos – e nas propostas de reforma urbana e sanitária nas grandes cidades.

O Higienismo, como teoria científica teve grande importância, influenciando e institucionalizando representações sociais e políticas públicas em vários países e lugares. Como acrescenta Lima (1999), influenciou inclusive à produção de valores sociais e, até mesmo, à resolução de controvérsias políticas com base nesta argumentação científica.

Interessante observar que apesar de seus pressupostos científicos terem sido avaliados como equivocados com o advento da bacteriologia, os seus efeitos positivos de sua concepção ambientalista para a melhoria das condições de saúde foram marcantes e importantes. Por outro lado, vários autores enfatizam que na verdade o higienismo traduziu as formas de controle sobre o comportamento social, as condições de trabalho, de habitação e alimentação das populações urbanas num processo conhecido como de medicalização da sociedade.

Curioso ressaltar, que este processo de intervenção nos ambientes, normatizado pela higiene, efetiva a tradicional instrumentalização do espaço geográfico como forma de dominação e controle sobre os corpos e a sociedade como um todo.

No entanto, o que caracterizava estas duas formas de entendimento do adoecer no higienismo consistia no fato da imprecisão e indeterminação da doença. O ar, a água, as habitações, a sujeira, a pobreza, tudo poderia causá-la. Esta fluidez do diagnóstico, acompanhada pela imprecisão terapêutica, permitia aos higienistas e seu discurso científico representarem os mais diversos interesses políticos e econômicos.

1.2.3) A geografia médica

Numa outra vertente para a sustentação de implementação de práticas médicas de cunho ambientalista, foram os estudos de geografia médica apoiados na patologia médica que iria introduzir-se gradativamente dentro de uma concepção agora mecanicista, na análise da relação entre os seres vivos e seu meio ambiente. A chamada

topografia médica renovou os estudos que correlacionavam os aspectos ambientais que, numa certa localidade, eram tomados como protagonistas na produção de certas doenças (Edler, 2000).

Para este autor, citando Sydenham, ao contrário de Hipócrates, na climatologia médica havia um caráter episódico ligado as influências circunstanciais provenientes do meio ambiente, um perfil efêmero, maligno ou benigno conferindo um núcleo de circunstâncias climáticas, constituído pela combinação variada dos elementos meteorológicos próprios a cada região do globo, fazendo com que a diferença de latitude ficou (fosse) (ficasse) sendo considerada a causa mais importante da diferença climática, em prioridade aos fatores topográficos.

Apesar do forte apelo sensualista/ambientalista e de respeito pelo poder das leis naturais ainda hegemônicas, sugerindo que a obediência a tais leis beneficiaria a raça humana, com as novas possibilidades da instrumentalização meteorológica e geológicas, os parâmetros físicos que afetariam os seres vivos, podiam ser medidos, manipulados e conhecidos, possibilitando ao ser humano mudarem as situações ambientais-sanitárias. Por exemplo, como foi com o secamento dos pântanos ou de aberturas de clareiras em florestas, tornando-se assim tópicos de grande relevância para os higienistas (Edler, 2000).

A partir dos chamados protocolos de observações, originado dentro da tradição neo-hipocrática e de caráter eminentemente empiricista, surgem diagnósticos que abarcam circunstâncias mais gerais até alcançar aquelas particulares ao doente. O bom médico deveria portanto ser amplo no exame, diagnosticando sucessivamente de acordo com os circunfusa; os ingesta; os excreta; os applicata; os percepta e os gesta (Edler, 2000).

Apesar dos avanços da anatomoclínica, que tornou-se o primeiro grande consenso da medicina moderna, não se alteram as antigas noções de doença e etiologia de caráter ambientalista, fato este que ressalta a tradição pré-pasteuriana que supunha a existência de uma complexa hierarquia de causas, onde os agentes externos - miasma, calor, pressão atmosférica, umidade, parasitas, temperatura etc – tomados em conjunto ou discriminados hierarquicamente, jamais concorreriam isoladamente para formar uma afecção.

Como Edler acrescenta, o médico que conhecesse as idiosincrasias próprias à constituição física de seu paciente ou de sua família ou que praticasse normalmente em certa localidade, estaria em melhor posição para identificar e curar uma afecção que um médico estranho à família ou ao lugar.

Estes tipos de estudos, de patologização do espaço, que as topografias médicas tinham levado a cabo sob o impulso do paradigma neo-hipocrático, alcançaria uma nova dimensão com a expansão colonialista européia, fazendo com que uma enorme gama de conhecimentos de caráter tanto ambientalista como da prática da medicina e da epidemiologia fosse alcançado, levando a uma disseminação deste saber por todo o globo terrestre.

Como acentua Silva & Andrade (2000), o advento das grandes navegações, nos séculos XVI e XVII, impulsionou os estudos de geografia médica, mas mantendo ainda a doutrina hipocrática como paradigma das práticas médicas; no entanto, iniciaram-se estudos que, além dos aspectos tradicionalmente relacionados a doença, recorriam a atributos relativos as condições de vida – como de Snow na Inglaterra em 1855.

Os médicos militares que praticavam nestas regiões política, cultural e economicamente subordinadas às metrópoles européias reclamaram para si a responsabilidade na tarefa de definir, os problemas locais médicos-higiênicos e estabelecer os parâmetros de sua solução, nestas periferias coloniais.

Estes estudos se concentravam em entender porque certas doenças seriam próprias de um determinado lugar, enquanto outras tinham neste mesmo lugar um efeito diferenciado, isto é, com padrões de endemicidade diferentes.

Interessante é que do pressuposto fundamental - de observação minuciosa de um paciente em um meio ambiente determinado com hábitos e constituição física singulares, os médicos poderiam derivar prescrições terapêuticas válidas em condições similares. Este fato conduziu a idéia da particularidade regional dos conhecimentos sobre diagnósticos, prognósticos, patologia e terapêutica, mas é claro sem superestimar idealmente este papel, pois estes estudos tinham validade relativa em cada lugar, sendo válidos também de acordo com a legitimidade científica das autoridades médicas locais que em muitos casos participaram ativamente na elaboração dos tratados de geografia médica e na geração e transmissão de conhecimentos e práticas.

Com isso, a geografia médica constituiu-se num conjunto de conhecimentos e práticas que perduraram junto a outras práticas muitas vezes eminentemente anatomoclínicas, até que em fins do século XIX “com o desenvolvimento da microbiologia, a concepção de doença, tendo como única etiologia um agente infeccioso, pôs a margem outras abordagens sobre a determinação das doenças. O meio ambiente deixou de apresentar a importância que vinha assumindo desde os escritos hipocráticos, relegando-se pouco a pouco a um segundo plano a velha tradição que

atribuía ao meio físico influência sobre a vida do homem, especificamente nos aspectos da saúde pública” (Silva & Andrade, 2000).

1.2.4) Meio ambiente e saúde após o advento da microbiologia e a interação conceitual entre epidemiologia e geografia médica

Para Silva & Andrade (2000), a introdução da bacteriologia ao contrário do que se pressupõe não originou o conceito de infecção, pois este já existia há muito tempo, mesmo que de maneira confusa. O que ela significou na realidade diz respeito à introdução de conhecimentos e práticas tecnológicas que permitiram evidências científicas irrefutáveis da etiologia infecciosa das doenças endêmicas e epidêmicas e assim, inegáveis associações entre lugar ou ecossistemas, à ocorrência de determinadas doenças por demais evidentes, abriram questionamentos de pesquisadores que buscaram desenvolver modelos explicativos.

Este foi o pressuposto que permitiu avanços entre a geografia e a epidemiologia já no século XX, iniciando-se com a teoria dos focos naturais de Pavlovsky baseada em uma série de estudos sobre doenças infecciosas cujo referencial advinha da teoria ecológica, formulando a teoria dos focos naturais das doenças transmissíveis. Segundo esta, a doença tende a ter um habitat natural, da mesma maneira que as espécies. Ao penetrar nos habitats (focos naturais), o homem levaria para o seu lugar a ocorrência de casos da doença (Silva & Andrade, 2000).

Outra teoria surgida na interação entre a epidemiologia e a geografia médica, porém mais abrangente, trata-se do conceito de complexo patogênico do geógrafo Max Sorre (apud Silva & Andrade, 2000), baseado na escola francesa do possibilismo para explicar a ação do homem sobre a natureza, e na idéia de ecúmeno, isto é, do habitat - a morada do homem – onde o espaço seria habitado pelas associações humanas, cujas características de heterogeneidade englobam uma grande quantidade de espécies vegetais e animais, distribuídas diferentemente e cujo centro consiste no homem. Procura assim, relacionar as associações humanas e o meio em que se inserem, processo pelo qual se dá a transformação do meio pela ação humana.

Este conceito relaciona-se diretamente com a possibilidade de a saúde do homem ser afetada na sua relação com o meio ambiente, enfatizando sobretudo as doenças infecciosas e parasitárias. Os complexos são considerados por Sorre como

infinitos em número e variedade e recebem o nome da doença que se referem, por exemplo, complexo da peste, da malária etc. Possuem vida própria, aparecem, subsistem e se desintegram, e a extensão da endemia se confunde com a extensão do próprio complexo patogênico a ela associado.

Neste sentido, assegura o lugar do homem, integrado ao complexo como os outros animais, mas possuindo características cuja ação pode contribuir ou definir para a gênese, evolução ou de integração do complexo no qual se insere, não se comportando apenas como vetor ou hospedeiro, assinalando assim o caráter eminentemente antropocêntrico da geografia médica desenvolvida por Sorre.

Importante vertente da geografia médica desenvolveu-se após a Segunda Grande Guerra, sob a influência da revolução quantitativa na geografia assim como na epidemiologia. O espaço geográfico seria para a corrente quantitativa, uma entidade abstrata para analisar as relações entre as localizações de ocorrência de doenças e para as relações dentro das redes de tratamento de saúde (Silva & Andrade, 2000).

De acordo com a autora, citando Bluden (1983), não consta na bibliografia a geografia médica neste período foi a que mais desenvolveu estudos incorporando as tecnologias quantitativas contribuindo decisivamente para os estudos de assistência ou tratamento de saúde.

Já desde a década de 60 a cartografia instrumentalizada tecnologicamente pelo sensoriamento remoto e o geoprocessamento abriram grandes perspectivas metodológicas para a geografia como um todo e para a médica em particular ao se unir com a epidemiologia. A aproximação destas duas disciplinas possibilitou diferentes teorias explicativas sendo que, as mais tradicionais consistem na ecologia da doença (patologia geográfica: variações espaciais das doenças e suas relações ambientais) e nos serviços de prevenção e tratamento de saúde.

Atualmente técnicas sofisticadas da estatística e da cartografia vêm sendo incorporadas, em particular técnicas multivariadas que objetivam explorar as associações ambientais, sociais e físicas com as doenças, são análises ecológicas relacionando incidências de doenças com variáveis indicadoras de aspectos do ambiente físico e social.

As mudanças recentes na assistência à saúde devido às transformações no Estado moderno, particularmente nos países ricos, e o debate acerca do pensamento pós-moderno vem redirecionando os estudos e afetando os serviços de prevenção e tratamento de saúde, possibilitando novas questões teóricas e metodológicas.

Neste sentido, as novas abordagens da Geografia Humana e a introdução de novos paradigmas de modelos assistenciais na saúde, vêm direcionando muitos estudos e particularmente este presente trabalho, como orientadores de novas formas de organizar as práticas de saúde.

No momento atual abre-se novas perspectivas de investigação dos problemas de saúde estudados pela geografia médica através do desenvolvimento da relação entre lugar¹ e saúde que poderiam ser mediados pelas preocupações com o corpo.

Dentro destas perspectivas alicerçadas tanto pela teoria social pós-moderna como pela reestruturação do setor saúde, que está mudando sua base de provisão dos serviços de saúde, é que surgem novas possibilidades para a geografia médica. Inclusive colocando seu próprio nome em jogo, apesar das resistências para uma nova perspectiva de se discutir uma geografia para a promoção à saúde originando uma outra denominação voltada para este aspecto fundamental subjacente ao significado de promoção; tais como as ações, práticas, relações, interações e integrações nos âmbitos econômicos-produtivos, do social, do cultural, comportamental e dos serviços públicos em espaços definidos.

1.2.5) A vigilância em saúde e a Geografia Humana na promoção de um cotidiano saudável²

A criação e a vigilância de espaços favoráveis à saúde, faz com que principalmente em lugares menos desenvolvidos, onde os problemas de saúde das populações saltam aos olhos, estudos sejam desenvolvidos no sentido de instrumentalizar o entendimento dos problemas e desenvolver as soluções possíveis.

Indo além da descrição, da sistematização e hierarquização das causas dos problemas, tão próprias à geografia médica tradicional dos chamados tratados médicos, os problemas segundo o novo paradigma apresentam multi-determinações, com propostas de resolução baseada em múltiplas estratégias, medidas e atores destacando, diferentemente da topografia médica que se baseava na autoridade médica local instituída, o conhecimento popular e a participação social decorrente deste saber, como a base para a formulação conceitual e das ações de promoção à saúde (Buss & Ferreira, 1998).

1

2

Acreditamos que para a história do conhecimento, deve-se de alguma forma reconhecer a influência da topografia médica, dado o caráter ampliado que a caracterizou.

Neste desenvolvimento destaca-se a importância atribuída aos novos conceitos das ciências humanas e de métodos advindos da união da epidemiologia e da geografia humana e também as possibilidades de avançar, da descrição e sistematização, para a reflexão e síntese orientando desse modo o planejamento de práticas e até, materializar em ambientes ações de promoção da saúde.

No higienismo como visto, estas práticas voltam-se para intervenções no meio, para solucionar os problemas, como foram as reformas urbanas; as medidas de isolamento e quarentena - tão utilizados até o aparecimento da microbiologia, e também no ordenamento do território com vistas à salubridade dos ambientes.

A nova visão considera saúde como uma acumulação social, expressa num estado de bem-estar que pode indicar acúmulos positivos e/ou negativos, compreendendo que a dinâmica das relações sociais estabelecidas num grupo populacional no espaço geográfico e seus efeitos na saúde humana, seja o fator que define as necessidades de cuidados à saúde (Gondim, 1999).

De acordo com Mendes (1993), o conceito ampliado de saúde, distancia - se da idéia de morte para se aproximar do entendimento de qualidade de vida, como um ponto de encontro, um produto social em permanente transformação, com mudanças também radicais no paradigma sanitário, do modelo flexeriano para a produção social da saúde e das práticas em saúde, da tradicional atenção médica, para a vigilância em saúde e uma nova ordem governativa da saúde nos espaços, nas cidades – e sendo assim, da gestão médica para a gestão social.

Isto significa necessariamente inscrevê-la, como campo do conhecimento, na ordem da interdisciplinaridade e, como prática social, na ordem da intersetorialidade, estando assim coerente com o conceito de saúde como expressão da qualidade de vida.

Com a mudança neste sistema de crenças, a prática sanitária da atenção médica se transforma, impondo-se a construção social de uma nova prática sanitária, a vigilância em saúde. Esta nova prática é considerada diferente do que uma mera articulação entre as vigilâncias sanitária e epidemiológica, pois envolve operações não-médicas sobre os determinantes dos problemas de saúde (Mendes, 1993). Implica uma ação integral sobre as diferentes dimensões do processo saúde-doença, que para Teixeira, Paim & Villasbôas (1993), são: as necessidades sociais de saúde; grupos de risco; situação de exposição; danos e óbitos; seqüelas; doenças e agravos.

A vigilância em saúde como prática, é a proposta de resposta social organizada aos problemas de saúde em todas as suas dimensões, pois organiza os processos de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais, articuladas por diferentes estratégias de intervenção: da promoção da saúde, de prevenção de enfermidades e acidentes, e da atenção curativa (Idem).

Teixeira, Paim & Villasbôas (1993), sintetizam para a vigilância em saúde sete características básicas para organizar sua prática: as intervenções sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes); a atenção contínua; a concepção operacional de “risco”; a articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; a atuação intersetorial; as ações sobre o território e as intervenções sob a forma de operações e, tendo como suporte político-institucional além do processo de descentralização, a reorganização dos serviços e das práticas de saúde ao nível local.

Pensamos assim que a reorganização dos processos de trabalho nos sistemas locais de saúde em direção às novas práticas, pode percorrer uma série de passos orientativos que permitem conduzir a sua implementação, como sugerimos no quadro abaixo:

1) Conceito de saúde:	Produção social da saúde.
2) Paradigmas e princípio orientativo:	Promoção da saúde.
3) Modelo Operacional para assistência a saúde:	Vigilância local da saúde.
4) Estratégias e operacionalidade:	Problemas de saúde, práticas intersetoriais, território e fortalecimento comunitário.
5) Espaços para implementação e gestão organizativa da ação intersetorial:	Lugares; comunidades, municípios e/ou cidades.

Neste processo, é importante o reconhecimento dos territórios, pois materializam diferentemente as interações e as ações sustentadas na intersetorialidade. Estas superam a visão isolada e fragmentada na formulação das políticas e organização do setor saúde, na medida em que adota uma perspectiva global para a análise da questão saúde e não somente do setor saúde, incorporando assim o maior número possível de conhecimentos sobre outras áreas de política pública.

A adoção desta perspectiva global supõe então conhecer a complexidade das vinculações intersetoriais presentes em cada problema objeto da política de saúde e a partir disto, estruturar novas práticas como respostas sociais organizadas perante os

problemas identificados. Pressupõe também uma nova prática calcada na vigilância em saúde que associa os componentes coletivos da doença e da socialidade da saúde impondo assim, outra construção social.

A vigilância em saúde pode ser assim o fator organizativo dos processos de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais, articuladas por diferentes ações de intervenção (promoção; prevenção e curativa) fincadas em três pilares estratégicos: os problemas, o território e a prática intersetorial. A partir disto, o conceito de espaço, de onde deriva a noção de território, pode ser de grande potencial operacional para a organização do processo de trabalho em vigilância em saúde.

Como aponta Rojas (1998), para a análise e a estratégia de ação sobre a desigual distribuição espacial do bem estar e da saúde de populações, devemos adotar caminhos importantes neste processo, tais como: conhecer para interpretar e interpretar para atuar, que freqüentemente acontecem de forma desarticulada, incompleta ou deficiente, onde até mesmo a interpretação muitas vezes inexistente.

Desde a geografia médica que este enfoque vem de alguma forma se institucionalizando, dos relatos de viagem dos naturalistas do séc. XVIII e XIX, passando pelos tratados médicos até os inquéritos e pelas técnicas de esquadramento do território tão utilizado nas práticas higienistas, mas ainda plenamente utilizado até hoje, como por exemplo, pelos tradicionais agentes de endemias da FUNASA.

Neste sentido, para atuar dialogando junto aos grupos populacionais, faz-se necessário o reconhecimento das situações através de métodos que identifiquem as singularidades e seus problemas baseados numa abordagem geográfica, reconhecendo os usos e as diferentes apropriações do espaço e desenvolvendo assim, diagnósticos de situação de saúde para a operacionalização da vigilância em saúde.

Dessa forma, tentaremos discutir as novas implicações da complexidade social para a saúde através das possibilidades de uma abordagem geográfica nos diagnósticos de saúde de populações, para a criação de ambientes comunitários saudáveis. A criação de ambientes e de um cotidiano saudável, deve se dar dentro do âmbito de um novo entendimento de saúde e de um modelo assistencial cujos princípios estejam pautados no novo conceito de promoção da saúde.

Os conceitos, instrumentalizados por categorias de análise, tratam os diversos contextos de relações humanas de forma ampliada e complexa, direcionando as abordagens de modo que integrem espaço e sociedade. Com isso, é possível perceber as diferenças concretas, materializadas nas condições de vida e seus problemas, induzindo a uma flexibilização das soluções e maior proximidade com a realidade social.

1.3) Território, reconhecimento geográfico e as práticas da vigilância em saúde

A análise do espaço geográfico presta-se, antes de tudo como meio operacional, para avaliação objetiva de compreensão do real, através da observação das condições criadas no espaço para a produção, circulação, residência, comunicação, para o exercício da política e das crenças, para o lazer e como condição de vida. Além disso, esse espaço é um meio percebido, subordinado a uma avaliação subjetiva de acordo com representações sociais específicas. O seu entendimento é abordado de acordo com diversos pontos de vista, em que ora está associado a uma porção específica da Terra, identificada pela natureza, pelas marcas que a sociedade ali imprime, como também na referência à simples localização, situado indiscriminadamente em diferentes escalas, como: global, continental, regional, estadual, da cidade, do bairro, da rua, e até de uma casa apenas.

O espaço geográfico é definido por Santos (1988), como um “conjunto indissociável de sistemas de ações e objetos”. Os objetos para ele, “são esse extenso, essa objetividade, isso que se cria fora do homem e se torna instrumental de sua vida, tal como uma cidade, barragem, estradas de rodagem, portos, florestas, prédios, indústrias, hospitais, plantações, lagos, relevos etc. São do domínio tanto da geografia física quanto da geografia humana que, através da história desses objetos, da forma como foram produzidos e mudam, essas geografias se encontram”.

Com a técnica - conceito chave da obra de Santos - o homem em sociedade, forma um conjunto de meios instrumentais e sociais com os quais realiza sua vida, produz e, ao mesmo tempo, cria espaço. Essa concepção de espaço leva em conta todos os objetos existentes numa extensão contínua, supondo a co-existência desses objetos como sistemas e não apenas como coleções: a utilidade atual dos objetos, passada ou futura vem, exatamente do seu uso combinado pelos grupos humanos que os criaram ou que os herdaram das gerações anteriores. Seu papel porém, além de funcional, é também simbólico.

Desse modo, a identificação desses objetos, seus usos pela população e sua importância para os fluxos das pessoas, como de materialidades, são de grande relevância para o reconhecimento da dinâmica social, hábitos e costumes e na

determinação de vulnerabilidades para a saúde humana, originadas nas interações de grupos humanos em determinados espaços geográficos.

A racionalidade do espaço, entendida historicamente e fruto das redes e do processo de globalização, é expressa através do “conteúdo geográfico do cotidiano” (Santos, 1999). Esse conceito pode contribuir para desvendar a (re)produção do sistema através de sua incontestável obviedade e concretude. A globalização, paradoxalmente, fez redescobrir-se a corporeidade, revelada como uma certeza materialmente sensível, devido à fluidez, velocidade e referência a lugares e coisas distantes. Esse processo fez reaparecer no cenário científico a dimensão local, aproximando os verdadeiros significados da realidade social através da consideração do cotidiano.

Essa “socialidade no cotidiano será tanto mais intensa quanto maior a proximidade entre as pessoas envolvidas” (Santos, 1999). A proximidade local, interessa diretamente à vigilância em saúde, não apenas como uma distância cartesiana entre objetos no espaço, mas uma certa “contigüidade física entre pessoas numa mesma extensão, num mesmo conjunto de pontos contínuos vivendo com a intensidade de suas inter-relações”.

A característica mais importante do local é antes de tudo de natureza interna, cuja extensão confunde-se com sua própria existência, tendo uma configuração física, ou melhor, territorial. Essas características fundam a escala do cotidiano, e seus parâmetros são a co-presença, a vizinhança, a intimidade, a emoção, a cooperação e a socialização com base na contigüidade, reunindo na mesma lógica interna todos os seus elementos: pessoas, empresas, instituições, formas sociais e jurídicas e formas geográficas. O cotidiano imediato, localmente vivido, traço de união de todos esses dados, é a garantia da comunicação (Santos, 1999).

Assim, a análise da "dimensão espacial do cotidiano" permite sobretudo, concretizar as ações e as práticas sociais, conduzindo ao entendimento diferenciado dos usos do território, das ações e as formas geográficas que podem formar contextos vulneráveis para a saúde.

1.3.1) A natureza do espaço geográfico, a dimensão local e o cotidiano

Apesar de entendermos o espaço como um todo indissociável, esquematicamente dizemos que no espaço geográfico existem elementos ou objetos naturais (rios, montanhas, árvores, praias, planícies etc) e elementos ou objetos

elaborados e/ou transformados pelo homem (edifícios, ruas, canais, reflorestamentos, shopping centers, fábricas, casas, estradas, cultivos, hidrelétricas, cidades etc).

Para serem reais ou existirem, estes objetos naturais e os elaborados pela sociedade, e ainda, os acontecimentos ou eventos da vida, precisam estar situados no espaço e no tempo. Assim como os objetos e os eventos, nós, os seres humanos, também ocupamos um lugar no espaço e situamo-nos no tempo, vivendo numa certa época e vivendo num lugar. Dessa forma então, a humanidade ocupa um espaço, que é o espaço geográfico.

O ser humano ocupa uma posição especial no planeta e atua sobre o ambiente mais do que qualquer outra forma de vida. Ele não se limita a buscar alimento, a se abrigar do frio e da chuva, a se defender dos inimigos, como fazem os animais em geral. Ele transforma o seu ambiente: modifica o curso dos rios, produz chuvas artificiais, extermina vegetais e animais, cria novos tipos de plantas em laboratórios, constrói edifícios, aviões, estradas, cidades, hidrelétricas, portos etc.

Com sua capacidade de trabalho e através da técnica, o ser humano superou os diversos limites para sua existência ampliando sucessivamente e de forma diversificada o domínio sobre o mundo da vida. A sociedade moderna, a chamada sociedade industrial, modifica profundamente a natureza transformando-a radicalmente e de uma forma nunca vivenciada na história da civilização.

As grandes cidades e as metrópoles são hoje exemplos da intensa humanização da natureza. São ambientes praticamente artificiais, de uma vulnerabilidade visível e radical, com riscos enormes para a saúde humana: ruídos que causam surdez, ar contaminado por monóxido de carbono, e outros gases venenosos, exclusão sócio-espacial, com rios poluídos, lixo exposto, proliferação de ratos e insetos, vida agitada, violência urbana, além de congestionamentos e acidentes de trânsito, inclusive de cargas perigosas etc.

Portanto, o espaço tem um componente de materialidade donde lhe vem uma parte de sua concretude e empiricidade, em que a sociedade em processo se realiza nessa base material: o espaço e seu uso; a materialidade e suas diversas formas; as ações no espaço e suas diversas feições (Santos, 1999).

A análise do espaço geográfico presta-se assim, não só para a compreensão do real, através da observação das condições criadas no espaço para a produção, circulação, residência, comunicação, para o exercício da política e das crenças, para o lazer e como condição de "viver bem", mas como meio operacional, em que presta-se a uma

avaliação objetiva e ainda, como não poderia deixar de ser, como meio percebido, já que está subordinado a uma avaliação subjetiva.

Como já mencionado, fora adotado a definição de espaço de Milton Santos. Neste enfoque, ele “leva em conta todos os objetos existentes numa extensão contínua, todos sem exceção, supondo a existência dos objetos como sistemas e não apenas como coleções: a utilidade atual dos objetos, passada ou futura vem, exatamente do seu uso combinado pelos grupos humanos que os criaram ou que os herdaram das gerações anteriores” (Santos 1999, p. 46). Assinala ainda, que seu papel é simbólico e também funcional. Os objetos e suas formas, aparecem como uma condição da ação, meios de existência que o agir humano deve, em um momento certo, levar em conta.

Entendemos que a localização de objetos, seus usos pela população e sua importância para os fluxos das pessoas, são de grande relevância para o (re)conhecimento da dinâmica social, hábitos e costumes que se efetivam em práticas espaciais que possam determinar vulnerabilidades importantes para a promoção da saúde, originadas na interação de grupos humanos em determinados espaços geográficos.

Compreender o “conteúdo geográfico do cotidiano” (Santos, 1999) pode contribuir para desvendar a (re)produção do sistema, através de sua incontestável obviedade e concretude do dia-a-dia. Esta análise da “dimensão espacial do cotidiano” (Santos, 1999) permite, sobretudo, concretizar as ações e as práticas sociais, conduzindo ao entendimento diferenciado das ações e das formas geográficas que podem originar, ou não, vulnerabilidades geoepidemiológicas localizadas em situações do cotidiano e assim, em espaços definidos.

Essa atenção voltada para o cotidiano é de muita utilidade no tratamento geográfico do mundo da vida, constituído pelas interações humanas no espaço e que acabam influenciando diretamente no uso de determinadas técnicas e objetos, condicionando dessa forma práticas específicas. Para promoção da saúde serve como meio de entendimento para definição de práticas e intervenções na saúde de populações.

Um aspecto de ímpar importância portanto, é a definição rigorosa do chamado nível local como recorte territorial, aspecto tão crucial para a promoção da saúde. Definimos a partir do que Santos (1999) ressalta, que a proximidade local que nos interessa não é apenas a distância no espaço banal, mas sim, como uma certa “contigüidade física entre pessoas numa mesma extensão, num mesmo conjunto de pontos contínuos vivendo com a intensidade de suas inter-relações”. A importância da

dimensão local, e a redefinição da questão do lugar, emerge então como uma necessidade e resistência diante do esmagador processo de globalização.

1.4) Micro-geografias e interações humanas - uma aproximação aos territórios utilizados no cotidiano

Definimos, como a categoria de análise fundamental para a territorialização em vigilância em saúde, a de “território utilizado” de Santos & Silveira (2001). Conforme estes autores, este conceito, supera o antigo problema de análise para o entendimento da interação homem-mundo através do sentido da “interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade e o seu uso, o que inclui a ação humana” (Santos & Silveira, 2001). Para os autores, a categoria território somente pode ser aplicada através do reconhecimento dos atores que dele se utilizam. Os usos se diferenciam conforme os períodos históricos fazendo com que se busque a “evolução dos contextos e assim, as variáveis trabalhadas no interior de uma situação” (Santos & Silveira, 2001). Para se discutir o território utilizado deve-se analisar a “constituição do território” (Santos, 1999), que consiste numa proposta para uma geografia eminentemente empiricizável. “O mundo das coisas, das ações e das relações é perceptível, ao menos tendencialmente, em todos os lugares (...) e o processo da construção da teoria pode fundar-se, então, muito mais no empírico, no realmente existente”. Esta nova situação histórica é chamada de “produção da universalidade empírica” (Santos & Silveira, 2001).

O planejamento da vigilância em saúde pode ampliar, através da categoria território utilizado, seu campo de atuação formal sobre o espaço, que por sua vez, modifica-se conforme a dinâmica das relações sociais. Por isso, a escala geográfica - operativa para a territorialização, emerge sobretudo a partir dos espaços da vida cotidiana, compreendendo desde o domicílio (dos programas de saúde da família), áreas de abrangência (de unidades de saúde) e territórios comunitários (dos distritos sanitários e municípios). A área de abrangência de unidades de saúde, refere-se a uma lógica centrada nestes elementos constitutivos da rede assistencial, estabelecendo os limites da base territorial de ação (Unglert, 1993). Esses territórios abrangem, por isso, um conjunto indissociável de objetos cujos conteúdos são usados como recursos para a produção de renda, habitação, circulação, cultura, associação e lazer.

Segundo Giddens (1989), o reconhecimento das fontes de cerceamento da atividade humana, produzidas pela natureza do próprio corpo humano e os espaços físicos em que a atividade ocorre, permite identificar os limites para o comportamento

das pessoas nos territórios de vida. Ao se observar as rotinas descritas, são reconhecidas as formas geográficas cujos conteúdos lhe dão existência concreta. Os padrões típicos dos movimentos das pessoas, em outras palavras, podem ser representados como a repetição de atividades de rotina através dos dias ou de períodos mais longos. As pessoas movimentam-se em espaços físicos cujas propriedades interagem com suas capacidades, dadas as restrições apontadas por suas fronteiras físicas, sociais e simbólicas. Portanto, na maior parte dos dias, a mobilidade se dá dentro de áreas restritas, em que a conduta da vida cotidiana das pessoas promovem a apreensão sucessiva de características dos territórios (cenários de interação, segundo Giddens), tais como; outras pessoas, objetos dos territórios do cotidiano e materialidades, como o ar, água e alimentos.

A acessibilidade e o uso do espaço para a interação humana, são essenciais para especificar os contextos de interação. As suas propriedades são usadas de modo crônico pelas pessoas na constituição dos encontros através do espaço e do tempo, promovendo desse modo, a interseção das atividades de rotina de diferentes pessoas, onde as características do espaço são usadas rotineiramente para constituir o conteúdo significativo da interação de pessoas na vida social (Giddens, 1989). A rede territorial de conexões dessas interações humanas, ao se intensificar coletivamente, revelam-se em fluxos onde uma certa tipologia se institucionaliza, ditando regras, comportamentos e funções. Cabe ao espaço, interagir e acolher usos característicos a estes fluxos e interações. A importância para a vigilância em saúde do caráter da nodalidade da vida social humana deve ser, portanto, observada com atenção.

A proposta de identificação dos territórios de vida dos grupos sociais e suas práticas cotidianas deve ter como ponto de partida, o mapeamento dos percursos e fluxos diários, interações e a malha de redes micro-geográficas, que serão úteis para trabalhar uma “epidemiologia geográfica do cotidiano”, entendida a partir das necessidades e dos problemas de saúde de populações. Os objetos (fixos) e as ações (fluxos) no espaço produzem elementos espaciais básicos para a vida cotidiana, que realizam o diálogo da pessoa com o mundo, estabelecendo com isso uma “conexão materialística” (Santos, 1999) de uma pessoa com a outra. Estruturando “dimensões espaciais do cotidiano”, (Santos, 1999) caracterizadas pelos percursos que proporcionam ações e os diversos fluxos de matéria e pessoas, as barreiras físicas entendidas como interrupções lineares de continuidades, ou fronteiras físicas dos objetos, que canalizam as ações num sentido ou outro, os nós (Soja, 1993) entendidos como pontos em direção aos quais e a partir dos quais o indivíduo se movimenta,

podendo também ser compreendidos como pontos ou estações, onde as interações sociais convergem para objetos (fixos) que detêm uma determinada tipologia de ações (fluxos). E a idéia de estação (Hägerstrand, 1975) como lugar ou ponto de parada, onde a mobilidade física das trajetórias dos agentes e de materialidades, é suspensa ou reduzida nos encontros ou nas ocasiões sociais.

Nesses movimentos, as características dos cenários (para Giddens) e o conjunto de objetos (para Santos) são usados rotineiramente para dar o conteúdo à interação.

Na interpretação da dinâmica contida nos percursos, revelam-se os lugares vividos e de encontros no dia a dia, suas regras, comportamentos, funções, atividades, relações e principalmente sua singularidade. Estas dimensões espaciais ordenadoras, e ao mesmo tempo ordenadas, pelo uso dado ao território, estruturam materialmente o espaço através dos objetos e ações que configuram contextualidades (Giddens, 1989), cujas regras e recursos para utilização do território são apropriados pela população nas práticas sociais da vida cotidiana.

1.4.1) Os contextos de utilização do território

A elaboração de diagnósticos de situação de saúde e de condições de vida através do processo de territorialização deve focar as diversas contextualidades de uso do território do município, dos distritos sanitários e das áreas de abrangência de unidades de saúde, para com isso identificar, analisar e intervir nas situações-problema para a saúde da população. Para (re)conhecer os usos diversificados do território é necessário investigar as práticas sociais rotinizadas num espaço e num determinado tempo. A proposta deste trabalho é de conjugar o estudo da “constituição do território” já apontada por Milton Santos (Seabra & Leite, 2000), à teoria da estruturação do sociólogo inglês Anthony Giddens (1989) de “constituição da sociedade”, para análise e compreensão dos contextos de utilização do território por parte das populações.

A Teoria da Estruturação de Giddens (1989) é uma tentativa de formular uma descrição plausível da atividade humana e de sua estrutura. Ele assinala que a base de sua teoria, não é privilegiar o ator individual e nem a existência de qualquer forma de totalidade social, mas lançar os olhos sobre as práticas sociais que são ordenadas no tempo e no espaço.

Esta ordenação se dá através da integração social, que significa sistemicidade em interação face a face - em circunstâncias de co-presença - e da integração sistêmica, que refere-se a conexões com aqueles que estão fisicamente ausentes no tempo ou no

espaço. Um exemplo é dado pelos processos de trabalho instituídos por organizações sociais. Seu mecanismo pressupõe a integração social, que é distinta do que está envolvida em contexto de co-presença, e uma organização espacial particular (Barcellos & Machado, 1998).

A integração sistêmica trata em si das questões básicas das instituições sociais, tanto normatizadas formalmente como as informais. Nelas estão contidos também outros ausentes históricos que deixaram suas contribuições nestas instituições. São nas conexões em torno da integração social e sistêmica, isto é, na natureza da interação em situações de co-presença e a conexão entre essas situações e as influências ausentes (das instituições), que serão relevantes para a caracterização e explicação da conduta social nos contextos. A sua ênfase na inserção da ação humana em contextualidades de espaço e tempo, é uma maneira de incluir o espaço e o tempo como categorias essenciais para a constituição das práticas sociais.

As contextualidades são lugares dotados de uma bidimensionalidade em que os indivíduos e os grupos sociais penetram mentalmente e que são reconhecíveis na medida em que neles são difundidas características particulares, isto é o que especifica o lugar, a vida social e as suas instituições (Randolph et al., 1992). Em outros termos, é o que atribui um significado singular ao lugar, como o resultado de uma rede de ações construídas historicamente, originadas tanto localmente como também distante no espaço, que interagem através dos usos dos objetos do território da vida cotidiana, concretizando-se dialeticamente num lugar (Giddens, 1989).

Resulta assim, em territorialidades específicas, que se materializam em espaços que não apenas concentram a interação, mas também intensificam e impõem sua delimitação. Giddens, refere-se assim, ao uso de espaço como cenário da interação que, por sua vez, é crucial para especificar a contextualidade. Dessa forma, entende-se que os lugares e sua constituição territorial tornam-se vitais para assegurar a fixidez subjacente às instituições. A conduta humana nestes contextos é reproduzida, pois as atividades humanas são recursivas, continuamente recriadas pelas pessoas através dos próprios meios pelos quais elas se expressam, já que por intermédio de suas atividades, as pessoas reproduzem as condições que tornam possíveis essas próprias atividades. Em outras palavras, a vida social ostenta uma repetitividade essencial, passível assim de aproximações metodológicas de seu entendimento.

As interações por sua vez, envolvem a reprodução de práticas sociais de pessoas e seus encontros, que apresentam uma regularidade ou estrutura, possibilitando assim a existência de práticas sociais discernivelmente semelhantes, em que as regras e recursos

implicados nessa reprodução são vitais para a manutenção da vida social. Mantêm, no entanto, uma repetitividade criadora, onde os contextos de interação social nunca são exatamente os mesmos; são únicos, singulares. Essa estrutura sócio-espacial pode ter pequena extensão, onde determinadas regras se manifestam na interação entre pessoas em situações de co-presença ou grande extensão, onde a expressão de outras regras não depende da co-presença, mas das instituições. Para Giddens, as propriedades mais profundamente implicadas na reprodução da vida social consistem nos princípios estruturais que definem o contexto. Entretanto, as regras não podem ser conceituadas separadamente dos recursos, pois estes se constituem nos meios necessários para a realização material das ações e práticas sociais. Subentendem “procedimentos metódicos” (Giddens, 1989) de interação social, entrecruzando-se com práticas na contextualidade de encontros localizados. As regras da vida social portanto, são técnicas ou procedimentos generalizáveis aplicados na reprodução de práticas sociais. Em outras palavras, são os procedimentos mais triviais do cotidiano que exercem uma influência mais profunda sobre a generalidade da conduta social (Giddens, 1989).

O contexto estruturador da interação humana, que interessa particularmente para as análises de situação de saúde, implica em reciprocidade das práticas baseadas nas regras e recursos (de autonomia e dependência) entre pessoas e coletividades. Portanto, o conceito de contexto de uso do território orienta a articulação teórica entre as categorias que possibilitam compor analiticamente a “constituição do território” de Milton Santos (Seabra & Leite, 2000) e “da sociedade” de Giddens (1989).

A proposta baseia-se na compreensão dos contextos de uso dos territórios através da coleta e análise de informações sobre regras e recursos, reconhecidos através da interpretação de dados primários, obtidos em trabalho de campo, e através de dados secundários, agrupados e relacionados analiticamente.

1.4.2) Regras e recursos sociais nos contextos de uso do território

Os recursos implicados na reprodução da vida social podem ter uso comum, pelo coletivo social no território, estabelecido nos fluxos de pessoas e de matéria, tais como os equipamentos urbanos. Os recursos individuais são relativos às condições do domicílio e as instalações sanitárias da habitação. O nível de rendimento individual em determinadas faixas de renda, materializa-se nestas condições do domicílio e na posse de equipamentos domésticos e de alimentação, que por sua vez podem condicionar regras específicas de comportamento (Castro, 1993).

Os recursos coletivos compreendem um “conjunto dos sistemas naturais, herdados por uma determinada sociedade e os sistemas de engenharia, isto é, objetos técnicos e culturais historicamente estabelecidos” (Seabra & Leite, 2000), são apenas condições. Sua significação real advém das ações realizadas sobre elas. São objetos naturais e criados que possuem a característica de estabelecer a conexão materialística e social das pessoas, promovendo ou limitando essas ações (Santos, 1999).

Como vimos, implicam tanto em percursos, barreiras, como em estações de encontro. Nesse sentido, são objetos geográficos relevantes para a vigilância em saúde: a infra-estrutura de ocupação do lugar (estradas e ruas, caminhos, sistemas de esgoto e de água, terrenos baldios, depósitos de lixo, núcleos habitacionais, novos assentamentos e invasões) e suas condições ecológicas e geomorfológicas (áreas florestadas e desmatadas, fauna e flora, relevo, hidrografia).

As regras e recursos referem-se portanto, às condições materiais necessárias à subsistência humana, relacionadas à habitação, trabalho e renda, alimentação, saneamento básico, recursos sociais, econômicos e culturais, dos serviços de saúde e de educação, de opções de lazer e de organização sócio-política. Esses recursos básicos também configuram regras que se materializam em práticas cotidianas.

Para compreender as ações das pessoas, suas práticas do dia-a-dia, deve-se identificar a vida cotidiana a partir da escala dos seus objetos-domicílio, suas identidades, seus recursos e regras “domésticas”, integradas socialmente e sistemicamente a outros espaços da comunidade mais próximos, como por exemplo, as unidades de saúde e outros objetos construídos como recursos sócio-culturais de integração social e sistêmica ou locais para rotinas sócio-culturais principais. Incluem-se aqui também os objetos para produção, como as indústrias, depósitos, postos de comércio, assim como os espaços específicos para propiciar a circulação de pessoas e materiais.

A tipologia das ações destes objetos é própria de seu uso e finalidade. Através de investigações específicas a cada objeto, pode-se identificar fluxos e possíveis vulnerabilidades à saúde e ao seu entorno.

Os agrupamentos populacionais podem apresentar contextos de uso de recursos, que condicionam, muitas vezes, determinados comportamentos. O território socialmente utilizado adquire características locais próprias onde a posse de determinados recursos expressa a diferenciação de acesso aos resultados da produção coletiva, da sociedade. Militão Albuquerque (2001) ressalta uma associação que baseia o uso de categorias geográficas para a vigilância em saúde. Para a autora, o que chamamos de constituição

do território, “refletiria as posições ocupadas pelas pessoas na sociedade consequência de uma construção histórica e social, sendo, por isso, capaz de refletir as desigualdades existentes”. Indica com isso, que os “hábitos e comportamentos considerados como fatores causais ou protetores para essas doenças ou eventos, tais como fumo, alimentação, agentes tóxicos, uso de preservativos etc, parecem circular de forma diferenciada em grupos populacionais”. A essa abordagem soma-se a preocupação crescente em distinguir níveis e perfis de risco decorrentes das desigualdades sociais (Barata, 1997).

1.4.3) As situações de saúde como produtos dos contextos de uso do território

Para o setor saúde, a perspectiva da vigilância em saúde configura-se no modelo operacional que se propõe a ter capacidade de dar resposta aos problemas de saúde. Castellanos (1990) aponta, que o entendimento dos problemas que estruturam uma situação de saúde, parte do ponto de vista do ator social que a descreve e explica. Este processo contém, desde uma seleção de problemas e fenômenos que afetam os grupos populacionais, a uma série de fatos importantes para descrever estes problemas selecionados e principalmente, uma explicação que identifique e perceba o complexo de relações entre os múltiplos processos inerentes a dinâmica social e que possa com isso propor soluções possíveis para os problemas. O autor propõe que os fenômenos de saúde e doença ocorrem em diferentes dimensões. As “singulares, entre indivíduos ou entre agrupamentos de população por atributos individuais; as particulares, isto é, variações entre grupos sociais em uma mesma sociedade e em um mesmo momento dado (grupos que diferem em suas condições objetivas de existência) e os movimentos gerais, que são os fluxos e fatos que correspondem a sociedade em geral global”. Indica assim, a possibilidade dos problemas serem definidos de acordo com estas dimensões, pois eles são caracterizados e explicados em diferentes espaços. A definição e o potencial de transformação são diretamente correspondentes a cada uma das dimensões citadas acima.

Particularmente interessante para a vigilância em saúde são os problemas definidos na dimensão que ele aponta como particular, pois como acentua, a explicação e a ação transformadora neste espaço, consideram as variações de perfil de saúde-doença em níveis de grupos de população e com os processos de reprodução social das condições objetivas de existência de cada grupo quanto às leis e aos princípios que

regem as acumulações, isto é, as formas como se organizam os diferentes momentos de tal processo. Acrescenta ainda que, as relações entre os homens e entre eles e a natureza estão basicamente mediadas pela capacidade de trabalhar, de produzir e de distribuir bens e serviços para satisfazer suas necessidades, o que significa, reproduzir suas relações econômicas, suas formas de inserção no processo produtivo e na distribuição e consumo de bens e serviços. Entende a reprodução social a partir de quatro momentos principais: o momento de reprodução dos processos biológicos, o das relações e processos ecológicos, o das formas de consciência e de conduta e o das relações econômicas.

Abordar os problemas de saúde neste nível permite identificar as acumulações que produzem o perfil de saúde-doença de cada grupo e identificar as ações pertinentes a estes. Sobretudo, no que ele considera “tipo de fatos” que devemos produzir para que a organização econômica, política e cultural, tenha impacto no nível geral, indicando a necessidade de mudar as regras gerais do sistema. Os tipos de ações e práticas que derivam desta abordagem particular tendem assim, a organizar-se em planos e programas de saúde por grupos populacionais, abrindo maiores possibilidades para a descentralização e a participação das organizações da população.

Permite principalmente trabalhar em períodos mais precoces do processo de determinação do agravo e ao mesmo tempo ampliar as estratégias de promoção da saúde como um conjunto de ações sociais dirigidas para a transformação da qualidade de vida de todos os setores da população.

A identificação de problemas de saúde deve, portanto, suplantar a listagem de agravos prevalentes e evidenciáveis através de notificações, para abordar e contemplar a compreensão das vulnerabilidades e dos determinantes. Os problemas de saúde podem ser qualificados dentro das diferentes dimensões do processo saúde-doença, que Teixeira, Paim & Villasbôas (1993) indicam, ou seja, as necessidades sociais de saúde, os grupos de risco, as situações de exposição, os danos e óbitos, as seqüelas, as doenças e agravos produzidos em contextos de utilização do território cujas situações de saúde são definidas por diferentes problemas de saúde como por exemplo, as que são relacionadas no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (1999), assim como os problemas ambientais locais com repercussão direta na saúde e qualidade de vida propostos pela Organização Panamericana de Saúde - OPAS (1998).

Comentários finais

Ao longo do desenvolvimento científico, a Geografia e a Epidemiologia têm intercambiado conceitos e paradigmas, o que tem provocado mudanças de método e do próprio foco de atenção de pesquisas. A evolução da epidemiologia foi sintetizada por Susser & Susser (1996) que destacam três períodos com métodos e concepções teóricas diferentes: as estatísticas sanitárias e a teoria miasmática; a epidemiologia das doenças infecciosas e a teoria dos germes e, finalmente a epidemiologia das doenças crônicas e a teoria da multicausalidade.

Esses mesmos autores apontam a necessidade de desenvolvimento de uma “eco-epidemiologia” que dê conta dos múltiplos níveis em que os problemas de saúde se manifestam, desde as vulnerabilidades individuais até os macro-determinantes sociais e ecológicos. Da mesma maneira que cada um desses períodos produziu metodologias para a análise de condições de saúde, estruturou um modo de pensar e agir no campo. Assim, a vigilância em saúde pautou-se no primeiro período pelos levantamentos ambientais, que explicariam o “contágio”, a produção local de doenças e permitiriam intervir sobre características do terreno que as geraram. No segundo período, o trabalho no campo foi voltado para a identificação da “história natural das doenças”, os vetores, micro-organismos, clima e hospedeiros que, formando ciclos de contaminação-transmissão, produziram doenças. No terceiro período, o trabalho de campo é marcado pela busca de “fatores de risco” que explicariam a produção de doenças. Este último paradigma produziu a maior parte dos roteiros utilizados atualmente para a prática de vigilância em saúde, como os questionários de investigação epidemiológica, voltados para a arguição do doente sobre possíveis formas de exposição.

Este enfoque traz importantes vieses para a compreensão do processo de saúde-doença. Em primeiro lugar, procura causas da doença na sua própria vítima, reforçando estigmas para indivíduos enfermos (Valla, 2000). Em segundo lugar, o resgate das condições sócio-ambientais que promoveram a doença é realizado procurando reaver o contato do indivíduo já doente com outros indivíduos e o ambiente, o que certamente não representa a complexidade das relações sociais existentes em uma comunidade.

A busca de novos paradigmas para o campo da saúde coletiva deve ser acompanhada pelo desenvolvimento de métodos que articulem os níveis do indivíduo e das coletividades, vistas não como um agregado de pessoas, mas como um todo, com características particulares, organização própria e território. Dessa forma, a vigilância em saúde carece de instrumentos que incorporem a dimensão do lugar, como expressão do relacionamento entre grupos sociais e seu território.

A compreensão do conteúdo geográfico do cotidiano na dimensão local, tem grande potencial explicativo e de identificação de situações-problema para a saúde e a partir disto, de planejamento e de organização das ações e práticas de saúde nos serviços. A análise sistêmica do contexto local, em escalas geográficas do cotidiano como as apresentadas acima, permite identificar a formação contextual de uma situação de saúde, no espaço e no tempo, podendo ser de grande utilidade para a vigilância em saúde.

NOTAS

1 - Esta concepção de lugar é desenvolvida pela corrente de pensamento da geografia humanista.

2 - Parte deste item foi elaborado para o Relatório Final da Pesquisa de nossa autoria, “Construindo uma metodologia de trabalho de campo em cursos para profissionais de nível médio em vigilância à saúde”, PAETEC-FAPERJ, 2000.

Capítulo 2) Princípios pedagógicos para o desenvolvimento de tecnologias educacionais

Este segundo capítulo, se concentra na discussão dos princípios pedagógicos para a construção de tecnologias em educação. Tem como direcionamento a formulação de um processo educativo para profissionais de vigilância em saúde voltados para práticas que visem a promoção da saúde.

O processo educativo é compreendido na Pedagogia, como processo de socialização de aquisição das conquistas sociais da humanidade por parte das novas gerações. A socialização direta mais geral dos indivíduos, acontece através da família, dos grupos de iguais (comunidades) e dos centros ou grupos de trabalho. Para suprir as carências desta aquisição surge o papel fundamental da escola para elaborar formas para o processo de educação ou da chamada socialização secundária, tais como: do tutor, do preceptor, da própria academia, a escola religiosa, a escola laica etc, que foram historicamente, as formas de conduzir aos sistemas de escolarização obrigatória para todas as camadas sociais nas sociedades industriais contemporâneas.

Surgiu da necessidade que reside na preparação das novas gerações para sua participação no mundo do trabalho e na vida cotidiana requerendo desta forma a intervenção de instâncias específicas como a escola, cuja peculiar função é atender e canalizar o processo de socialização. A educação tem papel fundamental no sentido de criar alternativas pedagógicas que priorizem a formação ampla do trabalhador e do cidadão comprometido com o bem estar social.

A concepção de tecnologia em educação que buscamos, visa aproximar as realidades entre educação e trabalho. O desafio consiste, no entendimento dos graves problemas de saúde decorrentes da aglomeração humana aliado aos avanços tecnológicos, de modo a gerar métodos de aprendizagem (re)construídos e colocados em prática na formação dos profissionais que atuam na área da saúde.

Situamos nosso objeto de estudo, em termos das teorias da aprendizagem, dentro de uma abordagem de base construtivista¹. Nesta corrente pedagógica, o indivíduo é considerado como agente ativo de seu próprio conhecimento, “que no contexto educativo desloca a preocupação com o processo de ensino (visão tradicional) para o processo de aprendizagem” (Rezende, 1999), em oposição a uma concepção de aprendizagem mecânica, repetitiva e memorialística das pedagogias da transmissão e

1

comportamentalistas, pois acreditamos que a “ancoragem” de conceitos se dá na verdade, através de conceitos pré-existentes na estrutura cognitiva dos indivíduos.

Consideramos assim, que a chave da aprendizagem que tenha significado para o sujeito, seja por percepção, seja por descoberta, está na vinculação substancial das novas idéias e conceitos com a bagagem cognitiva pré-existente do indivíduo.

Neste entendimento de processo de aprendizagem, situam-se nossos objetivos acerca da tecnologia em educação para aprendizagem de conceitos e práticas da vigilância em saúde. Deve ser estruturada para a criação de ambientes de aprendizagem que facilitem o processo reconstrutivo, ganhando destaque assim, as atividades que envolvem a observação, a pesquisa, a resolução de problemas, incentivando a curiosidade, a troca de informações e a criação de conhecimentos compartilhados e a busca pelas fontes do conhecimento.(Batistella, 1999).

Na verdade entendemos que este processo é um movimento de assimilação progressiva e reconstrutiva de conhecimentos. Mas, como entendemos esse movimento pedagógico de assimilação reconstrutiva?

2.1) O processo de ensino aprendizagem e a prática educativa reconstrutiva

Para Demo (1998) os princípios fundamentais da aprendizagem reconstrutiva sinalizam para a valorização do saber pensar e do aprender a aprender, concebendo a aprendizagem como um esforço reconstrutivo pessoal e coletivo, que supõe um aspecto desconstrutivo, e não apenas cumulativo. O que importa não é a acumulação de saberes, mas a sua constante reorganização. O aprender no sentido reconstrutivo, representa conhecer a partir do que já se conhece, fazendo com que o sujeito reelabore as informações trabalhadas em determinados contextos de ensino.

Por outro lado, o objeto da aprendizagem (conhecimentos e técnicas) precisa ser considerado para além de sua existência estática pois, “grande parte dos processos de capacitação baseados na repetição mecânica de ações, têm obtido resultados pouco satisfatórios, pois ao se basearem em realidades estáveis, subestimam a singularidade dos processos sociais, a dinâmica de produção do conhecimento e a capacidade de autonomia dos trabalhadores” (Batistella, 1999, p. 51).

Desta maneira, a tecnologia em educação proposta, baseada na estratégia pedagógica do trabalho de campo, consiste num exercício de reconstrução subjetiva de apreensão da realidade cotidiana, tendo como pressuposto a reelaboração e

sistematização de conhecimentos pré-existentes pelos alunos. Uma análise deste processo está no capítulo 3 dessa tese.

As modernas teorias da aprendizagem assinalam que aprender é uma das características mais marcantes da competência humana e faz parte de um esforço reconstrutivo pessoal e coletivo. Para Demo (1998), o processo de aprendizagem se dá de forma dialética² onde a superação das fases se faz por elevação, em que se mantêm traços da fase anterior, mas elevada a um estágio posterior por reconstrução. Trata-se de um fenômeno hermenêutico que diz respeito a capacidade de construir um futuro tendo como base, patrimônios históricos anteriores e que são superados por elevação.

A aprendizagem supõe sempre um aspecto de desconstrução deixando para trás conhecimentos já superados, garantindo a partir daí a introdução do novo. No entanto, é, sobretudo um esforço de reconstrução também no sentido de retomada, não se constitui meramente num processo apenas cumulativo, de estocagem de conteúdos. A acumulação do saber é apenas insumo, um ponto de partida para a aprendizagem consiste desta forma, em se ter competência de reconstruir tais insumos de maneira permanente. Reconstruir é por isso uma empreitada dialética, que vive de superações infinitas, por elevação (Demo, 1998).

Portanto, as pessoas reconstróem o conhecimento, no sentido hermenêutico de conhecer a partir do que já se conhece, não criando estruturas novas de aprendizagem, mas sim novas estruturações do conhecimento que se dá através de processos estruturados. A aprendizagem reconstrutiva é então, marcada por este desafio de reconstrução do conhecimento a serviço do processo educativo. Isto é muito importante para a nossa proposta, pois a metodologia deve ser encarada como um processo construído dialeticamente e não como um produto previamente estabelecido

Como veremos mais adiante, existe hoje um leque muito diversificado de teorias e práticas da aprendizagem abrangendo desde a Física até a Filosofia, passando pela Psicologia cognitiva, que é certamente a perspectiva mais conhecida por conta de Piaget.

Mas, a leitura que fazemos sobre estas teorias tem como princípio, o que Demo aponta em valorizar o saber pensar e o aprender a aprender com qualidade formal e política, já que como ele mesmo enfatiza, existe uma diferença expressa entre o uso técnico de tais termos e a noção política da aprendizagem, acentuando claramente uma hierarquia entre qualidade formal (meio) e qualidade política (fim).

2

Assinala ainda algumas premissas essenciais para a aprendizagem, quais sejam: a aprendizagem autêntica supõe um processo reconstrutivo individual dos alunos, cujo esforço não pode ser substituído por nenhum outro processo, pois para a educação ser emancipatória, deve se processar de dentro para fora, ou seja, estar ancorada na noção de sujeito capaz de história própria e coletiva orientado pela formação de uma competência humana autônoma compromissada com a cidadania.

Duas outras premissas não menos essenciais, são a interdisciplinaridade, teórica e prática, como ambiente mais favorável à aprendizagem, e a questão da cidadania, que deve fazer parte de todo processo educativo, pois a aprendizagem precisa de instrumentação técnica, mas é em essência um fenômeno político.

Um ponto importante é que a educação deve ser encarada como processo essencialmente formativo, no sentido reconstrutivo humano e não ser compreendida como mero treinamento, ensino ou instrução que encaram o processo de fora para dentro. A formação toma o aluno como ponto de partida.

2.1.1) As teorias de ensino e aprendizagem

O propósito principal desta etapa é discutir a utilização racional de teorias da aprendizagem na elaboração teórica e prática da estratégia didática do trabalho de campo contida na tecnologia em educação proposta, que leve em consideração a aprendizagem relevante que supõe a reconstrução do conhecimento que o indivíduo adquire em sua vida cotidiana e profissional anterior e paralela ao processo formativo proposto.

Sacristán & Gomes (1998), afirmam claramente a importância da didática e que “como ciência, arte e como prática necessita apoiar-se em alguma teoria psicológica de aprendizagem”. Existem dois grandes enfoques didáticos com diversas correntes, relacionadas às teorias de aprendizagem mais importantes. As associacionistas, de condicionamento, que compreendem a aprendizagem como um processo cego e mecânico de associação de estímulos e respostas provocado e determinado pelas condições externas, ignorando a intervenção mediadora de variáveis referentes à estrutura interna do indivíduo. A outra corrente diz respeito às teorias mediacionais, onde a aprendizagem intervêm, de forma pouco decisiva nas particularidades da estrutura interna do indivíduo constituindo-se num processo de conhecimento, de compreensão de relações, em que as condições externas atuam mediadas pelas condições internas.

As derivações pedagógicas e didáticas dos princípios em que se apóiam as teorias do condicionamento são evidentes. Baseiam-se na compreensão de que o "homem é o produto das contingências reforçantes do meio" (Sacristán & Gomes, 1998 p. 29), onde tudo na vida (objetos, situações, acontecimentos, pessoas, instituições), tem valor reforçante, ou seja, reforça uma outra conduta. O comportamento humano está assim determinado por contingências sociais que rodeiam, orientam e especificam as influências determinantes.

Conforme os autores, de acordo com esta concepção, a educação transforma-se numa simples tecnologia para programar reforços no momento oportuno. Ao prescindir das variáveis internas, da estrutura peculiar de cada indivíduo ou ao desprezar a importância da dinâmica própria da aprendizagem, o ensino se reduz a preparar e organizar as contingências de reforço que facilitam a aquisição dos esquemas e tipos de conduta desejados.

"Pode-se afirmar que o condicionamento simplificou o problema real da conduta humana. O reducionismo mecanicista que se faz ao adotar uma perspectiva biologicista desemboca necessariamente na redução e simplificação do objeto de estudo, na eliminação de sua complexidade" (Sacristán & Gomes, 1998, p. 30).

No entanto, ressaltam que apesar de seu flagrante reducionismo e do aspecto simplificador das teorias do condicionamento, são contribuições inquestionáveis sempre que se aplicam para entender e produzir determinados fenômenos ou aspectos parciais de processos de aprendizagem. Os autores criticam esta concepção, pois consideram que se o psiquismo de cada indivíduo é um sistema complexo de relações e interações, como esquecer e ignorar os efeitos múltiplos de cada uma de suas condutas parciais de suas aprendizagens concretas? Os estímulos e reforços similares provocam reações bem distintas e inclusive contraditórias em diferentes indivíduos, e também nos próprios sujeitos em diferentes momentos, situações e contextos.

Em contraposição às teorias condutivistas e as teorias mediacionais consideram que a conduta é uma totalidade organizada. As forças que rodeiam os objetos, as relações que os ligam entre si, definem realmente suas propriedades funcionais, seu comportamento. Para uma de suas correntes - a Gestalt ou teoria do campo³ - é este

conjunto de forças que interage ao redor do indivíduo, o responsável pelos processos da aprendizagem. Sua conduta responde à sua compreensão das situações, ao significado que confere aos estímulos que configuram seu campo vital em cada momento concreto.

Nesta concepção a intervenção do contexto, a questão do “ser em situação” (Heidegger) é crucial, pois os tipos de aprendizagem, representacional, de conceitos, de princípios, de solução de problemas, exigem a intervenção que implica em operações cujo denominador comum é a compreensão significativa das situações. Esta corrente concede assim, uma importância primordial ao significado como eixo e motor de toda a aprendizagem supondo, que a motivação fundamental, da aprendizagem desejada, auto-iniciada, apoiada no interesse por resolver um problema, por estender a clareza e o significado a parcelas cada vez mais amplas do espaço vital, do território onde o indivíduo vive, faz suas múltiplas e diversas necessidades.

"Não é um problema de mais ou menos conhecimentos, da quantidade de informação acumulada na reserva do indivíduo. Trata-se da orientação qualitativa de seu desenvolvimento, do aperfeiçoamento de seus instrumentos de adaptação e intervenção criativa, da clarificação e conscientização das forças e fatores que configuram seu específico espaço vital."
(Sacristán & Gomes, 1998, p. 32)

Outra corrente, a genético-cognitiva, contribui acrescentando a necessidade de se esclarecer o funcionamento da estrutura interna do organismo como mediadora dos processos da aprendizagem. A aprendizagem provoca a modificação e transformação das estruturas que, ao mesmo tempo, uma vez modificadas, permitem a realização de novas aprendizagens de maior riqueza e complexidade. A gênese mental pode ser representada como movimento dialético de evolução em espiral, em cujo centro está a atividade.

Portanto, aprendizagem é tanto um fator, como um produto do desenvolvimento. É um processo de aquisição no intercâmbio com o meio, mediatizado por estruturas, reguladoras no princípio hereditárias posteriormente, construídas com a intervenção de aquisições passadas.

A respeito desta corrente, Sacristán & Gomes (1998) assinalam que, "as estruturas cognitivas são o princípio imutável de todas as coisas e se constroem em processos de troca. Por isso, denomina-se estas posições como construtivismo

genético”. Apontam inclusive, dois movimentos decisivos que explicam esse processo de construção: a assimilação e a acomodação, que constituem a adaptação ativa do indivíduo que atua e reage para compensar as perturbações geradas em seu equilíbrio interno pela estimulação do ambiente. O conhecimento é assim, uma elaboração subjetiva que desemboca na aquisição de representações organizadas na realidade e na formação de instrumentos formais de conhecimento.

De acordo com os autores, Piaget enfatiza além da própria ação, outros processos cognitivos; como a percepção, a representação simbólica e a imaginação. Em todas estas tarefas há uma participação ativa do sujeito nos diferentes processos de exploração, de seleção, de combinação e organização das informações. Mas, de modo orientado, organizado e não uma atividade arbitrária.

A tecnologia em educação, como produto de uma prática – do fazer educativo – deve desse modo estimular e facilitar esse processo. Os procedimentos metodológicos e os instrumentos pedagógicos utilizados devem propiciar o ambiente de aprendizagem que estimule a construção de significados.

Os autores apontam algumas conclusões que podem facilitar e orientar a regulação didática dos processos de ensino-aprendizagem nos quais podemos nos basear para a nossa proposta pedagógica:

- Primeiro: o caráter construtivo e dialético de todo o processo de desenvolvimento individual. O conhecimento e o comportamento são o resultado de processo de construção subjetiva nas trocas cotidianas com o meio circundante;
- Segundo: os processos educativos são processos de comunicação que estimulam os intercâmbios do indivíduo com o meio físico e psicossocial que o rodeia;
- Terceiro: a importância do conflito cognitivo para provocar o desenvolvimento do aluno, levando a uma progressão que questiona suas construções e esquemas cognitivos anteriores com os quais entendia a realidade;
- Quarto: nem toda aprendizagem provoca desenvolvimento. A acumulação de informações fragmentárias pode não configurar esquemas operativos de conhecimento e inclusive pode ser obstáculo ao desenvolvimento.
- Quinto: a aprendizagem refere-se a conhecimentos particulares.

Outra contribuição importante, é a de Ausubel (Sacristán & Gomes, 1998), que identifica a chave do que ele chama de aprendizagem significativa, na vinculação substancial das novas idéias e conceitos com a bagagem cognitiva do indivíduo. O

núcleo central desta teoria da aprendizagem reside na compreensão da união do material novo apreendido no processo educativo formal com os conteúdos conceituais da estrutura cognitiva do sujeito, em que os novos significados não são as idéias ou conteúdos objetivos apresentados e oferecidos à aprendizagem, mas produto de um intercâmbio, de uma fusão. Para ele, a aprendizagem escolar se caracteriza por ser assim, um tipo de aprendizagem que se refere a corpos organizados de material significativo.

"Cada indivíduo capta a significação do material novo em função das peculiaridades historicamente construídas de sua estrutura cognitiva. Cada sujeito evidencia uma organização hierárquica e lógica, na qual cada conceito ocupa um lugar determinado em função de seu nível de abstração, de generalização e capacidade de incluir outros conceitos" (Sacristán & Gomes, 1998 p. 39).

Conforme Ausubel, o material aprendido de forma significativa é menos sensível às interferências a curto prazo e muito mais resistente ao esquecimento, porque não está isolado, mas assimilado a uma organização hierárquica dos conhecimentos que se referem a própria área temática. Funciona a partir de uma organização deste material de uma forma lógica e hierárquica e que se apresente em seqüências ordenadas em função de sua potencialidade.

No entanto, o processo de aquisição de significados é um processo ativo, em que as habilidades de investigação e solução de problemas necessitam da prática, da participação ativa do indivíduo, da busca real, e não a mera organização do recebido significativamente. Para a psicologia dialética, a aprendizagem está assim em função da comunicação e do desenvolvimento, sendo que este, é resultado da troca entre a informação genética e o contato experimental com as circunstâncias reais de um meio historicamente constituído, uma peculiar e singular impregnação social do organismo de cada indivíduo construída de forma dialética.

Para esta corrente, portanto, não são somente a atividade e a coordenação das ações que o indivíduo realiza as responsáveis pela formação das estruturas formais da mente, mas também, a apropriação da bagagem cultural, que é produto da evolução histórica da humanidade que se transmite na relação educativa.

2.1.2) A teoria da aprendizagem na prática educativa

O conceito de aprendizagem é um conceito prévio, um requisito indispensável para qualquer elaboração teórica sobre o ensino. A teoria e a prática didática para Sacristán & Gomes (1998) necessitam de um corpo de conhecimentos sobre os processos de aprendizagem que cumpra algumas condições, tais como: abranger de forma integral as diferentes manifestações, processos e tipos ou classes de aprendizagem e estar intimamente ligado ao real.

Para eles, a didática – prática educativa - necessita de teorias que se aproximem ao que acontece em situações reais nas quais se produz a aprendizagem de forma sistemática ou de modo informal. Para estes autores, as teorias que procuram esclarecer as estruturas e os processos internos que acontecem em toda aprendizagem possuem maior potencialidade didática. Contudo, a aprendizagem não se dá somente dentro do aluno, mas em complexas redes de intercâmbio social, dentro e fora da aula dentro e fora do recinto escolar, de modo que as variáveis culturais, sociais e materiais do meio são de extraordinária importância para compreender e orientar os processos de aprendizagem e desenvolvimento.

O problema que apontam como mais interessante da ótica pedagógica, da evolução atual das teorias da aprendizagem e suas inevitáveis implicações na prática educativa, é o processo de transição da didática meramente operatória para a didática que propõe a construção da cultura. A escola de Piaget e as contribuições de Vygotsky e outros, das propostas sociológicas sobre cultura como construção social, propõem como objetivo fundamental da educação a reconstrução do conhecimento individual a partir da reinvenção da cultura.

Tendo como referência Vygotsky, assinalam que o desenvolvimento do aprendizado se dá mediatizado por importantes determinações culturais. Tem como referência um argumento que é compartilhado pelo entendimento de Milton Santos acerca do espaço geográfico, i. é, baseado na produção e uso cultural dos objetos criados pela sociedade. Portanto, para Vygotsky, o desenvolvimento do ser humano é mediado pela cultura. A humanidade é o que é, porque cria, assimila e reconstrói a cultura formada. Todos os objetos criados pelo homem são instrumentos para cumprir alguma função e compartilham um sentido cultural dentro da comunidade de convivência. O significado cultural desta função social vai se impondo ao desenvolvimento de forma tão natural como qualquer de suas características físicas.

Se considerarmos que o desenvolvimento do indivíduo está social e culturalmente mediatizado, é importante que se explicita e se controle conscientemente tal influência de modo que, no processo educativo formal e informal, possam ser

detectados seus efeitos, como também estabelecer seu valor no processo de construção autônoma do novo indivíduo.

A crítica de Vygotsky, é que os processos de ensino e aprendizagem na escola se produzem fora de contexto, sem referenciais concretos e à margem do cenário onde ocorrem os fenômenos de que se trata na aula. Portanto, a questão que se coloca para a educação não é prescindir da cultura, mas sim provocar que o aluno participe de forma ativa e crítica na reelaboração pessoal e grupal da cultura de sua comunidade em sua vida cotidiana.

Este é o dilema pedagógico. Como criar processos que sejam estimulantes para a aprendizagem? Uma estratégia pedagógica baseada na abordagem geográfica de entendimento do contexto do território de estudo, pode ser simultaneamente, processo de aprendizagem como de produção de conhecimento, mediatizado pela compreensão da cultura.

2.1.3) Aprender compreendendo a cultura

Sacristán & Gomes acentuam que tanto Vygotsky como Bruner voltam o olhar para a aprendizagem espontânea, cotidiana, realizada a partir da experiência vital do indivíduo, para encontrar os modelos que podem orientar a aprendizagem. O objetivo é formular estratégias pedagógicas ou ainda, tecnologias educacionais, que visem elaborar a partir da realidade social cotidiana, plataformas de entendimento mútuo como formatos de interação, para se constituírem em microcosmos pedagógicos de interação social.

No entanto, eles afirmam que a dificuldade está em - como conseguir que a aprendizagem sistemática da cultura e da ciência na escola provoquem a participação criativa do aluno, quando a cultura de seu território vital cotidiano difere tanto das preocupações do mundo das disciplinas? O modelo que Vygotsky e Bruner propõem, se constitui no desafio de criar espaços de diálogo, de significado compartilhado entre o âmbito do conhecimento privado experiencial e o âmbito do conhecimento público acadêmico. De acordo com os autores, a idéia é formular pedagogicamente uma ferramenta baseada numa rede de conceitos referentes a conhecimentos que possibilitem a análise e oriente a tomada de decisão, isto é;

"como conseguir que os conceitos que se elaboram nas teorias das diferentes disciplinas e que servem para uma análise mais

rigorosa da realidade se incorporem ao pensamento, como poderosos instrumentos e ferramentas de conhecimento e resolução de problemas?" (Sacristán & Gomes, 1998, p. 43).

Para os autores a resposta está nas formulações de Bruner, Edward e Mercer que, apoiados nas proposições Vygotskyanas e nas sugestões da teoria da comunicação, sugerem uma teoria que explica a trajetória da competência do progresso para o aluno como processo de criação de âmbitos de significados compartilhados por meio da negociação e da construção de perspectivas intersubjetivas.

Os princípios que norteiam os conceitos-chave da perspectiva pedagógica reconstrutiva são extremamente adequados a estratégia do trabalho de campo. Sacristán & Gomes (1998) indicam os conceitos de realidade, ciência e cultura para compreender o processo de criação de âmbitos de significados compartilhados. Partem do pressuposto que existem múltiplas realidades, assim como existem múltiplas formas de viver e dar sentido à vida de cada indivíduo e de cada grupo. Como também existem tantas realidades como versões da realidade, quanto representações subjetivas que se elaboram sobre as múltiplas formas de viver. Este aspecto é de ímpar importância para a idéia que os autores defendem acerca da criação de âmbitos de significados compartilhados para a produção e aprendizagem de novos conhecimentos.

Eles consideram a ciência como um processo humano e socialmente condicionado de produção de conhecimento que apontará métodos mais pertinentes para conhecer os assuntos humanos, que são sempre dinâmicos, mutantes, criativos e singulares. Para este propósito sugerem que é mais adequado a modalidade narrativa do pensamento, enquanto que a modalidade lógica acomoda-se melhor ao comportamento do mundo físico.

A ciência, notadamente o conhecimento acadêmico no modelo tradicional se desenvolveu e caracterizou-se, precisamente por sua redução aos produtos, resultados, conclusões, sem compreender o valor determinante dos processos. É o método, o processo de busca permanente, que garante o progresso científico indefinido da humanidade. Identificam desta forma, um caminho metodológico reconstrutivo baseado na compreensão das interações entre as pessoas e o mundo ao seu redor, assim como entre elas mesmas, mediadas por determinações culturais, como representações e comportamentos produzidos e construídos socialmente num espaço e num tempo concreto, apoiando-se em elaborações e aquisições anteriores.

Com isso relacionam o processo reconstrutivo ao conceito de cultura, entendendo-a como um sistema vivo em permanente processo de mudança como consequência da reinterpretação constante que os indivíduos e grupos que vivem nela, fazem. Sendo sempre e ao mesmo tempo, produto e determinante da natureza dos intercâmbios entre os homens. A cultura oferece sempre um espaço de negociação de significados e se recria constantemente como consequência deste mesmo processo de negociação. Os indivíduos participam criadoramente na cultura ao estabelecer uma relação viva e dialética com a mesma. Por um lado, organizam suas trocas e dão significados a suas experiências em virtude do marco cultural em que vivem, influenciados pela cultura. Por outro, os resultados de suas experiências mediatizadas, oferecem novos termos que enriquecem e ampliam seu mundo de representação e experiências, modificando com isso, ainda que seja paulatina, mas progressivamente, o marco que deve alojar os novos significados e comportamentos sociais.

2.1.4) A reconstrução do pensamento e a ação do aluno

Os autores que estamos nos baseando na construção de nossa base pedagógica para a metodologia proposta, têm como pressuposto que a aprendizagem acadêmica na escola deveria ser produzida. É este inclusive, o eixo da proposta reconstrutiva segundo Sacristán & Gomes. Se queremos que os conhecimentos se incorporem como ferramentas mentais, a aprendizagem deve desenvolver-se num processo de negociação de significados. Somente a partir da ativação das pré-concepções habituais dos alunos nos processos de aprendizagem, que os mesmos os considerarão relevantes e assim, utilizar-lo-ão como ferramenta intelectual em sua vida cotidiana. Isto é, os alunos deveriam portanto aprender reinterpretando, reconstruindo seus processos mentais para a produção de novos conhecimentos.

A idéia deles é criar espaços compartilhados, onde as novas posições da cultura acadêmica, vão sendo reinterpretadas e incorporadas aos esquemas de pensamento experiencial prévios do próprio aluno e também que suas pré-concepções experienciais, ao serem ativadas para interpretar a realidade e propor alguma solução dos problemas, manifestem suas deficiências em comparação com as proposições da cultura acadêmica.

Os autores indicam duas condições para o desenvolvimento deste processo de reconstrução do pensamento do aluno:

- 1ª) A cultura experiencial do aluno como ponto de partida da prática educativa;

A aquisição da cultura acadêmica deve ser sempre um processo de reconstrução e não simplesmente de justaposição. Sacristán & Gomes afirmam que a cultura pública formal cumpre uma função crítica: provocar e facilitar a reconstrução do conhecimento vulgar que o aluno adquire em sua vida anterior e paralela à escola. A informação que se oferece na escola, deve: desempenhar uma função instrumental, facilitar o processo de reconstrução, estimular o aluno no desenvolvimento da capacidade de compreensão e reorganização racional e significativa da informação reconstruída.

A proposta deles consiste assim, em utilizar a potencialidade explicativa das disciplinas e da cultura pública formal para, mediante um processo de diálogo e negociação, provocar a reconstrução das pré-concepções do aluno a partir do conhecimento de seu estado atual de desenvolvimento.

2ª) Desenvolvimento de processos pedagógicos que possibilitem criar espaços de conhecimento compartilhado;

Na segunda condição, os autores referem-se a criação na sala de aula de um espaço de conhecimento compartilhado de aprendizagem dentro de um grupo social com vida própria, com interesses, necessidades e exigências que vão configurando uma cultura peculiar. Criar mediante negociação aberta e permanente, um contexto de compreensão comum, enriquecido permanentemente com contribuições dos diferentes participantes, cada um segundo suas possibilidades e competências.

A estratégia pedagógica do trabalho de campo tem este potencial de produzir espaços de significados compartilhados não somente na sala de aula, como principalmente no processo pedagógico de aprendizagem mútua que se estabelece entre aluno-realidade/comunidade do território em estudo e de atuação profissional. Este processo de investigação sobre a realidade social estimula a negociação de significados entre a realidade, composta por intensa rede de atores sociais locais, constituindo-se num instrumento de grande potencial pedagógico.

Para que este instrumento se efetive, um outro pressuposto educativo para a prática educativa que propomos, é a questão do papel fundamental que a pesquisa tem no processo pedagógico.

2.2) A prática educativa através da pesquisa

Esta fase da investigação visa apontar a importância da pesquisa no processo educativo. Trata-se na verdade dentro da argumentação até aqui desenvolvida, de estabelecer a pesquisa como um dos princípios para uma prática de caráter reconstrutivo, que tem ainda o processo de trabalho como princípio educativo. A idéia é apresentar a proposta de Pedro Demo de tornar a pesquisa, a maneira escolar e acadêmica própria de educar. Para ele o que diferencia a educação escolar das outras formas de educar é justamente estar baseada no processo de pesquisa e formulação própria. Considera que o critério diferencial da pesquisa é o seu questionamento reconstrutivo, que engloba teoria e prática, qualidade formal e política, inovação e ética.

Demo procura buscar e orientar estratégias que facilitem a capacidade de educar pela pesquisa e para que isso se dê, ele define quatro premissas que adotamos para a nossa proposta de tecnologia educacional. Primeiro, que a educação pela pesquisa contém o que ele considera como a especificidade mais própria da educação escolar e acadêmica. Segundo que o questionamento reconstrutivo com qualidade formal e política é o cerne do processo de pesquisa. E por último, indica que a pesquisa deve se inserir como atividade cotidiana do professor e do aluno e por fim definir a educação como processo de formação da competência humana.

Ele acentua que desenvolver a face educativa da pesquisa, é não restringi-la a momentos de acumulação de dados, leituras, materiais, experimentos, que não passam de insumos preliminares. Para ele a “pesquisa inclui sempre a percepção emancipatória do sujeito que busca fazer e fazer-se oportunidade, à medida que começa e se reconstitui pelo questionamento sistemático da realidade”.

A característica emancipatória da educação exige a pesquisa como seu método formativo. Demo apresenta elementos paralelos entre educação e pesquisa, o que leva a um objetivo comum para ambos. Os principais são: a) os dois se colocam contra a ignorância, enquanto a pesquisa busca o conhecimento para poder agir na base do saber pensar, a educação busca a consciência crítica; b) ambos valorizam o questionamento em que a pesquisa se alimenta da dúvida, de hipóteses alternativas de explicação e da superação constante de paradigmas e a educação alimenta o aprender a aprender; c) os dois se dedicam ao processo reconstrutivo, base da competência sempre renovada, enquanto a pesquisa pretende através do conhecimento inovador, manter a inovação

como processo permanente e a educação usa o conhecimento como instrumento, buscando alicerçar uma história de sujeitos e para sujeitos.

Sugere que a aula, marca registrada do professor, deverá perdurar como expediente auxiliar da pesquisa, para realizar orientações, como tática de reordenamento do trabalho, como intervenção esporádica etc. A marca do professor deverá transformar-se no questionamento reconstrutivo, alimentado pela pesquisa como princípio científico e educativo.

O questionamento é a referência para a formação do sujeito competente, de ser capaz de, tomando consciência crítica, formular e executar projeto próprio de vida no contexto histórico. Um dos sentidos mais fortes da educação é precisamente a passagem de objeto para sujeito, o que significa a formação da competência. Por reconstrução, ele a compreende como a instrumentação mais competente da cidadania, que é o conhecimento inovador e sempre renovado. Como o autor aponta, não precisa ser conhecimento totalmente novo, mas deve ser, no entanto reconstruído, incluindo assim a interpretação própria, a formulação pessoal, a elaboração trabalhada, o saber pensar e o aprender a aprender.

Outra questão fundamental para o autor, é tornar a pesquisa o ambiente didático cotidiano para o professor e o aluno. Para evitar que a pesquisa se torne algo especial, ele aponta que deve-se distinguir entre a pesquisa como atitude cotidiana e a pesquisa como resultado específico. Como atitude cotidiana, está na vida e lhe constitui a forma de passar por ela criticamente, no sentido de cultivar a consciência crítica e no de saber intervir na realidade de modo alternativo com base na capacidade questionadora. Trata-se, portanto, de ler a realidade de modo questionador e de reconstruí-la como sujeito competente. .

2.2.1) A intencionalidade educativa da pesquisa

A proposta de tecnologia em educação baseada numa rede de conceitos do campo da Saúde Coletiva (promoção, vigilância), da Geografia, da Pedagogia, evidencia a questão da singularidade e simultaneamente da diversidade enfocada na compreensão do contexto social local e da situação de saúde. Para Sacristán & Gomes, a situação é um de seus princípios teórico-metodológicos. O caráter subjetivo, e complexo dos fenômenos sociais, e também os educativos, requer uma metodologia de investigação que respeite sua origem educativa e que observe principalmente as peculiaridades dos fenômenos da realidade que são objetos de estudo.

A relação entre o modelo metodológico e a conceitualização do objeto de estudo é fundamentalmente dialética. Por um lado, o conceito, sempre provisório que se tem da realidade estudada, determina a escolha dos procedimentos de investigação. Por outro, a utilização de certas estratégias metodológicas conduz a um tipo de conhecimento da realidade estudada e, à medida que o incrementamos, vamos exigindo e depurando também os procedimentos de investigação.

Como já visto anteriormente, Sacristán & Gomes colocam que o objeto central da prática educativa deve ser o de provocar a reconstrução das formas de pensar, sentir e atuar, através de procedimentos de estudo e investigação para que possam indagar a produção e a troca de significados sejam quais forem os seus meios. Para eles, o objetivo da investigação educativa não pode reduzir-se à produção de conhecimento. A didática é uma disciplina prática que se propõe provocar a reconstrução do conhecimento empírico do aluno. Tem uma intencionalidade e um sentido que é a transformação e o aperfeiçoamento da prática pedagógica.

A investigação educativa ao utilizar o qualificativo de educativa, é porque pretende que seja uma investigação não apenas sobre a realidade, mas também que simultaneamente eduque, que o próprio processo de investigação e o conhecimento que produz sirva para a reconstrução dos significados. O próprio processo de investigação deve ser transformado em processo de aprendizagem. Devemos pensar para a tecnologia educacional os pressupostos, procedimentos, técnicas e instrumentos de investigação que são os mais adequados para garantir o caráter transformador do conhecimento.

2.2.2) A investigação educativa a partir de uma perspectiva interpretativa

Sacristán & Gomes, propõem um modelo alternativo em oposição ao modelo de investigação positivista. São preocupações que fundamentalmente, consistem em indagar o significado dos fenômenos na complexidade da realidade na qual são produzidos. Portanto, destacamos os principais referenciais epistemológicos, ontológicos e metodológicos sobre os quais o autor assenta a prática da investigação num modelo interpretativo.

Vários destes aspectos tornam-se estruturantes para delimitar o caráter investigativo da nossa proposta pedagógica, tais como:

- Conceito de realidade;

O mundo social não é fixo, nem estável, mas dinâmico e mutante devido ao seu caráter inacabado e construtivo. As complexas assim como mutantes relações

condicionadas, de conflito e colaboração, entre os indivíduos, grupos e sociedades foram criando o que denominamos realidade social. No âmbito social, são importantes as representações subjetivas dos fatos como os próprios fatos, ou melhor, os fatos sociais são redes complexas de elementos subjetivos e objetivos.

Para compreender a complexidade real dos fenômenos educativos como fenômenos sociais, é imprescindível chegar aos significados, ter acesso ao mundo conceitual dos indivíduos e às redes de significados compartilhados pelos grupos, comunidades e culturas.

- As relações investigador-realidade;

Sacristán & Gomes, afirmam que todo processo de investigação é, em si mesmo, um fenômeno social e, como tal, caracterizado pela interação. A realidade investigada é condicionada pela situação de investigação. O investigador é influenciado pelas reações da realidade estudada, pelo conhecimento que vai adquirindo, pelas relações que estabelece e pelos significados que compartilha. Para a nossa proposta o enfoque interpretativo de Sacristán & Gomes, ou seja, a contaminação mútua do investigador e da realidade, é uma condição indispensável para alcançar a compreensão da troca de significados entre aluno-comunidade-serviços de saúde.

- Objetivos da investigação;

Para um enfoque interpretativo, a finalidade da investigação não é a previsão nem o controle, mas a compreensão dos fenômenos e a formação dos que participam neles para que sua atuação seja mais reflexiva, rica e eficaz. O objetivo da investigação não é a produção de leis ou generalizações independentes do contexto. O enfoque interpretativo dos autores, não nega a existência de aspectos comuns, a possibilidade de identificar padrões compartilhados de comportamento na realidade social. É o que consideramos como práticas cotidianas institucionalizadas que estabelecem a integração social e a integração sistêmica nos contextos dos territórios da vida social. Mas que também apresentam matizes diferenciais, aspectos específicos que singularizam as situações, os acontecimentos ou os comportamentos.

O objetivo de compreender os significados dos acontecimentos e fenômenos sociais e a convicção de que estes são sempre, em parte, subjetivos, singulares e mediatizados pelo contexto, não concede ao conhecimento um caráter de restrição e

manipulação do comportamento futuro, mas um valor instrumental, de apoio intelectual na análise da realidade e na deliberação, para adotar decisões práticas, cada vez mais coerentes e racionais. O que confere à tomada de decisão no sentido das práticas de saúde, uma maior possibilidade de êxito na melhoria da qualidade de vida da população.

Como o objetivo da prática educativa é provocar a reconstrução do conhecimento empírico do aluno, não se pode deixar de fora a capacidade de apreensão pela diversidade, já que para uma investigação interpretativa deve-se preocupar com a compreensão dos aspectos singulares anômalos, imprevistos, diferenciadores, pois são indispensáveis para compreender o sentido da realidade social estudada.

- Estratégia da investigação;

Um enfoque interpretativo para a nossa proposta, deve adotar a estratégia de investigação que siga uma lógica mista, de modo que se produza constantemente uma interação entre as teorias e os dados, os enfoques e os acontecimentos, não para comprovar hipóteses de trabalho, mas para mergulhar na complexidade dos acontecimentos reais e indagar sobre eles com a liberdade e flexibilidade que as situações exigem no sentido de refletir sobre observações, registros, informações e as perspectivas dos envolvidos, recolhidos pelas mais diversas técnicas.

A investigação é flexível conforme as interações que o investigador estabelece com a realidade no decorrer do processo de pesquisa. Portanto, é progressivo porque neste processo vão se produzindo sucessivas definições na análise e focalização, conforme se evidencia a relevância dos diferentes problemas ou a significação dos distintos fatores.

Em acordo com a estratégia de investigação formulada nesta pesquisa, o enfoque interpretativo considera o máximo de variáveis intervenientes em princípio, para que em consequência possa determinar focos e recortes principais mais definidos e singulares de análise.

O processo de levantamento das informações faz o aluno interagir pedagogicamente com vários instrumentos de pesquisa que permitem reconhecer a realidade de várias formas e que se complementam através desta dinâmica investigativa.

- Técnicas e instrumentos de investigação;

Os instrumentos de investigação, numa perspectiva interpretativa, ao serem elaborados por indivíduos que vivem e se desenvolvem numa determinada cultura são portadores de uma forma de ver a vida e a realidade, com seus próprios valores e interesses. Os dados obtidos por estes instrumentos são influenciados portanto, por um contexto cultural próprio que inclui, idéias, informações, atitudes, valores, comportamentos, formas de proceder. Por isso, devem ser instrumentos flexíveis para mostrarem-se sensíveis às especificidades desse contexto.

A partir do que foi observado pelos instrumentos deve-se estabelecer correspondência, em função do contexto, com os significados respectivos, seu sentido e a intencionalidade das manifestações observadas. Sendo assim, o enfoque interpretativo propõe o investigador como o principal instrumento de investigação. Serão o julgamento, a sensibilidade e a competência profissional do investigador os melhores e insubstituíveis instrumentos para captar a complexidade dos fenômenos. Ele mergulha num processo permanente de indagação, reflexão e comparação, para captar os significados dos acontecimentos observados, para identificar as características do contexto e estabelecer as relações entre o contexto e os indivíduos.

Para cumprir esta função, a investigação torna-se um estudo de caso dentro do enfoque interpretativo, porque os acontecimentos só podem ser interpretados completamente, dentro das situações que lhes confere significado. Sacristán & Gomes (1998) propõem os seguintes procedimentos metodológicos para a pesquisa educativa e que nós transpomos para a nossa proposta: a) a observação participante e externa para registrar os acontecimentos, as redes de condutas, os esquemas de atuação comuns ou singulares, habituais ou insólitos; b) a entrevista, para captar as representações e imprecisões subjetivas a partir de sua própria perspectiva; c) a triangulação, que é outro procedimento importante, de fontes, métodos, informações e recursos com o objetivo de provocar a troca de pareceres ou a comparação de registros ou informações.

- Contexto de investigação;

Para a perspectiva interpretativa a investigação deve ser realizada fundamentalmente no contexto complexo onde se produzem os fenômenos que queremos compreender. Para intervir e compreender a realidade é preciso enfrentar a complexidade, a diversidade, a singularidade, e o caráter evolutivo de tal realidade social, e como acrescentam Sacristán e Gomes, ainda que este procedimento dificulte o processo de busca de relações e significados.

O caráter situacional dos significados, exige um enfoque situacional dos processos de investigação. Somente vinculando os acontecimentos e fenômenos à situação concreta na qual se produzem e à história da própria vida social pode-se entender os seus significados.

Para os autores, somente o conhecimento que emerge da análise e reflexão sobre a prática na realidade, complexa e singular, pode ser utilizado como conhecimento aproveitável e útil. O conhecimento só adquire valor prático quando se torna instrumento conceitual que possibilita a reflexão específica que se desenvolve na própria situação.

- Os relatórios de investigação;

Os relatórios dentro de uma perspectiva interpretativa, devem ter como objetivo, não serem modelos-padrão de uso generalizado. São, antes de mais nada, reflexo fiel do estilo singular de indagar e comunicar do próprio investigador.

- A utilização do conhecimento;

No enfoque interpretativo da investigação, propõe-se uma utilização sempre hipotética e contextual do conhecimento adquirido na investigação. Partindo do princípio que a teoria não dita diretamente a prática, os acontecimentos teóricos têm sempre um valor instrumental, são concebidos como ferramentas conceituais que adquirem seu significado e potencialidade dentro de um processo discursivo de busca e intervenção na realidade.

O processo de investigação orientado para compreender e oferecer conhecimento útil aos que têm a responsabilidade de intervir nele, deve ser considerado um processo de cooperação e comparação entre diferentes agentes que desempenham posições diferentes e complementares na realidade investigada. O observador externo cumpre uma importantíssima função como elemento de contraste, capaz de situar o debate mais além das obsessões recorrentes e das distorções inevitáveis dos que vivem e se sentem afetados pela própria dinâmica da realidade estudada.

2.3) Desafios para as práticas de formação no campo da saúde coletiva: o processo de trabalho como princípio da prática educativa

Esta parte da tese tem como foco principal discutir o processo de trabalho como um dos princípios pedagógicos para a elaboração de tecnologias em educação para a formação de profissionais em saúde coletiva dentro da possibilidade de novos paradigmas e modelos para a saúde.

O sentido que queremos é o de interagir os chamados meios de ensino ao processo de trabalho, viabilizando uma formação profissional na perspectiva de práticas relacionadas a um outro modelo de atenção.

O que esta tecnologia em educação se propõe é justamente buscar esta interação, tendo como base os princípios da promoção da saúde situando o seu eixo no processo de territorialização, que tem um papel estratégico para a organização das práticas da vigilância em saúde. A hipótese consiste em efetivar um processo pedagógico que se concretize em uma prática futura para o profissional atuante na vigilância em saúde.

Baseamo-nos por isso, em autores como Jairnilson Paim e Naomar de Almeida Filho que destacam a relevância do desenvolvimento curricular como processo de mudanças na Educação em saúde, concentrando a reflexão no objetivo de formar o que eles denominam de “sujeitos dinamizadores” numa perspectiva estratégica.

Para os autores, o campo da saúde pública enfrenta uma crise paradigmática que marca toda a condição sócio-cultural deste início de século caracterizado pela absorção de um de seus pilares, o da emancipação, por outro, o da regulação⁴. Enquanto a saúde pública institucionalizada, refém da regulação, enfrenta a sua crise entre mais mercado, mais Estado ou mais comunidade, a saúde coletiva apresenta-se como um campo aberto a novos paradigmas numa luta contra-hegemônica a favor da emancipação.

Entendem a educação como prática, como processo de transformação de um objeto-sujeito num sujeito-produto através do trabalho humano de determinados sujeitos-agentes. Consideram que a prática é realizada em uma dada sociedade por intermédio de instituições específicas que viabilizam o exercício da hegemonia (cultura e política) de uma determinada classe social para a reprodução da estrutura social que, por ser social resulta de enfrentamentos entre classes e grupos sociais cuja resultante produz agentes que reproduzem ou recriam as distintas práticas sociais.

Os limites e as possibilidades de mudanças no campo da saúde pública devem ser pensados, a partir do entendimento de que os modos de produção dos agentes das práticas de saúde são influenciados diretamente pelo modo de produção dominante na sociedade e condicionado pelo confronto de projetos políticos-ideológicos entre as

4

classes e grupos sociais, assim como pela organização social dos serviços de saúde e das políticas públicas que definem o desenho dos mercados, relações e estilos de trabalho em saúde.

Assim é que se faz importante a revisão e o desenvolvimento curricular como medidas necessárias para a reatualização das instituições de ensino, face à reorganização das práticas de saúde, porém este movimento ainda é insuficiente para alterar o modo de produção dos agentes das práticas. Mesmo a absorção de ideologias modernizantes e inovações curriculares não são suficientes para “promover alterações significativas e continuadas na formação de recursos humanos em saúde”. Para eles, a mudança deve atingir também as instituições de ensino, as alterações nos processos, as relações e os conteúdos da educação. A idéia básica é que se desenvolvam processos de formação e capacitação sistemáticos, criativos e inovadores, cujos eixos fundamentais sejam a investigação e a articulação com os serviços de saúde e outros setores pertinentes, produzindo assim, lideranças setoriais e institucionais.

Baseando-se em Testa (1997), os autores sugerem um interessante esquema básico de análise, que tem como base as práticas da vida cotidiana, consideradas como componentes pré-científicos, em que o sujeito da vida social transforma-se em sujeito do conhecimento no processo de investigação. Apontam que uma consciência contra a hegemonia vigente leva a formação de um pensamento capaz de propor uma nova maneira de “fazer as coisas” (Testa, 1997, p. 156).

Relacionam uma série de características importantes e necessárias ao profissional em saúde pública, que consideramos básicas para um processo pedagógico que visa novas práticas de saúde e conseqüentemente estruturar novas competências para esse novo profissional, tais como: a capacidade de análise do contexto em relação às práticas que realiza; a compreensão da organização e gestão do processo de trabalho em saúde; o exercício de um agir comunicativo ao lado do pensamento estratégico; a habilidade para proceder denúncia de situações e convencimento de interlocutores; o diálogo em situações conflitivas; atenção a problemas e necessidades de saúde; o senso crítico quanto a efetividade e ética das intervenções propostas ou realizadas; o questionamento sobre o significado e o sentido do trabalho e dos projetos de vida.

Mencionam assim, que a base para a formação em saúde pública deveria ter como referência para os projetos educativos, o conceito de prática de saúde, que para eles significa privilegiar as dimensões objetivas do processo de trabalho (objetos, meios e atividades). Para eles, o enfoque sobre as práticas de saúde, além de aproximar o ensino ao mundo do trabalho e ser, conseqüentemente, uma via de comprometimento

entre o conhecimento formal em relação a uma dada realidade, permite refletir sobre situações concretas, já que se constituem em formas possíveis historicamente construídas, de organização social das práticas de saúde.

Significa para eles que a formação dos agentes das práticas de saúde requer a ampliação no campo das práticas, supondo desta forma, mudanças nas relações de poder das instituições de ensino e de serviços de saúde e sobretudo no Estado e na sociedade. A idéia é a de que a ação educativa aposte naquele sujeito que quer ser cidadão pleno e quer ajudar a quem quer ser também mediante uma participação cidadã⁵, estimulando assim o comportamento solidário.

A proposta central dos autores é formar educadores que estimulem os profissionais a aprenderem a aprender, a partir de problemas e desafios identificados no processo de trabalho e na interação entre os sujeitos do processo. Para isso, eles identificam que os eixos condutores da formação dos docentes e discentes, são as práticas sociais de saúde e os modelos de atenção alternativos como a vigilância em saúde, as ações programáticas de saúde e a oferta organizada de ações e serviços de saúde baseado em novos modelos de sistemas locais e da comunidade.

Tendo como base estes pressupostos, os autores propõem um modelo pedagógico que tem o trabalho como princípio educativo recorrendo a meios de ensino diversos que simultaneamente seriam meios de trabalho para as equipes de saúde.

A proposta de tecnologia educacional estruturada a partir da estratégia de trabalho de campo baseado no processo de territorialização em saúde, tem como objetivo “a produção de instrumentos e técnicas de identificação de problemas e necessidades de saúde em um dado território que se constituiria numa produção tecnológica a apoiar o processo de ensino-aprendizagem e os processo de trabalho em saúde” (Paim & Almeida, 2000, p. 48).

2.3.1) O trabalho em saúde;

Existe um novo modo de operar o trabalho que vem se estruturando ao longo das últimas três décadas principalmente no mundo desenvolvido. Inúmeros autores têm se debruçado intensamente sobre as mudanças do mundo do trabalho (Antunes, 1995) e suas transformações tecnológicas e organizacionais com os conseqüentes impactos no trabalho especialmente no setor industrial. Alguns aspectos são apontados como principais neste movimento, ou seja, a produção sustentada em um processo produtivo

5

flexível; um intenso ritmo de mudança técnica; a combinação de diferentes processos produtivos; a necessidade de um trabalhador polivalente e multifuncional atuando frente a um complexo sistema de máquinas automatizadas; as crescentes inovações tecnológicas diminuindo o tempo de trabalho necessário e à ampliação das dimensões mais qualificadas e intelectuais do trabalho.

De acordo com Antunes (1995) esses aspectos provocam o que ele denomina de processualidade contraditória na incorporação de trabalhadores, já que reduz o operariado industrial, mas aumenta o subproletariado e o trabalho precário, com contratos temporários, parciais, subcontratos e terceirizações. Por outro lado, ele acentua que se intensifica a qualificação profissional necessária ao trabalho, mas também a desvalorização do trabalho e o desemprego. Esta revolução tecnológica estende-se ao conjunto de atividades que envolvem eminentemente a informação e as novas tecnologias microeletrônicas, abrangendo e atingindo também as atividades de serviço inclusive o setor saúde. Peduzzi (2003), no entanto, esclarece que a própria categoria trabalho nunca aplicou-se completamente à saúde.

Não cabe nesta pesquisa questionar teoricamente, como também verificar empiricamente, se a categoria trabalho se aplica completamente nos dias de hoje para a explicação ou como fonte de compreensão da realidade e principalmente se devemos nos deter nesta categoria para se pensar o trabalho em saúde ou se, nos voltamos com mais dedicação às práticas de saúde como categoria mais adequada ao setor. Mas, devemos fazer algumas diferenciações básicas que podem nortear nosso caminho. A autora menciona em seu texto o argumento de Klaus Offe que diz que, diante da multiplicidade empírica das situações de trabalho, não podemos falar de um único tipo de racionalidade organizando e regendo todo trabalho, pois já existem processos com diferenciações internas, distinguindo para nós fundamentalmente, o trabalho assalariado industrial do trabalho reflexivo em serviços. Para ele, serviços são atividades que mediam o processo produtivo para dar conta da normalização, ou seja, atividades de prevenção, absorção e assimilação de riscos e desvios da normalidade, tendo desta forma uma racionalidade técnica distinta da produção de bens. Acrescenta que isto se deve fundamentalmente a duas características: a falta de homogeneidade, descontinuidade e a incerteza temporal, social e material dos casos, que impede algum tipo de normatização técnica para ser adotada como critério de controle de execução do trabalho. Outra característica, é a falta de possibilidade de um critério claro de economicidade. O que resulta este tipo de trabalho em utilidades concretas e não em rendimentos monetários (Peduzzi, 2003).

Portanto, a idéia é buscar um deslocamento explorando dimensões mais conjunturais e de situações concretas e socialmente construídas em micro espaços de trabalho, em oposição a uma referência mais clássica da categoria trabalho que coloca a reprodução material do mundo e da vida como fundadora da sociedade humana (Peduzzi, 2003). Isto resultaria num deslocamento teórico para a categoria calcada nas práticas de saúde, já que o trabalho reduziria a questão apenas no âmbito da normatização dos processos de trabalho.

2.3.1.1) As transformações no trabalho em saúde;

O trabalho em saúde, tem sua origem nos saberes contidos na prática médica que historicamente se estruturou com base nas ciências biológicas ditas ciências básicas (anatomia, patologia e fisiologia), não se confundindo propriamente com essas ciências, mas como um trabalho cujo objeto está situado no corpo anatomo-fisiológico. O campo da medicina tem duas modalidades de saber – o clínico e o epidemiológico. Estes saberes referem-se ao conjunto de elementos formados de maneira regular por esta prática e que são indispensáveis à constituição da ciência médica, configurando junto aos instrumentos de trabalho, possibilidades de intervenção e que, mesmo sem as dimensões materiais de equipamentos, têm uma dimensão tecnológica e/ou operante (Peduzzi, 2003).

“O trabalho em saúde é um processo de transformação no qual o agente, através de suas ações, faz a finalidade social do próprio realizar-se. As ações são realizadas com base em um saber operante e em um dado modelo tecnológico, traduzindo projetos coletivos e individuais” (Peduzzi, 2003, p. 83).

Apesar de que faltem ainda estudos a respeito dos impactos das mudanças nos processos produtivos nas últimas décadas, certamente temos algumas repercussões, principalmente organizacionais e gerenciais e das inovações tecnológicas incorporadas pelos serviços de saúde.

Como já visto anteriormente, o trabalho em saúde, dadas as suas características, constitui-se eminentemente como uma atividade do setor terciário em que as peculiaridades de seu objeto de trabalho (as necessidades de saúde), configuram-se como um trabalho reflexivo, destinado à prevenção, manutenção ou restauração de algo

(a saúde) imprescindível ao conjunto da sociedade. É interessante frisar que o trabalho em saúde, tradicionalmente baseado no trabalho reflexivo, aproxima-se muito das novas exigências operativas do trabalho na sociedade atual, devido a sua tendência à maior intelectualização, sobretudo com a incorporação da microeletrônica e da informática, fazendo com que se valorize a sua natureza peculiar de atribuir grande relevância a dimensão do saber.

Peduzzi acentua que as novas formas organizacionais/gerenciais vêm acarretando mudanças no processo de trabalho em saúde. Isto acarreta uma série de transformações. Primeiro, a necessidade de articular as intervenções e atividades pelo profissional com as ações dos demais agentes da equipe, destacando desta forma o caráter multiprofissional da prática de saúde. Embora a divisão do trabalho aumente a produtividade dos serviços e o aprofundamento qualitativo dos cuidados especializados, acarreta também uma fragmentação de ações. Portanto, exige-se a complementaridade e interdependência das ações cooperativas de distintos profissionais dentro do setor saúde para a eficácia dos serviços. Numa época marcada pela complexidade dos problemas de saúde onde se propõe um novo modelo de atenção baseado na promoção da saúde, incorpora-se a ação intersetorial fazendo com que profissionais de vários setores contribuam com suas competências parcelares para a melhoria da intervenção na saúde. Entende-se ainda, que esta intervenção intersetorial mantém a autonomia de decisão e conduta de cada agente, mas em forte interação com os trabalhos parcelares e de comunicação entre os agentes especializados. Temos assim, simultaneamente, a necessidade de autonomia técnica e a necessidade de cooperação e composição dos trabalhos especializados em diversos setores de intervenção (Peduzzi, 2003).

Em segundo lugar, esta ação intra e intersetorial exige a articulação de conhecimentos oriundos de várias disciplinas ou ciências. Como já mencionado acima, o campo da saúde apresenta uma intensa complexidade dinâmica na medida em que intervém em problemas que requer cada vez mais uma abordagem interdisciplinar, seja na pesquisa, no ensino, na produção tecnológica ou na prestação de serviços. Mas Peduzzi, propõe uma distinção entre interdisciplinaridade e multiprofissionalidade, pois o primeiro termo refere-se a integração de disciplinas com um caráter eminentemente filosófico e epistemológico, apesar de fazer-se presente também no trabalho já que engloba saberes científicos e constituídos pelas disciplinas e o segundo se refere a integração de categorias profissionais na operação do trabalho. O que ela propõe é que se faça uma distinção entre ciência e trabalho apesar da freqüente sobreposição destas dimensões no campo da saúde, porém com a importantíssima particularidade de ser uma

ação social fundamentada e criadora de conhecimentos, inclusive, mas não somente científicos.

Portanto, se reconhece a importância dos conhecimentos científicos transformados em técnica e tecnologias aplicadas no processo de trabalho, mas há uma outra forma de mediação entre a ciência e a ação, que é o saber operante (Mendes Gonçalves, 1992), que se traduz na intervenção efetiva diante do problema ou da necessidade visualizada que requer o domínio do conjunto de ações necessárias para atender uma dada situação. Assim, são duas as mediações: uma pelas disciplinas científicas e suas ciências que fundam a ação, integrando, no interior do saber operante a interdisciplinaridade e, outra as mediações no plano do trabalho que através do saber operante, os agentes articulam instrumentos e atividades na transformação da intervenção (Peduzzi, 2003).

2.3.2) O desafio do saber fazer na educação profissional

O centro do processo de profissionalização não está, em primeiro lugar, no fazer, mas no saber fazer, porque a renovação profissional se dá no manejo e na produção de conhecimento que é muito mais decisivo do que a sua própria acumulação. Segundo Demo (1998) ser profissional é mais do que exercer um ofício, mas sim reinventá-lo sempre, tornando-o impulso permanente de mudança. Ele coloca que a renovação permanente se torna tão importante quanto a prática, apesar de apontar que esta é sempre entendida como a base da profissão, como um exercício comprovado na prática. Até mesmo porque, a prática é decisiva na profissão, há coisas que só se aprendem na prática.

Neste sentido, Demo (1998) acentua que o mundo mudou muito e hoje em dia determinadas práticas já não servem como comprovação de competência, pois a prática que interessa é aquela que se renova sempre. Trata-se pois, de uma prática que sabe renovar-se, que não só faz, mas sobretudo sabe fazer. Uma prática que tem uma relação dialética com a teoria, já que uma prática que não retorna à teoria não se questiona e por isso não se renova. Por isso, Demo aponta que a renovação profissional é o centro de toda profissão e que seria mais fácil recapacitar alguém que sabe pensar do que alguém que apenas tem prática. O saber pensar se torna o cerne do profissional moderno onde a prática toma outro sentido, porque já não se trata de prática da rotina, mas da descoberta permanente.

O conhecimento moderno não faz nada sem pesquisa, para logo duvidar de seus resultados e começar tudo de novo. Para Demo (1998) portanto, saber pensar inclui os seguintes elementos: a chamada habilidade propedêutica, que é a do raciocínio completo e questionador, capaz de pesquisar e elaborar com mão própria, seria a face da qualidade formal; a habilidade de intervir na realidade de modo crítico e criativo e introduzindo a inovação, seria a face da qualidade política; a habilidade emocional do envolvimento subjetivo traduzido em auto-estima, realização pessoal e social; e o saber fazer, como demonstração concreta do saber pensar. Mas, o fazer carece ser recriado constantemente, também para evitar que se torne mera prática. Saber fazer é sobretudo saber renovar o fazer, ou saber refazer. Existe assim, uma progressão entre os três termos; fazer, saber fazer e o saber refazer que se necessitam mutuamente.

2.3.2.1) As competências e habilidades para um profissional direcionado para a vigilância local em saúde⁶

No campo da Educação, a noção de competência surge legalmente no cenário da Reforma da Educação brasileira com a Lei nº 9.394, de 20/12/96, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), inserida no título IV, artigo 9º, inciso IV, onde consta como dever da união: “estabelecer, em colaboração com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, competências e diretrizes para a educação infantil, o ensino fundamental e o ensino médio, que nortearão os currículos e seus mínimos, de modo assegurar formação básica comum”.

A lógica das competências tratada na Lei é aquela que funda as relações formais e informais de trabalho e da educação. Introduzida inicialmente na educação profissional pelo Decreto nº 2.208/97, a noção de competências caracteriza-se como uma identificação de perfil desenhado a partir de pesquisas das atividades profissionais inseridas em determinados setores produtivos, que devem ser sistematicamente atualizadas em função das transformações que ocorram no mundo do trabalho. Essas competências segundo Deluiz (1996) se materializam mediante a articulação de várias dimensões:

Técnicas - referem-se à capacidade de dominar os conteúdos das ações, regras e procedimentos de uma área específica de conhecimento;

Organizacionais - compreendem a capacidade de auto-organização, de auto-planejamento. São usadas para se estabelecerem métodos próprios, gerir o tempo e o

6

espaço do seu trabalho, com criatividade e autonomia;

Sócio-políticas - propiciam a reflexão sobre o mundo do trabalho no qual é possível auto-avaliar a qualidade e suas implicações ético-políticas na perspectiva do compromisso social e da cidadania;

Comunicativas - possibilitam o diálogo, a cooperação, o trabalho em equipe, estratégias de negociação e pactos entre diferentes grupos hierárquicos.

Para Ramos (2001) é importante ressaltar que, a abordagem das competências hoje no Brasil tem várias vertentes que servem a diferentes modelos de educação profissional. O fundamental que se quer destacar, para os campos da educação e da saúde, é a necessidade de se romper com a idéia prescritiva presente na origem do conceito de competência e que atende a lógica do mercado e da produção e revelar o caráter subjetivo da experiência do trabalho e a historicidade da trajetória do trabalhador ao longo de sua vida profissional, tendo como objetivo finalístico formar sujeitos políticos.

Nessa direção, ao invés de partirmos de um conjunto de conteúdos disciplinares existentes, com base no qual se efetuam escolhas para descobrir os conhecimentos considerados mais importantes, partiríamos de situações concretas, recorrendo às disciplinas, desde que necessárias e requeridas para cada situação.

Portanto, são propostos currículos baseados em competências, com o intuito de capacitar o trabalhador a utilizar a informação, substituindo o direcionamento do aprender a fazer, para o aprender a aprender (Demo, 1998). Com isso, enfatiza-se o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias a processos de trabalho cada vez mais caracterizados pelo dinamismo, interdependência e produtividade.

De acordo com este direcionamento, a oficina “Vigilância em Saúde: (re)construindo o modelo de formação para trabalhadores de nível médio do SUS”, realizada pelo Núcleo de Vigilância em Saúde e Meio Ambiente da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz em junho de 1999 procurou uma aproximação às competências necessárias ao trabalho de nível médio em vigilância em saúde. Foram destacadas:

- “a capacidade de observar;
- de identificar riscos à saúde;
- saber planejar;
- capacidade de trabalhar em equipe;
- de estabelecer relações;

- de se comunicar;
- de compreender seu papel no Sistema Único de Saúde e na sociedade;
- de coletar dados e gerar informações relevantes para o planejamento de ações;
- de desenvolver e propor ações de saúde;
- de negociar;
- de pensar e agir estrategicamente;
- e utilizar tecnologias apropriadas em informação e comunicação.”

Estas competências delineiam um novo perfil de trabalho para os serviços de saúde: do agente local de vigilância em saúde, que para Batistella (1999, p. 37) é “aquele capaz de realizar análises de situação de saúde no nível local, levando em consideração a complexidade das relações entre os fatores determinantes e as representações sociais dos problemas atribuídos pela população, planejando ações intersectoriais no campo da prevenção, promoção e assistência à saúde”. A consecução de uma formação voltada para a realização deste tipo de processo de trabalho vem dessa maneira, de encontro com as mudanças no modelo assistencial e com os propósitos de nossa proposta de tecnologia educacional.

No entanto, o sistema de saúde brasileiro é palco de disputa entre diversos modelos assistenciais, em que o modelo médico assistencial privatista tende a se manter hegemônico continuando com a ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Este modelo convive ainda com um modelo assistencial sanitarista baseado em campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária, juntamente com esforços de construção de modelos alternativos (Teixeira, Paim & Villasbôas 1998).

A transformação no modelo exige uma inversão do enfoque exclusivo nos agravos à saúde e nos modos de transmissão para uma abordagem território-população, deslocando-se assim, para os condicionantes, prevendo a participação de diversos atores, dentro e fora do setor saúde. A vigilância em saúde é a operacionalização deste novo modelo possível de convivência entre os outros, que visa a promoção da saúde, procurando com isso articular as ações dispersas em atividades setorializadas em programas de saúde, nas vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental, no controle de vetores, nas ações sobre o meio ambiente, com ações extra-setoriais e com a participação da população, visando a melhoria nas condições de vida (Batistella, 1999).

Teixeira, Paim & Villasbôas (1998) destaca, quem seriam os agentes das práticas de vigilância em saúde:

- I. “Os gerentes/equipe gerencial de recortes regionalizados do Sistema Único de Saúde co-responsáveis pela saúde-doença de grupos populacionais que vivem e trabalham nesses territórios-processos, desde que viabilizem as intervenções intra e extra setoriais a partir de sua liderança institucional;
- II. Os profissionais executores de práticas de promoção, prevenção atenção curativa e reabilitação, desde quando integrem os trabalhos parcelares da vigilância em saúde;
- III. Os profissionais de outros setores cujas ações possam contribuir para alterar as condições de vida dos grupos populacionais em foco;
- IV. Os grupos populacionais ‘objetos’ e sujeitos das práticas de vigilância em saúde, desde que mobilizados e ativos.”

NOTAS

1 - Nome dado à teoria epistemológica de J. Piaget, segundo a qual, no processo de conhecimento, para estabelecermos as relações do sujeito com o objeto, devemos rejeitar as hipóteses empiristas, pois os conhecimentos científicos, longe de constituírem um simples reflexo do real, resultam de uma atividade do sujeito que organiza e estrutura os dados da experiência a fim de compreendê-los. Japiassú, H. e Marcondes D., Dicionário Básico de Filosofia – 3ª Ed. Ver. e ampliada, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

2 - Com as contribuições de Marx e Engels, a Dialética se converteu no método do materialismo e no processo do movimento histórico, que considera a natureza como; um todo coerente; um estado de mudança e movimento; o lugar onde as mudanças quantitativas geram mudanças qualitativas; e como a sede das contradições internas, seus fenômenos tendo um lado positivo e o outro negativo, um passado e um futuro, o que provoca a luta das tendências contrárias que gera o progresso. Japiassú, H, Dicionário Básico de Filosofia, 3ª Ed. – Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1996.

3 - Mundo psicológico total em que opera a pessoa (Sacristán & Gomes, 1998)

4 - Os autores acentuam que a regulação foi constituída pelos princípios do Estado, do mercado e da comunidade. Já o segundo seria formado pelas racionalidades: estético-expressiva (artes e literatura), cognitivo-instrumental (ciência e tecnologia) e moral-prática (ética e direito).

5 - Teixeira, Paim & Villasbôas (1997) explica que isto parte da redefinição dos papéis dos atores para o fortalecimento da sociedade civil tendo em vista deveres e responsabilidades políticas e a criação e exercício de direitos no controle social do Estado e do mercado.

6 - Parte deste ítem foi baseado no artigo “*SAÚDE, EDUCAÇÃO, CIDADANIA E PARTICIPAÇÃO*”: *desafios para o século XXI - a experiência do PROFORMAR* de autoria de Gracia Gondim e Maurício Monken, em fase de publicação pela Revista Trabalho, Educação e Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz.

Capítulo 3) O trabalho de campo como estratégia para a construção de tecnologia educacional: relacionando a aprendizagem de caráter investigativo ao processo de trabalho de profissionais para a vigilância em saúde

Como visto no capítulo dois, existem diferentes concepções sobre a intervenção educacional e a prática educativa, cujos pressupostos apresentados apontam para uma tecnologia educativa que desenvolva propostas apoiadas em elaborações de base fenomenológica, sócio-cultural e crítica. Entendemos que a criação de novos métodos e tecnologias educacionais visa atender ao surgimento de necessidades de saúde originados nos diversos processos da dinâmica da sociedade globalizada contemporânea, isto é, construir tecnologias educacionais que articulem conceitos a recursos com potenciais investigativos e pedagógicos. Esse é um exercício fundamental para o processo cognitivo dos profissionais de saúde, pois contribui para potencializar habilidades e competências para elaborar junto às suas equipes de trabalho medidas e práticas em saúde.

3.1) A tecnologia educacional como um processo para a prática educativa¹

A tecnologia educacional, como campo de estudo, tem seu desenvolvimento na primeira metade do século passado através do emprego de materiais visuais, como os filmes instrucionais. A utilização de meios audiovisuais com uma finalidade educativa específica constitui o primeiro campo da tecnologia educacional, onde a pesquisa e o estudo das aplicações de meios e materiais ao ensino será uma constante nos trabalhos. Os teóricos buscavam classificar os meios auxiliares visuais e dava-se ênfase a necessidade de que estes meios auxiliares estivessem integrados aos currículos. Essa sua origem direcionada para o treinamento, se constituiu como um dos principais pontos de rejeição, principalmente no meio acadêmico.

Uma segunda vertente de desenvolvimento surge com Skinner e seu condicionamento operante aplicados ao ensino programado que marca a arrancada da tecnologia educacional como campo de estudo. A tecnologia educacional havia sido configurada como a aplicação operacional de um conjunto de disciplinas (psicológicas, curriculares e filosóficas) para a melhoria e incremento da eficácia dos processos de ensino denominando-se como a ciência do planejamento do ensino.

Ao longo da década de 1950 a psicologia da aprendizagem vai sendo incorporada aos currículos de tecnologia educacional e a partir dos anos 1960, com a

revolução eletrônica dos meios de comunicação apoiada inicialmente no rádio e na TV propiciará, devido ao seu extraordinário alcance comunicativo, mudanças em costumes sociais, na maneira de fazer política, na economia, na informação jornalística e também na educação. A partir do final da década de 1960, a tecnologia educacional foi se desenvolvendo, deixando um âmbito reducionista que focalizava somente os meios, até obter em meados da década de 1970, uma visão de si mesma que reclamava converter-se em uma disciplina científica que teria o potencial de regular e prescrever a ação educativa.

A Comissão de Tecnologia Educacional dos Estados Unidos propôs, em 1970, que a tecnologia educacional fosse entendida como uma “maneira sistemática de projetar, levar a cabo e avaliar o processo de aprendizagem e ensino em termos de objetivos específicos, baseados na pesquisa da aprendizagem e na comunicação humana, empregando uma combinação de recursos humanos e materiais para conseguir uma aprendizagem mais efetiva” (Sancho, 1997). A UNESCO em 1984, formulou uma dupla concepção do conceito de tecnologia educacional que demonstrou um avanço para o seu entendimento: primeiro numa versão reduzida, concebida como o uso para fins educativos dos meios originados da revolução das comunicações, como meios audiovisuais, TV, computadores e outros tipos de hardware e softwares. Uma outra concepção, que tem um sentido mais amplo, é entendida como modo sistemático de conceber, aplicar e avaliar o conjunto de processos de ensino-aprendizagem, levando em consideração, ao mesmo tempo, os recursos técnicos e humanos e as interações entre eles, como forma de obter uma educação mais efetiva.

Na década de oitenta começam a surgir e generalizar-se numerosos questionamentos, reflexões e críticas em torno do que havia sido a evolução da tecnologia educacional e da validade e utilidade da mesma para os sistemas educativos. As tecnologias educacionais avançam, sob a denominação de novas tecnologias da informação e da comunicação (NTIC) centradas em dispositivos projetados para armazenar, processar e transmitir, de modo flexível, grandes quantidades de informação em que a novidade está na natureza dos apoios e no uso, na interação dos mesmos com outros meios, desenvolvendo opções em formato multimídia. O fundamental é levar em consideração que os meios por si só não constituem toda a tecnologia educacional.

Em meados da década de 1990, o desenvolvimento da informática consolidou a utilização dos computadores com finalidades educacionais, especificamente em aplicações como o chamado ensino assistido por computador. A partir desta época, surgiram novas tecnologias ligadas à informática que permitiram o acesso a bases de

dados remotos, a utilização de multimídias, a possibilidade de interatividade e a criação de textos não-lineares (hipertexto e hipermissão).

Tradicionalmente, podemos estabelecer duas visões contrapostas sobre qual é a natureza e o objeto de estudo da tecnologia educacional: uma centrada sobre um componente instrutivo, os meios audiovisuais, como instrumentos geradores de aprendizagem (própria dos anos cinquenta e sessenta); e outra, mais recente, sobre o ensino como processo tecnológico, que já coloca a tecnologia com uma identidade, como uma “disciplina científica pronta a regular e prescrever a ação instrutiva” (De Pablos Pons, 1998). Hoje em dia, ambas concepções seguem convivendo.

A visão da tecnologia educacional com a preocupação pelas novas tecnologias da informação e da comunicação, parece predominar e transforma-se no objeto preferencial dos teóricos da área nas décadas de 1980 e 1990.

Do ponto de vista da institucionalização deste campo, a concretude se deu nos currículos de graduação em Educação em todo o país como também configurou áreas de departamentos e institutos de universidades. Um exemplo na área da saúde, é o Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde – NUTES, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que se notabilizou como referência nacional na pesquisa, produção de tecnologias educacionais e no ensino de pós-graduação.

Tradicionalmente tem se entendido tecnologia educacional dentro de uma concepção técnico-instrumental, baseada numa idéia falaciosa de que o progresso social é determinado pelo progresso tecnológico onde a tecnologia é produzida autonomamente e alheia ao contexto, à mão e às aspirações do homem, reduzindo-a ao meio físico utilizado no ensino (De Seta, 1999).

Aqui a concebemos num sentido mais amplo, ou seja, a tecnologia pode ser um produto ou uma metodologia utilizada com fins específicos, articulada conceitualmente e adequada às singularidades empíricas das práticas pedagógicas e aos processos de trabalho em saúde. A partir da década de 70, desenvolveu-se uma vertente instrumentalista da tecnologia educacional, baseada principalmente nos apoios físicos, nos aparelhos, insuficiente do ponto de vista do desenvolvimento epistemológico, que exige a criação de um corpo teórico que forneça sustentação para a elaboração e uso de tecnologias. Esta necessidade faz com que se desenvolvam formas de educação baseadas em tecnologia criada de maneira específica e apoiada na aprendizagem, o que colocaria a tecnologia educacional como uma “teoria da aprendizagem aplicada”, a ciência que faria a ponte entre a teoria da aprendizagem e a prática educacional. Uma

ciência de aplicação sistemática dos princípios científicos à problemática educacional (De Pablos Pons, 1998).

De Seta (1999), no entanto, defende uma postura mais crítica em relação à tecnologia educacional, principalmente sobre a valorização dos produtos tecnológicos em detrimento dos processos educativos que separam tecnologia e técnica, e sobre a incorporação de novos meios, produções, ferramentas e instrumentos como sinônimos de inovações pedagógicas.

Esta visão mais crítica foi apontada em 1987, nos resultados do Seminário Brasileiro de Tecnologia Educacional, que a definiu como: “um modo eficiente de realizar a educação pelo uso inteligente e político dos resultados da investigação científica, dos resultados da invenção de procedimentos, dos resultados da construção de artefatos técnicos” (Seminário Brasileiro de Tecnologia Educacional, 1987, p.232).

Desta maneira, deve ser compreendida de forma ampla, caracterizada como “conjunto de procedimentos, princípios e lógicas para atender aos problemas da educação” (Maggio, 1997, p. 15), a serviço do projeto pedagógico comprometido com o modelo social que o produziu. Para isso, o educador deve conhecer as tecnologias das quais dispõe para seu uso no processo pedagógico, a fim de subordiná-las a seus interesses, fazendo da educação um fim e da tecnologia um meio, considerando os tipos de recursos disponíveis para servir aos objetivos educacionais, integrando teoria e prática, atividade intelectual e manual, processos e produtos do desenvolvimento tecnológico aos resultados pretendidos (De Seta, 1999).

A tecnologia educacional seria, portanto, o campo de conhecimento que se dedica ao estudo dos limites e do potencial da tecnologia na solução dos problemas educacionais e do impacto das novas tecnologias no contexto educativo. Essas são entendidas como materiais ou processos a serem aplicados no trabalho educativo.

No campo da Educação em saúde houve uma incorporação da tecnologia educacional a partir de uma concepção tecnicista nas décadas de 1970 e 1980. Este foi um período “marcado pelo interesse nos instrumentais de ensino, em destaque, os audiovisuais...” (Oliveira, 1997, p. 46). Buscava-se adequar a linguagem à população-alvo a fim de “transferir conhecimentos ou propor ‘modelos de comportamento’ a indivíduos ou grupos” (Pitta, 1995, p. 16 e 17). Esta abordagem educativa encontrava resistência nos movimentos pedagógicos mais críticos, dos quais Paulo Freire é o principal representante, defendendo o diálogo no processo educativo (Pitta, 1995). Paralelamente, a atenção à saúde concentrava-se nas ações de caráter curativo, enquanto as conferências de saúde avançavam lentamente nas questões político-sociais.

Mais recentemente, temos a concepção crítica da Educação em saúde, caracterizada como uma prática social, participativa e de ação-reflexão, considerando a saúde numa perspectiva integral e como produto das condições socioeconômicas, culturais e ambientais, “rompendo com o modelo biomédico” (Oliveira, 1997, p. 48). O discurso científico, do enfoque biomédico, passa a ser problematizado, na medida em que interfere negativamente na compreensão da realidade, pois entende-se que não prioriza as relações da saúde com seu contexto.

Mesmo com a evolução para uma concepção mais crítica, identifica-se uma prática educativa predominantemente orientada pelas abordagens mais tradicionais (“bancárias”) e com uma visão fragmentada da saúde, biologizante, individualizante e de práticas curativas, eficientemente promovidas pela forma como as tecnologias educacionais são incorporadas à prática pedagógica. Em parte, isso pode ser explicado pelo fato de a formação dos profissionais envolvidos estar fundamentada nas ciências biológicas (Oliveira, 1997), enquanto os principais avanços encontram-se nas ciências sociais.

Em sua concepção crítica, a educação em saúde não é o mesmo que orientação médica, nem mesmo está restrita à prevenção de problemas pontuais, isolados, individuais, de saúde. Ela deve estar direcionada para a transformação das condições geradoras das doenças e não para a doença em si. A educação sanitária, então, é vista como uma atividade facilitadora da luta política pela saúde (Stotz, 1993).

A função do educador não é a persuasão, a transferência de informação, nem a mera explicação, mas a colaboração no exame das bases sociais da vida e do trabalho que interferem nas condições de saúde de indivíduos e grupos, possibilitando a identificação de problemas a partir do contexto que os produzem. Juntam-se a essa perspectiva de análise, as condições de saúde como produto da história.

L’Abbate (1994) também utiliza o termo Educação em saúde vinculando-o a uma visão crítica da educação e da saúde, onde o sujeito é considerado ator social com direitos a serem respeitados e capaz de intervir na realidade, a fim de transformá-la. Já as instituições de saúde, local de trabalho desses profissionais, devem ser consideradas como “um espaço de expressão da cidadania” (Ramos et al., 1989, p. 150). Para que a saúde seja tratada como direito do cidadão, deve haver uma “transformação da relação cotidiana dos profissionais de saúde com a clientela, considerada não mais como carente, mas como sujeito de direitos” (L’Abbate, Smeke & Oshiro, 1992, p. 82).

A perspectiva da tecnologia educacional que se quer valorizar aqui é a de favorecer um processo que conduz à transformação do homem e de sua realidade. O

papel do educador é promover a reflexão do educando, ampliando seu conhecimento e colaborando para o desenvolvimento de uma consciência crítica. O educando é sujeito do processo educativo e constrói sua compreensão sobre a realidade ao refletir, ao sistematizar seu ponto de vista para manifestá-lo em diálogo com outros sujeitos. Dessa forma, o trabalho educativo é deslocado de seu processo para a relação do sujeito com o contexto.

A tecnologia educacional está diretamente relacionada ao fazer educativo e conseqüentemente a uma determinada didática. Mas, uma didática necessariamente inserida no contexto social e de acordo com o projeto político pedagógico onde se insere.

3.2) Questões de didática: o “que fazer” da prática pedagógica

A Didática é uma das principais áreas da Educação e se dedica ao fazer pedagógico. Trata-se da área da educação que procura as formas adequadas de intervenção no processo ensino-aprendizagem, constituindo-se em um método de extrema importância para os educadores. Mas, a Didática é tanto exaltada como negada historicamente tanto como uma reflexão sistemática e também como busca de alternativas para os problemas da prática pedagógica. Seu objeto de estudo é o processo de ensino-aprendizagem impregnado de uma concepção acerca desse processo, articulando necessariamente as dimensões humanas, técnica e político-social.

Apesar de ser confundida com a própria concepção mais recente de tecnologia educacional, entendemos que é necessário que se faça uma análise da questão da didática, para que possamos distinguir entre as duas concepções e assinalar a integração destas duas disciplinas. Compartilhamos da idéia que as duas concepções fazem parte do processo de ensino-aprendizagem, sendo que a Didática sempre se preocupou mais com a forma do fazer pedagógico e a tecnologia educacional se notabiliza em ser uma disciplina que busca agregar os meios de ensino aos processos, sejam eles baseados em materiais tecnológicos ou em metodologias e estratégias pedagógicas.

Para Candau (1983) de 1945 a 1960, de acordo com a tendência do escolanovismo, a Didática colocava-se como a “afirmação do técnico e o silenciar do político”. Ao contrário da Pedagogia Tradicional, para a Escola Nova, a Didática deveria respeitar os diferentes ritmos de aprendizagem e os diferentes interesses.

Como visto anteriormente, na década de 60 o movimento da tecnologia educacional estava centrado numa Didática como desenvolvedora de produtos,

ênfatizando-se a produtividade, eficiência, racionalização, operacionalização e controle (Candau, 1983) de acordo com o crescimento do ensino programado baseado em formulações com objetivos meramente instrucionais. Apesar de distintas, estas abordagens partem do que a autora menciona como, o “silenciar da dimensão política”, que propõem uma prática pedagógica “exclusivamente em função das variáveis internas do processo ensino-aprendizagem, sem articulação com o contexto social em que esta prática se dá” (Candau, 1983). Já a partir da década de 70, a crítica aumenta em relação as abordagens então vigentes, passando-se a enfatizar o “saber ser”, os fins políticos da ação pedagógica. A discussão assume características mais radicais chegando à própria negação da dimensão técnica da prática docente, postulando-se até mesmo uma antididática.

Mas, para Candau, competência técnica e competência política não são aspectos contrapostos, pois a prática pedagógica por ser política exige a competência técnica. Defendendo a superação deste impasse, a autora faz um elenco de recomendações para superar a didática instrumental no sentido de uma didática fundamental, ou seja: assumir a multidimensionalidade do processo de ensino-aprendizagem (política, técnica e humana); analisar a prática pedagógica concreta e de seus determinantes; contextualizar a prática pedagógica, situando as dimensões técnica e humana; analisar as diferentes metodologias, seus pressupostos, o contexto em que foram geradas, a visão de homem, de sociedade, de conhecimento (de saúde) e de educação que veiculam.

3.3) Situação geográfica, contexto local e territorialização: da técnica à metodologia

Dois conceitos estruturam metodologicamente os procedimentos teóricos e práticos da tecnologia educacional numa abordagem geográfica para a saúde. A análise da situação ao especificar os eventos e as variáveis no espaço e no tempo, pode orientar a metodologia no sentido de priorizar as categorias necessárias para a análise. Já a proposta da territorialização em saúde e o seu caráter essencial de processo e de atividade, embutido em sua prática, pode ser o condutor dos procedimentos e dar a tônica na construção metodológica por se tratar de uma técnica reconhecida e já relativamente utilizada no planejamento em saúde.

A situação geográfica que nos referimos para orientar a metodologia de pesquisa de trabalho de campo, de um determinado contexto local, supõe irremediavelmente uma localização espacial material e relacional (sítio e situação), mas que vai além porque nos

conduz à pergunta que inclui o momento (tempo) da sua construção e seu movimento histórico.

Para Silveira (1999), o que define uma situação, são os eventos da realidade social produzidos pela interação social no território que criam, de um lado, uma continuidade temporal podendo ser recortada em períodos significativos e, de outro, uma coerência espacial que é dada pelos sistemas de eventos nos lugares. Constrói-se, a cada momento histórico, uma extensão dos fenômenos no lugar, que nada mais é do que uma manifestação da coerência do real. O autor acrescenta que, em outras palavras, decorre de um conjunto de forças no território, isto é, de um conjunto de eventos sociais geografizados, por serem materializados e normatizados por uma regulação complexa. Muda-se constantemente e paralelamente o valor dos lugares porque muda a situação, criando uma nova geografia. Ao longo do tempo portanto, os eventos constroem situações geográficas que podem ser demarcadas em períodos e analisadas na sua coerência.

Na profusão de eventos que devem caracterizar uma situação como construção histórica correspondente, o plano da construção metodológica deve fazer um esforço de seleção e hierarquização onde nem todas as variáveis entrarão nesse jogo e nem todas tem o mesmo valor. A situação deve ser construída conforme uma teoria e sua rede de conceitos, como um concreto pensado (Silveira, 1999) que pode fornecer as condições de incluir o chamado real num sistema a priori de idéias.

O que deve ser buscado é definir os elementos fundamentais e nos aproximarmos assim da complexidade de relações, pois o objetivo na análise, é se aproximar da totalidade, delimitá-la, buscando suas estruturas significativas, fazendo com que cada elemento seja compreendido na sua situação no conjunto. Procura-se com isso, definir subtotalidades com estruturas significativas para cada conjunto de eventos, porque ao fazer uma cisão da totalidade, uma nova totalidade emerge com outro significado (Silveira, 1999).

Com esta perspectiva poderíamos hierarquizar elementos em uma ou mais situações significativas, decorrentes da geografização dos eventos, detectando certos problemas-chave. Santos (1999) considera a situação como o resultado do impacto de um feixe de eventos sobre um lugar, que contém existências materiais e organizacionais fazendo com que sua área de ocorrência possa assim ser assimilada à idéia de situação. Os objetos e ações do espaço geográfico, que participam da construção e reconstrução da situação, têm raramente a mesma idade e a mesma intencionalidade o que a torna diversa já que não se homogenizam. Isto faz com que as situações nos lugares sejam

diferentes e sua abordagem possibilitaria dessa maneira captar a diversidade e as singularidades.

Dessa maneira, para Santos (1999) a situação é ao mesmo tempo, a criação e recriação da contradição num contexto onde sobrevivem dialeticamente o novo e o velho, o interno e o externo que, em cada situação se recriam continuamente em novas oposições desenvolvendo-se sobre heranças materiais e heranças de organização espacial.

Vislumbramos para a idéia de situação boas possibilidades metodológicas, surgindo possivelmente como uma janela, de onde podemos ver o movimento conjunto e permanente do sistema de objetos e dos sistemas de ações, permitindo-nos encontrar as mediações entre o mundo, seus eventos e a vida nos territórios e relacionar às situações de saúde, seus problemas e potencialidades locais para a sua solução. Dessa forma, a situação reafirma a especificidade do lugar e, metodologicamente, como uma instância de análise e de síntese, pois além da análise e identificação de problemas, propõe, ao mesmo tempo, uma síntese fruto de um olhar horizontal de conjunto sobre o espaço banal vinculados ao processo histórico (Silveira, 1999).

É neste sentido, que Santos (1999) acrescenta, que a situação vem a ser um nó de horizontalidades e verticalidades, que além de ser um mero recorte de território, caracteriza-se por ser um conjunto de relações. Envolve os fragmentos e solidariedades vizinhas porque é constituída de pedaços contíguos de sistemas de objetos e das ações emanadas de um trabalho comum – horizontalidade - e, de outro, vinculações materiais e organizacionais longínquas e mais ou menos alheias ao lugar, como as redes e as formas de consumo e produção globalizadas – as verticalidades.

3.3.1) O processo de territorialização para a vigilância em saúde

O ponto de partida para o desencadeamento do processo de planejamento da vigilância em saúde, é a territorialização do sistema local de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde (Teixeira, 2001). O processo de territorialização faz parte de uma das ferramentas básicas da vigilância em saúde que é o planejamento estratégico situacional (PES)². Trata-se no entanto, de um termo utilizado apenas na saúde, não tendo referência conhecida na Geografia, de sua definição e entendimento, a não ser entendida como fenômeno, de territorialização/desterritorialização e não como método.

Como mencionamos na primeira parte, a promoção da saúde se baseia fundamentalmente na formulação de propostas de ação intersectorial voltadas para a melhoria da qualidade de vida. O objetivo é buscar alternativas à crise do setor saúde devido à manutenção das práticas de saúde (em citações anteriores você usou práticas da saúde) que se mostram insuficientes e inadequadas, face às mudanças sanitárias e epidemiológicas nas sociedades contemporâneas.

Novas concepções e práticas têm se voltado para as ações intersectoriais no sentido de uma reforma na organização e gestão das ações e serviços públicos de saúde, no desenvolvimento de ações territoriais de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, a ampliação das ações de educação e comunicação social em saúde e também a formulação de políticas públicas saudáveis de caráter eminentemente intersectorial.

Vimos ainda, que a vigilância em saúde incluiria em sua dimensão gerencial, o planejamento e a programação situacional das ações, contemplando desde ações de caráter intersectorial para a melhoria das condições de vida até a reorganização da atenção à demanda espontânea nas unidades de saúde. Para Teixeira (2001), este processo constitui-se em um desafio quanto às formas mais adequadas de planejar, organizar, conduzir, gerir e avaliar tais intervenções. Ela aponta o planejamento estratégico situacional como a ferramenta que abre a possibilidade de se efetivar o planejamento e a gestão intersectorial.

O enfoque estratégico-situacional foi proposto originalmente por Carlos Matus (1972) como possibilidade de subsidiar uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade social e histórica, contemplando simultaneamente a formulação de políticas, o planejamento e a programação dentro de um esquema teórico-metodológico de planificação situacional para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde. Tem como base a teoria da produção social, onde a realidade é indivisível, que entende, que tudo que existe em sociedade é produzido pelo homem. O planejamento estratégico situacional incorpora conceitos indispensáveis para pensar e fazer em saúde, que devem se ater ao que afeta as variantes que condicionam os problemas de saúde e não que apontem só as opções específicas da produção dos serviços de saúde.

Teixeira (2001) aponta quatro aspectos fundamentais a favor do uso do planejamento estratégico situacional:

- I. O fato do objeto do planejamento ser os problemas e as oportunidades reais de intervenção, supera a fragmentação reducionista da realidade pelas disciplinas que se materializam conseqüentemente nos setores nos quais se organiza a intervenção;

- II. A concepção de processo constituído em momentos que não seguem uma seqüência rígida, o que possibilita uma articulação entre as experiências dos vários setores;
- III. A proposta de modularização do produto do planejamento que sintetiza os elementos do processo de trabalho previsto (objetivos, atividades, produtos e resultados, responsáveis, participantes, prazos e recursos), que flexibiliza a organização do trabalho facilitando a intersectorialidade ao possibilitar a participação de distintos atores sociais;
- IV. Estas propostas de gestão do plano e gerência de operações, trazem embutida uma teoria de governo que abre também interessantes espaços para mudança nas práticas institucionais, administrativas, democratizando as relações e intensificando as ações comunicativas entre dirigentes, técnicos e usuários dos serviços.

A autora acrescenta ainda um importante ponto para a nossa proposta. Reside no fato de Matus considerar que o caráter do objeto do planejamento, é se remeter à concepção de situação. Ela entende esta concepção como sendo um conjunto de problemas, identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social, que não separa epistemologicamente sujeito e objeto. Isto permite várias formas de planejamento em que os atores sociais do processo tomam decisões e estabelecem ações voltadas à consecução dos seus próprios objetivos setoriais que se defrontam com outras posições de outros atores.

Esta abordagem possibilita uma perspectiva interdisciplinar na análise dos problemas, abrindo chances ao diálogo entre os atores envolvidos e a identificação do que cada setor pode fazer no sentido da intervenção sobre os determinantes, condicionantes ou fatos que expressam os problemas. A operacionalização de ações intersectoriais exige portanto, um processo de planejamento e programação que materializa um espaço de poder compartilhado e de articulação de interesses, saberes e práticas dos diversos atores envolvidos estabelecendo uma instância de diálogo e pactuações para a efetivação da intervenção. Esta postura implica também na incorporação do enfoque por problema, que são analisados por diversos ângulos, que traduzem a contribuição das instituições envolvidas no seu enfrentamento e solução.

Portanto, Teixeira (2001) argumenta, que para o desenvolvimento metodológico, o planejamento estratégico situacional deve incluir: a **análise de situação** (identificação, priorização e análise dos problemas); o desenho da **situação-objetivo** para definição dos cenários prováveis; o **desenho de estratégias** para a definição de

linhas de ação, análise de viabilidades das ações e a elaboração de projetos viabilizadores e a **programação** de uma série de passos operacionais que envolvem decisões e ações específicas.

No entanto, o planejamento estratégico situacional tem que ser pensado de forma contínua e ascendente através de um território definido. Essa base territorial deverá conter as informações localizadas da situação de saúde e das condições de vida do território. A territorialização é este processo que tem por objetivo espacializar os elementos e relações importantes de uma população, os quais traduzem no espaço a forma de sua organização (modo e estilo de vida) e vão determinar em maior ou menor escala seu grau de qualidade de vida.

A territorialização vem sendo entendida de uma forma bastante reduzida na saúde, limitando-se a elaboração de mapas temáticos baseados em indicadores, deixando de lado o potencial para a condução de análises, através de categorias de cunho geográfico que podem ser operacionalizadas para o processo de trabalho da vigilância em saúde, como apresentamos na primeira parte desta tese.

Implica em uma coleta sistemática de dados que vão informar sobre situações-problemas naquela população e naquele território, indicando suas inter-relações espaciais. Possibilita ainda, identificar áreas de risco, populações expostas e a seleção de problemas prioritários para as intervenções. Isto permite a escolha de ações mais adequadas, apontando estratégias e atores que foram identificados no processo de pesquisa, que melhor as operacionalizem e viabiliza o uso da epidemiologia como ferramenta poderosa para o planejamento através da microlocalização dos problemas de saúde (Gondim, 1999).

Unglert (1993) aponta que este processo permite entre outras coisas, a comparação de taxas de incidência ou mortalidade em diferentes lugares gerando hipóteses de origem etiológica. Além disso, os padrões espaciais de distribuição de determinado agravo são indicadores da maneira como cada espaço geográfico está estruturado demográfico, social e ambientalmente. A autora aponta exemplos como, os fluxos de pacientes, que podem ser visualizados através de mapas como também fontes de contaminação ambiental podem ser detectadas pela concentração de agravos relacionados ao problema em torno do foco. Além disso, permite localizar grupos populacionais homogêneos, segundo determinado risco, cuja identificação contribui na orientação de medidas preventivas.

O poder público ao planejar suas ações de saúde sobre populações específicas pode estender, através da categoria território, seu campo de atuação formal sobre os

espaços, que por sua vez, devem ser observados permanentemente, pois modificam-se conforme as dinâmicas das relações sociais, mudando ou não, a correlação de forças existentes. Territorializando as condições concretas de vida e de saúde de grupos populacionais, eles próprios e as autoridades de saúde podem reconhecer a situação de saúde, possibilitando assim elaborar práticas de vigilância em saúde promotoras de melhor qualidade de vida.

3.4) O trabalho de campo no processo de conhecimento

A tecnologia educacional que propomos tem como base o método de pesquisa do trabalho de campo como processo de construção do conhecimento que exige, por um lado, a busca e a observação dos fatos ou eventos e, por outro, a própria análise sistemática dos mesmos. A busca e a observação de informações podem ser realizadas através da análise de documentos, pela produção primária de informações ou pela observação direta da realidade social.

Tal procedimento de observação direta, intensiva e pessoal, dos fatos ou eventos, recebeu o nome de trabalho de campo³, que em nossa proposta pretendemos potencializar ao máximo, tanto incorporando a busca de fontes documentais secundárias, como principalmente na observação direta propriamente (participante pelo aluno-pesquisador e trabalhador atuante em comunidades) manuseando instrumentos (entrevistas, mapeamento, produção de imagens) de pesquisa. Também diz respeito à prioritária interação da observação com a análise e a síntese, potencializando dessa maneira a apreensão de situações complexas.

Primeiramente devemos entender e nos aproximar da idéia de campo que pretendemos explicitar. Notamos que a grande maioria dos pesquisadores considera o campo (em estudos cuja definição do espaço geográfico é o que delimita a extensão da comunidade a ser pesquisada), de uma forma geral, apenas como o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando assim uma escala cartográfica da realidade empírica a ser estudada.

No entanto, consideramos que o recorte não pode ser encarado apenas como uma “caixa” onde depositamos e acumulamos informações sobre um espaço delimitado territorialmente, sem fazer nenhum tipo de relação e análise sistêmica de seu interior, tratando-o somente como uma coleção de coisas. Como visto antes, este procedimento é produto, sem dúvida, de uma forma reduzida e limitada de entendimento de espaço.

Tendo como referência a pesquisa qualitativa, o trabalho de campo se apresenta como uma possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo. Com isso, estabelecemos um rico diálogo com a realidade, fazendo com que se estimule uma importante relação do aluno-pesquisador com a realidade social, seus sujeitos, cenários e situações.

O espaço geográfico é um conceito essencial para análise da realidade social, pois trata-se de um ponto de vista científico de observação do mundo. Como já visto anteriormente, muito além de ser meramente um recorte espacial, em se tratando de pesquisa social e humana, o lugar geográfico primordial, refere-se ao que é ocupado pelas pessoas e grupos convivendo numa dinâmica de interação social que apresenta diferentes contextos de uso de seu território.

O trabalho de campo pode vir a se tornar em termos pedagógicos, o palco privilegiado de manifestações e interações entre o pesquisador (no nosso caso, o aluno) e grupos estudados, compartilhando a criação de novos conhecimentos, pois para além dos dados acumulados, o processo de campo pode levar à reformulação das observações pré-concebidas, através da descoberta de novos caminhos.

Nessa dinâmica pedagógica e investigativa os alunos-pesquisadores podem se tornar agentes e elos fundamentais de mediação entre a análise e a produção de informações. Por meio desta articulação tornam-se capazes de entender melhor os aspectos rotineiros, as práticas, os conflitos sociais etc.

De acordo com o que foi visto mais acima, outra premissa para o trabalho de campo, numa abordagem geográfica de cunho pedagógico interpretativo, é basear as pesquisas nos territórios do cotidiano vivido e de trabalho do aluno, verificando assim as singularidades locais e, com elas, poder observar as afinidades com comportamentos ou fatos de dimensão mais global e vice-versa.

A concepção de pesquisa adotada tem em mente que a obtenção de informações e a qualidade de sua resolução e abrangência espacial não dependem do tamanho do local pesquisado. Seu potencial como arquivo natural/cultural, tem haver também com o instrumental utilizado e a definição dos objetivos perseguidos.

3.5) Os recursos investigativos e pedagógicos para a aprendizagem no reconhecimento de contextos

Para atingir os objetivos pretendidos no processo de territorialização como atividade técnica do trabalho de campo, compreendendo os âmbitos investigativos e pedagógicos da tecnologia educacional proposta, exige-se dos recursos: capacidade de aprofundamento na investigação e conseqüentemente na aprendizagem; flexibilidade nos diversos usos e aplicações; criatividade no seu manuseio e nas formas dos seus produtos e principalmente possibilidades de interatividade com o objeto de conhecimento e com os meios empregados nesse processo.

No entanto, tratando-se de recursos para interagir o processo de trabalho da vigilância em saúde e o processo pedagógico faz com que os recursos atendam ao trinômio da ação estratégica de informação-decisão-ação que estrutura essa prática em saúde.

Apresentamos assim os recursos utilizados, suas possibilidades pedagógicas e investigativas e ainda seu potencial de incorporação no processo de trabalho da vigilância em saúde.

3.5.1) Método observacional no campo

A observação deve ser o primeiro passo para uma pesquisa de campo, notadamente em estudos da conduta coletiva e de situações sociais complexas. Esta técnica de pesquisa apresenta algumas vantagens interessantes tais como: poder acompanhar condutas espontâneas; ter certa independência na informação; profundidade e extensão na pesquisa e facilidade na compreensão dos fatos e eventos. Contudo essa técnica tem também limitações, como: o alto custo financeiro de realização; desvio de objetividade; pouca possibilidade de padronização e de controle das observações⁴.

A nossa proposta de pesquisa de campo baseia-se amplamente neste método, mas de modo estruturado, sistematizado e utilizando instrumentos que ajudem a exatidão e a padronização. Por exemplo, o uso do caderno de notas, pode vir a ser sistematizado através de um fichamento roteirizado no campo e acompanhado de outras formas de pesquisa que servirão de instrumentos como: dados secundários, o mapeamento e a produção de imagens.

A produção das informações pelos alunos-pesquisadores consiste, através de determinados instrumentos, num esforço de pesquisa para a elaboração de um diagnóstico crítico de situação de saúde. Utilizamos este processo de investigação como recurso para aprendizagem, dentro de um determinado recorte ou campo do saber, para

assim compreender a realidade espacial e a situação de saúde, muitas vezes em seu próprio território de atuação profissional.

Concebemos este processo de investigação da situação de saúde e do espaço geográfico, entendendo-o como resultado de uma construção do conhecimento realizada pelos alunos-pesquisadores e não como um dado pré-existente em si. Neste aspecto o método observacional orientado no campo pode ser de ímpar importância para impedir esta perigosa pré-concepção de estudos mais abstratos.

Consideramos a realidade social a partir de uma abordagem geográfica como uma situação a ser entendida e reconstruída, através do encadeamento de idéias formuladas pelo sujeito (alunos-pesquisadores) no processo pedagógico, até tornar-se não propriamente uma realidade em si, mas com significação, uma expressão cientificamente significativa do real na forma de espaço geográfico.

Para compreendermos a realidade social precisamos “ler” o espaço e entendê-lo como espaço geográfico, realizando por isso passos necessários para este processo. Podemos desta forma, apreender a situação observada a fim de contextualizar a própria formação do aluno. Baseamo-nos assim nos quatro níveis de compreensão do espaço apresentado por Oliveira (1992), que passa da realidade primitiva até aquela de máxima significação na construção do conhecimento. Por intermédio desses níveis, o fazer geográfico-pedagógico pode possibilitar e desencadear leituras e compreensão da realidade social local para o diagnóstico de situação de saúde.

O nível inicial, perceptivo da situação geográfica, do conhecimento prático que nos faz vivenciar nossa relação com o mundo, consiste num conhecimento predominantemente sensorial e sensível. Permite, ao aluno a construção de um espaço elementar ou espaço perceptivo, fruto do recolhimento livre da experiência do aluno, que pode ser o seu próprio território de atuação profissional. É por assim dizer um espaço em estado bruto - expressão de um recorte da realidade, fundada em sentimentos, argumentos confusos e raciocínios impulsivos. Em outras palavras, é o espaço do ver imediato, do livre olhar e da primeira identificação. Um produto caótico, mas de máxima importância subjetiva, frente às demais etapas de sistematização, que reflete em parte a complexidade do universo ainda não percebido conscientemente. Esta peculiaridade é o que o torna riquíssimo, pois trata-se da possibilidade da interação de saberes e de construção de um novo conhecimento no estudo do objeto de seu trabalho de campo.

Ciente de que os alunos pesquisam para ampliar seus conhecimentos e, por isto mesmo, sabem da insuficiência dessa primeira aproximação e codificação, devemos

trabalhar os alunos em função dos demais níveis. No entanto, é neste nível que estabelecemos a coerência de todo nosso método, inclusive interferindo na operacionalidade geográfica e pedagógica da proposta.

Num nível adiante, o descritivo, que foi tradicionalmente empregado no fazer geográfico habitual, a passagem do “livre olhar” para um “olhar interessado”, um ato de observar, um ver que fotografa atentamente a realidade social local em estudo. A descrição nada mais é que uma desmontagem sistemática que traça uma rede de classificações, no sentido de passar do resíduo caótico que permanece do viés perceptivo, para o conhecimento construído.

A tônica descritiva é tão marcante na Geografia, que quando a palavra “geográfico” é utilizada como adjetivo, quase na totalidade das vezes o sentido é de “localização”, “posicionamento”, “descrição espacial”. Tal descrição é fundamental, desde que se destaque suas limitações no exercício de reconhecimento da realidade social local, pois este “geográfico” resulta de uma leitura estática da realidade social.

A postura tipológica e cartográfica, na prática deste nível, gera um espaço de elementos precisos, porém desconexos ou fechados para uma interpretação. Por ela os alunos podem localizar, classificar, discriminar ou mesmo definir efetivamente a realidade social local que estudam e reconhecem. Podem entretanto, chegar a um diagnóstico descritivo e estático, enquadrado em um só tempo e espaço, o que acaba significando um desafio para transpor seus limites e começar a busca do ver além do que está sendo visto (Oliveira, 1992).

Já o nível interpretativo, é responsável por análises e sínteses absolutamente dinâmicas onde a realidade visível, torna-se pretexto para conexões entre múltiplas realidades. É o ver além ou das múltiplas visões encadeadas, ao contrário do livre olhar. Os elementos classificados no nível anterior, passam agora a compor uma trama seqüenciada de interpretações contextuais. Tal dinamismo responde por um estudo processual, resgatando dos componentes da realidade um movimento que recria novos movimentos. O recorte espacial deixa de ser apenas produto cartografável, passando a ser parte de vários processos que evidenciam sua explicação, sua interpretação mais ampla e profunda.

Por fim, chegamos ao nível máximo, que viabiliza a reconstrução do conhecimento, a interação do processo de restituição científica da intersubjetividade, onde não há distinção entre sujeito e objeto do conhecimento. Este nível, interativo, pratica um produto da re-visão (ou da reflexão) da realidade social local (Oliveira, 1992).

O ato de reconstrução do conhecimento, faz interagir o aluno com a obra por ele produzida, tornando-se uma espécie de prolongamento de sua existência que, pela dimensão operacional que o trabalho de campo possui implica em práticas e rotinas do aluno-trabalhador no seu território de atuação profissional, através do diagnóstico crítico da situação de saúde.

Estes níveis podem sistematizar claramente o uso dos recursos na pesquisa de campo.

3.5.2 Técnica de entrevista estruturada;

Entre as diversas formas de abordagem técnica no trabalho de campo, destaca-se nos estudos científicos, a entrevista. Através desse procedimento podemos obter dados objetivos e subjetivos. O primeiro pode ser obtido através de fontes secundárias em censos, estatísticas e outras formas de registros, mas também através de entrevista em instituições sociais, mantendo o caráter de produção primária, realizada por exemplo, em postos de saúde, escolas, empresas, ONGs, associações etc. Já o segundo se relaciona aos valores, às atitudes e às opiniões dos sujeitos entrevistados. Alguns autores consideram a entrevista como o instrumento por excelência da investigação social (Minayo, 1994).

A entrevista é uma técnica de coleta de dados que supõe uma conversação continuada entre informante e pesquisador que deve ser dirigida por este para que se atinja os objetivos. Da entrevista deve ser apropriado somente aquilo que estiver inserido diretamente no domínio da pesquisa.

Consideramos a entrevista nem tanto como uma técnica, mas como mais uma opção metodológica, pois implica em uma teoria que é tomada como referência na perspectiva deste instrumento de pesquisa. Alguns autores (Durhan, 1986 & Velho, 1986) alertam para o risco que existe, sempre que um pesquisador entrevista indivíduos muito próximos de sua própria vida cotidiana, o que se constitui, em nosso caso, muitas vezes no universo de trabalhadores que atuam profissionalmente e compartilham os territórios vivenciados por estes profissionais e a população, no que diz respeito aos valores, preocupações, gostos e concepções de mundo. Assinalam entretanto que, quando decidem tomar sua própria sociedade como objeto de pesquisa, sua subjetividade precisa ser incorporada ao processo de conhecimento desencadeado o que também não significa abrir mão de um conhecimento mais ou menos objetivo, mas buscar as formas mais adequadas de lidar com o objeto de pesquisa.

Dentre os vários objetivos a serem atingidos através desta “técnica” destacamos para os nossos propósitos: o estudo da conduta de grupos sociais, conhecendo a maneira pela qual ela se comportou no passado ou se comporta no presente, em determinadas situações; a averiguação de fatos e eventos; determinação das opiniões sobre os fatos e eventos; determinação de sentimentos para que possamos compreender as condutas e possíveis problemas; a descoberta de planos de ações, para a definição adequada da ação humana no cotidiano e sua realidade espacial e motivos conscientes para opiniões, sentimentos, sistemas ou condutas entre outros (Lakatos & Marconi, 1996).

Adotamos entrevistas padronizadas com roteiro previamente estabelecido para que as respostas sejam comparadas com o mesmo conjunto de perguntas e para que as comparações indiquem diferenças entre os grupos de respondentes. Pretende-se com isso estudar os motivos, os sentimentos e a conduta de pessoas no espaço coletivo para o entendimento da situação de saúde.

O objetivo da utilização deste recurso de pesquisa nesta proposta foge da perspectiva de um resultado baseado na análise por métodos qualitativos em programas computacionais. Sem dúvida, os resultados das entrevistas podem ser categorizados e analisados através destes programas. A intenção desta proposta, é que a entrevista produza elementos para que o pesquisador obtenha informações para a compreensão das condições de vida e situação de saúde. O fato dos roteiros amarrarem as formulações, padronizando os resultados, servem como apoio à compreensão dos problemas e das potencialidades locais para solução. Em termos da pesquisa em torno da população, com um universo maior, elas permitirão ao pesquisador uma idéia das condições do território-população acerca dos problemas, potencialidades locais e a percepção da população acerca destes assuntos. As entrevistas com autoridades por serem em um número menor seguem um padrão mais fácil de análise pelos pesquisadores que farão perguntas chave para construir a sua própria percepção.

3.5.3) Mapeamento

A aplicação deste recurso instrumental de produção primária de informações, é de vital importância tanto pedagogicamente para o entendimento teórico-prático da interface território, condições de vida e situação de saúde, quanto na possibilidade de sua incorporação nas rotinas de trabalho em vigilância nos serviços de saúde. Esse recurso já é largamente usado principalmente nos departamentos de Vigilância Epidemiológica dos serviços de saúde e, vem sendo progressivamente mais utilizado,

sobretudo quando potencializado através de técnicas de geoprocessamento por intermédio de programas computacionais para a análise espacial (Rojas, 1998).

A proposta de uso de informações em saúde territorializados em mapas, tem como fundamento facilitar a operacionalização pedagógica de alguns conceitos básicos dos sistemas locais de saúde, principalmente no que se refere a aspectos da vigilância em Saúde (Unglert, 1993).

O processo de territorialização desenvolvido para o planejamento em saúde, se baseia amplamente na utilização de mapas, normalmente efetuado através da elaboração de um ou mais mapas, que permitem visualizar e analisar informações georreferenciadas onde todas as informações são associadas a um território, isto é, são localizadas geograficamente, o que propicia a incorporação de variáveis para a análise da situação de saúde. Algumas delas (densidade de construções, desmatamento, hidrografia, localização de objetos de encontro – estações (Giddens, 1989) - de populações em escolas, em locais de trabalho e comércio ou para o transporte etc), podem servir à análise geográfica de eventos de saúde por estarem relacionadas a outras informações de interesse mais direto para a vigilância em saúde, como as formas de habitação, densidade demográfica, infra-estrutura e de condições ambientais etc (Barcellos & Bastos, 1996).

Não podemos encarar o método cartográfico como meramente descritivo como pode parecer, mas sim para possibilitar interpretações, relacionamentos e montar cenários. O mapeamento permite sobremaneira, trabalhar a síntese⁵ geográfica aproximando e (re)construindo sua totalidade, buscando suas expressões territoriais e representando-as através de mapas condicionados pela própria entrada de dados. Além disso, os mapas possuem grande capacidade pedagógica na aprendizagem das interações humanas e dos objetos geográficos que a sustentam São elementos concretos do espaço cuja base física codificada por intermédio de sinais e convenções facilitam a síntese interpretativa.

Os dados sobre saúde por exemplo, têm uma dimensão geográfica que podem ser inseridas nas contextualidades sociais locais, onde a distribuição geográfica de eventos de saúde consiste numa das primeiras características, e a mais evidente, para ser analisada na avaliação dos resultados das pesquisas de situação de saúde.

No entanto, ao trabalhar o contexto dos territórios da vida cotidiana de populações, tendo como instrumental o mapeamento, deve-se ter em mente, conforme mencionamos na primeira parte do trabalho, que a territorialidade humana tem que ser entendida como produto da prática social. Esse processo envolve assim a apropriação,

os limites e a intenção de poder sobre uma porção precisa do espaço, independentemente da limitação formal do Estado normativo. Essa territorialidade é decisiva para a compreensão das questões essenciais, para a correta, e adequada, delimitação do espaço geográfico que se constituirá na arena de implementação de novas práticas de vigilância da saúde e na expressão de territorialidade que a ele se associa.

Por isso, apesar de estar restrito quando de sua implementação a uma territorialidade pré-definida, devem os mapas, serem modelados de modo a expressar da melhor forma possível, tanto os espaços de fluxos da organização econômica, como o espaço da identidade sócio-cultural retratando assim também, a organização econômica e social do mesmo (Pina, 1997).

O mapeamento permite incorporar informações secundárias localizadas espacialmente, obtidas no trabalho de pesquisa em banco de dados e o levantamento de informações primárias localizadas no campo, referenciando informações do espaço, tais como: condições de habitação; infra-estrutura urbana; organização do território; objetos geográficos vinculados à produção, circulação e cultura; ocorrência de agravos e outras, para posterior relacionamento.

Para Barcellos & Bastos (1996), nos mapas é possível organizar informações e fazer comparações para analisar problemas de saúde que são muito difíceis de conseguir sem eles, pois colocando todas as informações juntas, além de podermos ver os diversos aspectos do problema, podemos fazer um planejamento de como evitá-lo ou controlá-lo.

Ressaltamos ainda, o potencial de incorporação pelos serviços dessa informação territorializada em mapas⁶, que pode vir a ser ainda, digitalizada e trabalhada através de técnicas de geoprocessamento, visando a sua introdução na organização de rotinas e no próprio processo de trabalho das equipes das unidades de saúde e dos sistemas de vigilância.

Muito além do mapeamento temático, são grandes as possibilidades de análise na produção de mapas, principalmente através da relação entre diferentes variáveis expressas nos respectivos mapas básicos digitalizados e correlacionados por geoprocessamento em uma mesma base territorial definida, onde cada camada de dados corresponde a distribuição de uma variável. Vários fatores de risco podem vir a ser correlacionados e comparados através de superposição e, com a agilidade dos softwares de geoprocessamento, facilitar e principalmente potencializar análises simultâneas dos

eventos, auxiliando a formulação de hipóteses para explicar a produção e distribuição espacial do agravo à saúde.

A utilização das novas geotecnologias, cada vez mais empregadas nos serviços de vigilância, aponta a necessidade de incorporar a produção digitalizada na construção de Sistemas de Informação Geográfica – SIG no ensino da vigilância em saúde, especialmente através de tecnologias educacionais de abordagem geográficas de realidades sociais como a do trabalho de campo.

3.5.4) Semiótica do espaço: produção de imagens-moldura em fotografias

Outro recurso pedagógico e investigativo, é a produção de imagem pelos alunos, realizada durante as pesquisas de campo no (re)conhecimento das condições de vida e situação de saúde nos territórios estudados. A proposta de utilizar a produção de imagem, por intermédio de fotografias, baseia-se no fato de que este instrumental pode servir como recurso estratégico na abordagem e identificação das questões de saúde. A roteirização de produção de imagens sobre os contextos sociais locais e a situação de saúde específica, pode servir como ferramenta para a investigação e reconstrução do conhecimento.

Mas, o que é olhar o mundo através de lentes de máquinas fotográficas? De que modo, podemos tirar partido do uso da tecnologia para construirmos um conhecimento crítico das condições de vida e situação de saúde de territórios? Nos dias de hoje sentimos cada vez mais e com maior evidência como a tecnologia da imagem se transformou numa espécie de prótese do olhar. Souza & Lopes (2002), consideram que depois da invenção do ato de fotografar, a experiência humana nunca mais foi a mesma, pois conquistamos um olhar sobre a materialidade do mundo físico e social que antes não era possível, criando em nós uma nova consciência cultural e subjetiva do mundo.

A produção do conhecimento nos dias de hoje, não pode dispensar a capacidade de dialogar com as tecnologias disponíveis, fazendo com que o educador construa com essas tecnologias novas possibilidades de uso, criando novas estratégias de interação na produção de conhecimento e principalmente, dando a possibilidade de recuperar a dimensão lúdica na aprendizagem. A produção de imagens fotográficas através de uma tecnologia educacional estruturada, desencadeia um outro modo de olhar o mundo (Souza & Lopes, 2002), enriquecendo a pesquisa para aproximação de realidades sociais, dos objetos e ações no território, da dinâmica social e suas especificidades para a produção social da saúde.

A construção da imagem se dá na interlocução, num primeiro momento, entre o sujeito e o seu olhar da realidade social e, posteriormente, por meio de palavras, na interpretação das imagens reconstruindo desta forma o conhecimento sobre a situação observada. A linguagem fotográfica é vista como mais um recurso pedagógico a ser explorado na busca de alternativas curriculares que facilitem o processo de ensino-aprendizagem (Souza & Lopes, 2002).

As condições de vida e situação de saúde, que podem ser retratadas por imagens, referem-se às condições materiais necessárias à subsistência (Possas, 1994), relacionadas à situação da habitação, do saneamento básico e infra-estrutura, das condições do meio ambiente natural, do ambiente construído que expressam territorialmente os recursos sociais, culturais, econômicos e mais especificamente dos serviços de saúde.

Acreditamos que os espaços físicos da existência humana, expressos nestas condições materiais de subsistência, detêm um conjunto de signos que encontram no texto visual um grande potencial não só para expressar o conhecimento, mas principalmente como estratégia de análise qualitativa e aprendizagem das questões sobre as condições de vida e de situação de saúde.

A forma mais freqüente na utilização de fotografia em estudos é para a reiteração do texto escrito, onde as imagens cumprem o mesmo papel das manchetes do jornal, apontando ou sublinhando a questão estudada. O texto escrito e o visual aparecem juntos, e se complementam.

Nas ciências humanas o texto verbal foi consagrado e tornou-se a forma prioritária de expressão ocidental e moderna. Os textos visuais, ficaram relegados à condição de ilustração dispensável ou superlativa. No entanto, as contribuições cognitivas e educacionais do texto visual são flagrantes. Através da dedução e síntese, é possível obter informações que não se encontram diretamente visíveis na fotografia. Após uma leitura inicial, que seria um exercício de identificação, a imagem fotográfica admite a interpretação, que resulta de esforço analítico, dedutivo e comparativo (Moreira Leite, 1998).

Entre a imagem e a realidade social que representa, existe uma série de mediações que fazem com que a imagem não seja apenas restituição, mas reconstrução do que é preciso aprender a sentir e ver. Dessa forma, é que um conhecimento preexistente da realidade a ser representada na imagem mostra-se importante para o reconhecimento do conteúdo a ser explorado na imagem fotográfica permitindo a reconstrução do conhecimento (Moreira Leite, 1998).

A prática de produção fotográfica em trabalhos de campo, e os significados da imagem produzida revelam regularidades objetivas de comportamento coletivo e a experiência vivida desses comportamentos, além de apresentar o território no qual as atividades, os atores sociais e o contexto social local são articulados e vividos.

As imagens fotográficas retratam a história visual de uma sociedade, documentam situações, estilos de vida, atores sociais e rituais e, ressaltando, aprofundam a compreensão dos objetos materiais do território, suas formas e suas transformações ao longo do tempo. Mais ainda, a análise comparativa de imagens no tempo tem permitido a reconstituição da história cultural de alguns grupos sociais e um melhor entendimento dos processos de mudança social (Bitencourt, 1998).

É interessante observar que o uso da imagem na pesquisa de campo não pode se ater unicamente a seu caráter documentário, ou à análise de conteúdo da imagem na pesquisa. Deve considerar principalmente o processo de atribuição de significados produzidos pelos alunos-pesquisadores neste processo de aprendizagem. O modo reflexivo de interpretação, contido na análise de conteúdo de imagens, faz da fotografia um meio para elucidar as representações criadas pelo aluno no trabalho de campo ao preservar um evento, um fato ocorrido em um momento determinado, preservando a imagem das faces, dos lugares, das coisas, das memórias e das situações sociais e sanitárias. A fotografia pode ser assim, uma importante linguagem a ser explorada no processo de construção de conhecimento, na busca de sentidos e de significados.

3.5.5) Pesquisa documental e de dados secundários

Apesar de não ser considerada uma técnica usada em trabalho de campo, em nossa metodologia estamos adotando o levantamento de dados como o primeiro passo para a pesquisa de campo. É a fase da pesquisa realizada com o intuito de recolher informações prévias sobre o território-população e os indicadores mais gerais de situação de saúde e de condições de vida sobre o lugar geográfico em investigação.

Esse material-fonte geral é útil não só por trazer conhecimentos que servem de base ao nosso campo de interesse, mas sugere ainda problemas e hipóteses iniciais e com isso orientar nosso processo de investigação. Esses materiais podem ser: os relatórios de pesquisa baseados em trabalho de campo já realizados; estudos históricos recorrendo aos documentos originais; pesquisa estatística baseada em dados do recenseamento; material cartográfico (mapas); áudio-visuais em VHS e em outros tipos; fotografias; gravações etc.

Exemplos importantes são os grandes bancos de dados (do IBGE; dos Sistemas de Informação em Saúde nacionais), informações e dados de secretarias municipais e estaduais (de saúde; de meio ambiente; de educação; de planejamento; de cultura etc), de associações sociais, de ONGs, de empresas públicas e privadas, arquivos fotográficos obtidos em meio digital (*Internet*) e/ou impressos.

Comentários finais

A identificação e a produção de informações são fundamentais para o processo de trabalho dos profissionais que atuam na vigilância em saúde. A produção e a articulação intersetorial da informação se constitui como o aspecto mais estratégico para a prática educativa e comunicativa da vigilância em saúde. A tecnologia educacional baseada no trabalho de campo, como estratégia didática, tem na pesquisa de informações sobre as condições de vida e a situação de saúde, o eixo do processo pedagógico, onde a produção da informação deve ser entendida como um insumo para que se dê o desenvolvimento da aprendizagem.

Dentro desta perspectiva, o desenvolvimento de metodologias ativas de aprendizagem associadas a recursos pedagógicos que permitam a interatividade entre a realidade social e dos serviços e os conteúdos temáticos do campo da vigilância em saúde são de ímpar importância para que haja a melhoria na formação profissional e conseqüentemente da qualidade de vida da população.

Para que isso se efetive a tecnologia educacional como estratégia pedagógica de aprendizagem, deve preencher alguns requisitos necessários que iremos propor em um processo formativo que será apresentado na próxima parte da tese, tais como:

- Ser capaz de reconstruir o conhecimento do aluno-trabalhador, atuante num determinado território e sistema de saúde local;
- Ser uma ferramenta teórica e prática adequada para o processo pedagógico de qualificação de profissionais de saúde para possibilitar a intervenção nos contextos sociais locais visando o processo de trabalho futuro do aluno-trabalhador;
- Induzir a interatividade entre sujeito e objeto de estudo na pesquisa, isto é, entre o aluno-trabalhador de um SUS local e o contexto social local, indicando uma didática voltada para a pedagogia da aprendizagem reconstrutiva, indo de acordo com os princípios pedagógicos desta proposta;

- A pesquisa no trabalho de campo deve refletir os conceitos e categorias propostas, permitindo com isso a compreensão dos contextos sociais locais, suas especificidades e situação de saúde e as possibilidades de ação dos serviços e das comunidades;
- Os recursos e os instrumentos pedagógicos e investigativos devem ser adequados à pesquisa bem como para a aprendizagem.

NOTAS

1 - O conteúdo deste texto teve como base o Termo de Referência elaborado para o Laboratório de Tecnologias Educacionais para a Educação Profissional de Nível Médio em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz. Os autores foram os professores-pesquisadores da EPSJV - Maurício Monken (coordenação), Maurício De Seta, Carlos Batistella e Sérgio Munck.;

2 - Os fundamentos teóricos do PES, são baseados na teoria das situações e no pensamento estratégico. Matus, C – Política, Planejamento e Governo. Brasília; IPEA, 1993.

3 - Dicionário de Ciências Sociais, Fundação Getúlio Vargas, MEC, RJ, 2ª Ed. 1987.

4 - Isto será demonstrado mais adiante.

5 - Síntese no sentido criador do observador (Maturana, 1997).

6 - Falamos em mapeamento artesanal devido ao caráter manual de elaboração e também pelo fato da necessidade de diferenciar da produção eminentemente digital, através de softwares de geoprocessamento.

Capítulo 4) Interagindo o processo pedagógico com o processo de trabalho através do reconhecimento do território: o trabalho de campo em ação no PROFORMAR - Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde

Esta parte da tese apresenta a incorporação da tecnologia educacional proposta na mesma, em um programa de formação profissional para o SUS no campo da vigilância em saúde onde foi possível estruturar, conforme os pressupostos conceituais e pedagógicos apresentados anteriormente, a estratégia pedagógica central do processo formativo e como parte integrante do conjunto de materiais didáticos propostos para este programa de formação.

O Sistema Único de Saúde ao buscar uma nova reorientação para suas práticas de saúde deve incidir necessariamente sua atenção para a reconfiguração do papel dos agentes dessa transformação. A expansão dos programas PACS e PSF, a descentralização das ações de Epidemiologia e Controle de Endemias (PPI/ECD) são processos definidores que caminham para a operacionalização de outro modelo, que passa assim, por uma revisão dos processos de formação e capacitação dos trabalhadores não só de nível médio como de nível superior, no que diz respeito aos conteúdos, estratégias, práticas, marco conceitual e metodológico (Batistella, 1999).

4.1) “Saúde, educação, cidadania e participação”: desafios para o século XXI – a experiência do PROFORMAR¹

O Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde - PROFORMAR, tem como pano de fundo dois contextos estruturantes:

- O processo de descentralização do Sistema Único de Saúde;
- A nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação.

O SUS a partir de 1988 vem tentando se consolidar nos múltiplos espaços nacionais através de diferentes propostas, consoante aos projetos políticos de cada instância federativa, quase sempre com baixa eficácia, eficiência e efetividade junto à população, fato que se agravou nos últimos oito anos, tornando sua factibilidade vulnerável frente ao projeto neoliberal em curso.

Já a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) - Lei 9.394, promulgada em 1996, trouxe para a sociedade brasileira, um conjunto de proposições contraditórias dada a pouca clareza do seu texto, traduzidas na evidente diminuição da responsabilidade do Estado com a Educação e no cerceamento da sociedade civil em

participar das decisões sobre o ensino (Grossi, 1997; Ramos, 2001). Também é possível perceber a existência de dois projetos, o oficial com o olhar no mercado e na desregulamentação, e o outro, de educadores, pais e alunos buscando, por dentro da lei, encontrar alternativas viáveis a democratização e universalização da educação e do ensino

4.1.2) Velhos dilemas, novos desafios

O sistema de saúde brasileiro vem passando por transformações radicais que modificaram substancialmente o pensar e o fazer em saúde. Essa radicalidade está refletida na reorientação dos seus grandes eixos norteadores:

- Na concepção do processo saúde-doença - de uma visão negativa, focada na doença e no indivíduo para outra positiva que favorece a construção de ambientes saudáveis com ações voltadas para a coletividade;
- No paradigma sanitário - centrado no modelo médico-assistencial e a biologia para um "modelo de atenção" que privilegia a qualidade de vida e o desenvolvimento global das comunidades com a participação dos cidadãos, e;
- Nas práticas em saúde - baseadas em ações curativas e de reabilitação para aquelas de promoção, prevenção e vigilância na perspectiva da produção social da saúde.
- No âmbito da gestão, a municipalização aponta novos papéis para o Ministério da Saúde (MS), as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), como também a reestruturação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e a relação entre o setor público e o privado.

Esse outro desenho técnico-institucional traz para cada uma dessas instâncias, novos desafios: descentralizar ações e serviços; coordenar pactos político-gerenciais; desenvolver processos de negociação institucional e, operacionalizar sistemas diversificados de gestão de forma orgânica e sistematizada, pela transferência de tecnologias e conhecimentos para o fortalecimento dos níveis locais.

As Normas Operacionais NOB/96 e NOAS/2001/2002, e suas regulamentações, destacam a realocação de pessoal do nível federal para estados e municípios, como uma diretriz fundamental para estruturação e reorganização dessas instâncias executoras dos

SUS. O processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças, instituído pela portaria 1.399 de 16/12/99, necessariamente exigia a aplicação dessa orientação em relação aos recursos humanos da FUNASA, envolvidos no controle de doenças transmitidas por vetores. O desafio posto é o de qualificar e requalificar essa força de trabalho, para o cumprimento do seu novo papel frente às exigências e especificidades dos níveis estadual e municipal, criando uma nova identidade para esses trabalhadores dentro do SUS.

Historicamente vinculados às atividades de campo e de educação em saúde, os guardas de endemias da FUNASA, se constituem em uma força de trabalho, diversificada e numerosa em todo o território nacional, com escolaridade variando do ensino fundamental ao ensino superior, e processos de trabalhos focados em endemias específicas. A constituição de processos de qualificação e requalificação em escala de massa, tal como o proposto nesse programa, comporta um desafio aos limites da modalidade de ensino presencial. (Gondim & Monken, 1997).

O grau de complexidade em que se situa o processo de trabalho em saúde decorrente das transformações em curso no mundo do trabalho, em especial aquele dos trabalhadores de nível médio, dada a sua inserção desigual no interior do setor, aponta para a necessidade de redefinição dos atuais perfis dos agentes dos serviços de saúde para construção de perfis e papéis mais amplos que ofereçam a esses trabalhadores a oportunidade de construir uma identidade profissional dentro do SUS. Tais questões trazem à reflexão novas abordagens na formação e no trabalho em saúde, dentre as quais a abordagem das competências.

4.1.3) O PROFORMAR;

A proposta se caracteriza como um programa de educação continuada, que estabelece estreita relação entre os conteúdos teórico-conceituais e os princípios e diretrizes do SUS, adequação da metodologia de ensino-aprendizagem, problematizadora e reconstrutiva, às transformações no processo de trabalho e a construção da cidadania, e a pertinência das estratégias pedagógicas às novas demandas das práticas sanitárias locais.

Nessa perspectiva, o PROFORMAR tomou como referência o arcabouço teórico-conceitual da vigilância em saúde/VS, colocada como eixo de um processo de reorientação dos atuais “modelos assistenciais” do SUS (Teixeira, C. et al, 1998, 2001).

O conceito de interdisciplinaridade imanente à vigilância em saúde reconstrói para o campo da saúde pública a possibilidade de pensar e fazer saúde a partir do contexto de cada realidade social, onde os acontecimentos que afetam a qualidade de vida das populações são decorrentes de interações e situações diversas. Essa reconstrução cognitiva acerca dos problemas e necessidades em saúde, ao mesmo tempo afirma a complexidade e a dinâmica da vida cotidiana e indica o espaço local como lugar singular para transformações das práticas de saúde (Gondim, 1999).

O desafio de qualificação coletiva decorrente de transformações nas práticas de saúde, seja na natureza e na organização do trabalho seja em decorrência da dinâmica das inovações tecnológicas, vem requerer estratégias de ensino e de aprendizagem que possibilitem formar trabalhadores em escala nacional. A proposta opta por utilizar a modalidade da Educação à Distância, conjugando-a a momentos presenciais, que complementam e materializam a relação pedagógica, viabilizando níveis crescentes de saber técnico, científico, ético e político.

A vigilância em saúde é o construto articulador dos conhecimentos a serem construídos, que estrutura um rol de competências e habilidades para esse “novo” agente das práticas sanitárias locais, redefinindo seu papel no interior das equipes de saúde das Secretarias de Saúde Estadual e Municipal, conformando um novo perfil profissional, para em seguida definir conteúdos, estratégias e meios necessários à sua consecução.

Dentro dos marcos da vigilância em saúde o papel do agente local de vigilância em saúde está apontado como o interlocutor entre o Sistema Único de Saúde e a comunidade, constituindo-se como elo de referência capaz de fomentar, articular, mobilizar práticas educativas e executar ações de promoção, vigilância e controle de riscos e agravos à saúde.

Seu processo de trabalho caracteriza-se como um processo institucional integrador, inserido em uma rede de relações hierarquizadas, seja no interior do próprio setor seja fora dele.

Nesse sentido deve ser orientado pela reflexão e a crítica sobre as práticas a serem desenvolvidas, a partir da contextualização dos diferentes cenários – político-econômico e sócio-sanitário, que se apresentam a cada tempo histórico, tendo como referência um território-processo e uma população. Assim podemos afirmar tratar-se de uma ação necessariamente sistemática e flexível, de caráter dialógico e comunicativo a ser executada por uma equipe multiprofissional, através do enfoque interdisciplinar, que propicia a integração intra-setorial e intersetorial, na perspectiva de se estabelecer

pactos e negociações para resolver problemas e atender necessidades da população em sua esfera de poder.

4.1.4) A rede PROFORMAR;

Para garantir a viabilidade pedagógica da proposta, conferir sustentabilidade político-operacional ao Programa e aferir qualidade e efetividade ao processo, foi elaborado um desenho organizacional em rede, que articula, simultaneamente, um sistema de gestão institucional compartilhado entre FUNASA e EPSJV a uma horizontalidade gerencial pactuada entre FUNASA, SES e SMS mediadas pelos Núcleos de Apoio à Docência (NAD) para tomada de decisões técnico-operacionais.

A rede se materializa por coordenações geral, gerências regionais e estaduais, e um sistema de tutorias locais, buscando construir uma malha de articuladores pedagógicos, habilitados para conduzir processos pertinentes às modalidades de ensino à distância e presencial, para garantir a execução seqüencial do Programa em amplitude nacional. (Gondim & Monken, 1997).

O aluno interage nessa trama, de forma direta e sistemática, através dos professores/tutores localizados nos NAD e em um território-população delimitado por seu processo de trabalho. O conhecimento é construído por meio de diferentes mídias e por momentos explicativos presenciais onde, se (re)elaboram conceitos e métodos, solucionam problemas, esclarecem questões e sistematizam o aprendizado.

Os tutores, vinculados à base da rede, se articulam com todas as outras instâncias gestoras do programa, num processo ascendente de planejamento e interlocução – é a base que imprime a direcionalidade do processo de ensino e aprendizagem. É nela que se realiza concretamente a construção do conhecimento, e se localiza o maior contingente de atores envolvidos, cerca de 26.660 alunos e 400 tutores no momento inicial.

4.1.5) O desenho do curso;

O curso inicial do Proformar se estrutura por 4 (quatro) momentos presenciais com alunos e tutores, onde se pretende realizar seminários de síntese, para re-significar os conteúdos teórico-práticos desenvolvidos pelo material didático e instrucional de campo, propiciando a troca de experiências e a resolução de questões pendentes; de 3 (três) unidades de aprendizagem e 7 (sete) módulos temáticos, onde os conteúdos

teóricos e práticos são trabalhados individualmente pelos alunos, e orientados à distância pelo tutor.

O desenho do curso inspirou-se na idéia de um currículo integrado, onde os conteúdos de ensino e de aprendizagem se orientam a partir da realidade social, buscando traduzir as funções que se desejam que o aluno cumpra em relação à vida cotidiana, aos indivíduos, à cultura e à sociedade, contextualizados em uma perspectiva histórico - crítica.

A utilização de uma modalidade de ensino que conjuga momentos à distância a momentos presenciais tem na pessoa de um tutor o elemento articulador das situações de aprendizagem. Esse professor-tutor irá, durante todo o desenrolar do curso desenvolver atividades práticas de significação do aprendizado, que possibilitarão aos alunos, seja nos momentos à distância seja nos momentos presenciais, realizar aproximações sucessivas com seu objeto de estudo – o diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida da população sob seus cuidados, para compreender de forma crítica e reflexiva, os processos produtores de saúde ou doença que ocorrem em um território-população, para agir comunicativamente sobre eles.

4.1.6) A prática educativa;

Para efetivar o processo de aprendizagem do primeiro curso de agentes locais de vigilância em saúde do PROFORMAR, foi necessário pensar em estratégias pedagógicas e didáticas, que possibilitassem, ao mesmo tempo, dialogar e interagir com o aluno e o tutor nos momentos à distância; viabilizar a problematização e significação do conhecimento nos momentos presenciais e, propiciar articulação entre teoria e prática, escola, serviços e comunidade.

O material didático foi pensado como um conjunto de ferramentas (meios), articuladas através da prática cotidiana dos alunos nos serviços e de um trabalho de investigação de campo, que instigasse a reconstrução do fazer e do pensar desses sujeitos, a partir do olhar contextualizado sobre o espaço de suas práticas locais.

Já o trabalho de campo - “ensaio de vigilância”, se caracteriza como uma atividade didático-pedagógica que articula teoria e prática através da coleta de informações, da produção de imagem fotográfica, e de mapa do território de atuação de cada profissional. Constitui-se como um processo investigativo - o diagnóstico das condições de vida e da situação de saúde de territórios, e deverá traduzir-se e concretizar-se em situações do cotidiano e de reflexão sobre a realidade local observada.

O trabalho de campo possui, simultaneamente, uma natureza educativa e investigativa. A primeira se afirma no interior do processo pedagógico, em função das mediações que estabelece entre os saberes e as práticas cotidianas, resignificando a aprendizagem na articulação escola-serviços-comunidade. A segunda se constrói, pela busca sistemática de informações sobre um território-população, através de metodologias quantitativas, qualitativas e técnicas de territorialização, revelando realidades sócio-sanitárias-espaciais e a articulação trabalhador-serviços-práticas.

O trabalho é dividido em etapas procurando relacioná-las aos conteúdos do material impresso, referentes aos módulos de cada uma das unidades de aprendizagem. Esse instrumento irá fornecer as informações necessárias à tomada de decisão, para formulação estratégica de um plano de ação em vigilância em saúde para o enfrentamento contínuo dos problemas de saúde identificados.

4.1.7) Buscando concluir;

Construímos uma proposta pedagógica que busca romper com a lógica prescritiva da pedagogia das competências que subjaz ao texto da LDB, substituindo-a na prática pela pedagogia da autonomia - das relações éticas, do respeito à dignidade e à própria autonomia do educando onde se pretende, em última análise, no processo de ensino e de aprendizagem construir sujeitos cognoscentes. Ensinar a partir da experiência dos alunos – com liberdade e ousadia, vis-à-vis uma proposta teórica sólida e uma metodologia consistente que permite, a cada movimento, (re)elaborar trajetões e configurações curriculares sem perder a unidade e o traço formador planejado.

Ao longo dessa trajetória, enfrentamos e nos associamos ao processo de “descentralização” empreendido pelo SUS, tendo na municipalização a sua mola propulsora, o qual nos traz à reflexão questões relevantes que vão influir e confluir para mudanças significativas nas práticas sanitárias a serem desenvolvidas nos sistemas locais de saúde, conseqüentemente na qualificação profissional de seus trabalhadores.

A heterogeneidade de configurações político-geográficas e de situações administrativo-sanitárias vai contribuir, em maior ou menor proporção, para autonomia de cada uma dessas instâncias, conseqüentemente, para a melhor ou pior estruturação do SUS em cada sistema local. Assim, quando as demandas de formação profissional são feitas em escala de massa e abrangência nacional, tendo como pressuposto a descentralização de força de trabalho para outros níveis do sistema, é preciso se ter claro a dimensão continental brasileira e sua realidade federativa.

O PROFORMAR portanto, se coloca como um programa valioso e oportuno no cenário atual do SUS, se configurando como estratégia indispensável para um novo ordenamento de ações e serviços, seja pelo recorte teórico que norteia sua proposta pedagógica - a promoção e a vigilância em saúde, seja por sua abrangência de massa, cuja imagem-objetivo é qualificar, simultaneamente, em todo território nacional, um contingente significativo da força de trabalho dos níveis fundamental e médio – 26.660 da FUNASA e 42.000 de Estados e Municípios, para desenvolverem ações de promoção e vigilância no controle de doenças e em epidemiologia. Esses profissionais qualificados dentro dos marcos estabelecidos pelo Programa poderão, em curto espaço de tempo, imprimir nas equipes de saúde e junto às populações novas formas de pensar o bem-estar social, na perspectiva de se construir práticas sanitárias coletivas e inovadoras, que tenham como fim a produção social da saúde e como estratégia uma ação educativa e comunicativa.

4.2) O trabalho de campo no processo de qualificação profissional: o caderno de atividades do trabalho de campo do 1º Curso de Desenvolvimento Profissional de Agentes Locais de Vigilância em Saúde do PROFORMAR².

O caderno de atividades do trabalho de campo – PROFORMAR Orientações para a realização das atividades de aprendizagem

As atividades apresentadas neste caderno visam auxiliar a reflexão sobre os temas essenciais dentre os tratados no curso, bem como orientar o ensaio de vigilância, através do trabalho de campo, para a elaboração do diagnóstico das condições de vida e situação de saúde do território.

Trabalho de Campo:
Diagnóstico das Condições de Vida e Situação de Saúde de Territórios

Apresentação

O curso de agentes locais de vigilância em saúde do PROFORMAR é estruturado por momentos de estudo em materiais didáticos, utilizados tanto à distância como nos momentos presenciais, divididos pelos módulos temáticos nas unidades de aprendizagem e por momentos de investigação - o trabalho de campo - que visa (re)construir conhecimentos necessários a sua competência técnica, possibilitando habilitá-lo naquilo que o identificará como AVISA (Agente Local de Vigilância em Saúde) dentro do SUS local.

Buscamos nas estratégias e proposições do Sistema Único de Saúde os fundamentos para sua execução, como forma de tornar viável um trabalho educativo na relação que ele estabelece com os serviços de saúde e a comunidade.

Os momentos de investigação colocam o AVISA em contato com o contexto local através da análise das condições de vida e saúde da população. Esse exercício de observação e pesquisa, visa elaborar um diagnóstico das condições de vida e situação de saúde local, na perspectiva de que os AVISA passem a reconhecer os problemas e as necessidades sociais da população no território, e desse modo, propor intervenções e práticas em saúde.

1) O que é o trabalho de campo de reconhecimento das condições de vida e situação de saúde do território?

A lei 8080/90 do SUS, busca reorientar a gestão do sistema, destacando o papel da esfera municipal enquanto responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde da população e das exigências de intervenção sanitárias em seu território. Como já visto, a vigilância em saúde é uma proposta nova de redefinição das práticas sanitárias.

O ponto de partida para o desencadeamento do processo de planejamento da vigilância em saúde, é o entendimento do sistema municipal de saúde local, isto é, o (re)conhecimento do território do município segundo as relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde pela população, que implica num processo de coleta e organização de dados demográficos, sócio-econômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários.

Esse reconhecimento compõe uma das ferramentas básicas da vigilância em saúde que é o planejamento estratégico situacional, pensado de forma contínua e ascendente a partir de um território definido. Essas bases territoriais contêm as informações referentes às condições de vida, saúde e dos serviços de saúde.

2) Objetivo

O objetivo geral é propiciar ao AVISA, através de um ensaio de vigilância no processo de aprendizagem, a elaboração de investigação de problemas e áreas de risco, de reconhecimento das condições de vida local, e o resgate da sua cidadania como sujeito histórico e trabalhador de saúde. Pretende-se que no processo formativo, os AVISA, elaborem um diagnóstico preliminar das condições de vida e situação de saúde do seu território de atuação profissional; que possibilite o reconhecimento da complexidade da realidade local a partir do território, identificando situações-problema e áreas de risco à saúde e que visualize um plano de ação mínimo para a vigilância dos problemas de saúde prioritários, utilizando-se de práticas comunicativas e educativas para atingir este propósito.

3) Como vamos fazer o trabalho de campo?

O trabalho é composto por três fases, divididos em sete módulos relacionados aos conteúdos dos livros referentes aos módulos de cada uma das unidades de aprendizagem que, ao interagir com a investigação, possibilita construirmos o diagnóstico com as observações desejáveis à formulação de um plano básico de ação de vigilância em saúde para atenção contínua dos problemas de saúde identificados.

Utilizaremos como recursos para a investigação:

- Roteiros de apoio à produção de imagens fotográficas (roteiro 3) para observação das condições de vida e de problemas de saúde;

- Pesquisa de informações secundárias e primárias, através de entrevista com os atores locais principais como, moradores, representantes de entidades civis e profissionais do sistema de saúde local e de outros setores (roteiro 1, 2, 4 e 6);
- Confeção de mapa básico do território (roteiro 5);

Roteiros

Os roteiros servem para apoiar e facilitar os AVISA na pesquisa. Os roteiros sugeridos para a orientação do trabalho de campo podem ser acrescidos de questionamentos novos propostos pelo próprio AVISA ou pelo tutor, desde que a proposta inicial sugerida seja mantida.

4) A definição do território base para o trabalho de campo

O território para a realização do trabalho de campo, pode:

1. Coincidir com o município, no caso do AVISA trabalhar na Secretaria Municipal de Saúde e o município ser de pequeno porte, ou pode ser um agregado de municípios em casos específicos de regiões menos povoadas. O território será igual ao município (ou agregado), correspondendo assim à área de abrangência da(s) Secretaria(s) Municipal de Saúde.
2. Ser parte(s) de um município, no caso do AVISA desenvolver seu trabalho em um ou mais centros ou unidades de atendimento a saúde no território. Pode ser um bairro, ou vários bairros, ou agregados de localidades povoadas, que correspondam à área de abrangência de uma ou várias unidades de saúde do município.

O trabalho será elaborado preferencialmente de forma individual, isto é, um aluno por território. No entanto, em casos de municípios que têm um número elevado de alunos para um ou mais tutores, em relação a uma quantidade inferior de unidades de saúde existentes, dificultando dessa forma a distribuição dos alunos por unidade de saúde, o trabalho de campo poderá ser feito em grupo de até dois ou três alunos por território-área de abrangência de unidade de saúde. O tutor deve ter um papel fundamental nesta distribuição.

5) As fases do trabalho de campo

O procedimento de pesquisa baseado na observação direta, intensiva e pessoal, dos fatos ou eventos, recebeu na ciência o nome de trabalho de campo. Apesar de incorporar a busca de fontes documentais de pesquisas já realizadas (secundárias), é principalmente a observação e a produção direta de dados e informações pelo pesquisador, através de instrumentos apropriados, o que caracteriza este método.

Baseia-se amplamente na observação, mas de modo estruturado e utilizando instrumentos que ajudem a exatidão e a padronização. Por exemplo, o uso do caderno de notas, deve ser potencializado ao máximo, através de um fichamento roteirizado no campo (roteiro 4) e acompanhado de outras formas de pesquisa como o mapeamento e a produção de imagens.

Tem como base, preferencialmente, a **compreensão já existente** pelo AVISA acerca das condições de vida e situação de saúde do território que estuda. Trata-se de um conhecimento fruto do recolhimento livre de sua experiência, principalmente quando se trata do próprio território de atuação profissional do AVISA. É o que torna a observação riquíssima, pois trata-se da possibilidade de construção de um novo conhecimento que se efetiva através do trabalho de campo.

Sustentado por esta bagagem de conhecimentos trazidos previamente pelo AVISA em sua vida cotidiana ou profissional e subsidiado pelos conteúdos contidos no material didático, o trabalho de campo elabora **levantamentos, descrições e análises das informações** obtidas, desde o módulo I até o V.

Após os levantamentos de informações, o AVISA fará uma descrição precisa onde pode, localizar, classificar, discriminar e definir efetivamente a realidade concreta das condições de vida e situação de saúde do território que pesquisa.

Este procedimento permite ao AVISA fazer uma análise contextualizada. Um estudo que resgata dos elementos da realidade das condições de vida e de situação de saúde, novos conhecimentos, que possibilitam identificar as situações-problema e as potencialidades locais para a solução.

Já na fase do trabalho de campo do módulo VI, através do resultado das análises e das sínteses, o AVISA irá procurar reconhecer e elaborar visões encadeadas que subsidiem a **tomada de decisão**.

Com o mergulho que o AVISA é obrigado a empreender na realidade das condições de vida e situação de saúde do território pesquisado, viabiliza-se a

reconstrução do conhecimento e a interação entre o AVISA e a realidade observada. Esta fase, é um produto da re-visão (ou da reflexão) da realidade das condições de vida e situação de saúde do território. Permite ao AVISA produzir um **plano de Ação** de caráter educativo-comunicativo para o enfrentamento das situações-problema identificadas, de acordo com as especificidades encontradas no território pesquisado no trabalho de campo.

Desta forma, teremos três fases do trabalho de campo:

- Fase 1: Levantamento, descrição e análise de informações para o (re)conhecimento das condições de vida e da situação de saúde do território (Módulos I, II, III, IV e V);
- Fase 2: Subsídios para a tomada de decisão – O planejamento estratégico-situacional de práticas de vigilância em saúde para resolução do(s) problema(s) identificado(s) (Módulo VI);
- Fase 3: Plano de ação: estruturação das práticas comunicativas e educativas de promoção e proteção nas áreas de atuação da vigilância em saúde: vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica (Módulo VII).

6) Forma de apresentação dos resultados das pesquisas e das análises

A ficha de pesquisa e análise

- Para cada trabalho de campo dos sete módulos das três unidades de aprendizagem, os resultados relativos às atividades exigidas serão entregues pelo AVISA, através de uma ficha correspondente, contendo o conteúdo dos resultados da pesquisa e as análises realizadas pelos AVISA;
- A forma de apresentação dos resultados da pesquisa deve ter a seqüência das atividades e das análises exigidas;
- Uma cópia ficará com o AVISA e uma outra, também com a pesquisa e as análises requeridas, deverão ser entregues ao tutor no momento presencial correspondente;
- A ficha de pesquisa e análise para ser entregue ao tutor nos momentos presenciais, também podem ser acrescidas de resultados e comentários propostos pelo AVISA ou pelo seu tutor, além do que foi sugerido no caderno de atividades.

As atividades

Serão cinco tipos de atividades:

- Levantamentos e descrições de informações através de roteiros sugeridos;
- Elaboração de mapas com localizações e relações geográficas;
- Produção e análise de imagens fotográficas;
- Análise de viabilidade - aspectos positivos e negativos referente às condições de vida e situação de saúde no território-população;
- Elaboração de diagnóstico de condições de vida e situação de saúde com planilhas de planejamento e programação local da saúde.

7) Recomendações para realizar as atividades

- Leia com atenção o enunciado de cada atividade e as análises propostas antes de respondê-las;
- Ao fazer as análises propostas siga os seguintes passos: 1º) Reúna o material necessário referente àquela análise (livros-texto dos módulos; pesquisas; mapas; análises fotográficas); 2º) Defina previamente a idéia central de sua análise; 3º) Faça antecipadamente um esboço ou “esqueleto” da análise; 4º) Faça um rascunho; 5º) Releia o rascunho para se certificar de que é isto mesmo que você pretende escrever; 6º) Passe sua análise a limpo.
- Não existe um espaço definido para suas análises. Porém, evite elaborar análises muito longas.
- Você pode escrever suas análises à mão em folhas de papel. Procure apresentá-las da melhor forma a fim de facilitar a leitura pelo seu tutor. Indique claramente a análise que você está se referindo.
- Os resultados da pesquisa de cada módulo devem ser apresentados nos momentos presenciais .
- Em caso de dúvida entre em contato com seu tutor por telefone ou se possível encontre-o no NAD no horário estabelecido para o plantão para o esclarecimento de dúvidas.

UNIDADE DE APRENDIZAGEM I

MÓDULO 1: O SUS e as práticas de saúde locais

TRABALHO DE CAMPO

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES:

As atividades de pesquisa deste módulo visam iniciar a elaboração do diagnóstico com as seguintes tarefas: comece a elaboração do mapa, mesmo que a orientação para a confecção de mapas e de entendimento de território aconteça somente no módulo III. O propósito desta antecipação visa a definição e visualização da área de abrangência do trabalho de campo, seus limites físicos, para que assim se efetive a coleta localizada das informações dos módulos iniciais (I e II). Tenha como apoio inicial de orientação do mapeamento o roteiro 5.

As informações referentes ao conteúdo temático do módulo I, visam o reconhecimento da potencialidade de ação do poder público e da capacidade de mobilização da sociedade civil e a possibilidade de interação entre governo e sociedade local para a resolução de problemas com o fortalecimento da ação comunitária. As condições operativas do SUS local.

Após o levantamento das informações o AVISA deverá apontar as facilidades e dificuldades inerentes às possibilidades de ação setorial, intersetorial e das potencialidades de ação da sociedade civil local. Para isso, se utilizará basicamente de pesquisa de dados, já existentes em órgãos do poder público, de informações obtidas em entidades civis e a observação e identificação no campo. Através do questionário para entrevista (roteiro 1) poderá obter a percepção das entidades civis acerca da situação de saúde local.

ATIVIDADES

Objetivo das atividades	Informações necessárias	Onde e como realizar a pesquisa	Finalidade
1. Início da elaboração do mapa do território base de operacionalização do Trabalho de Campo	Limites (contorno) do Município, ou da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde, bairros, localidades, áreas de atuação do PACS/PSF etc.	Produção baseada na observação em campo e de mapas oficiais de prefeituras	Definição da abrangência territorial do trabalho de campo
2. Levantamento do poder público municipal	Estrutura da Secretaria de Saúde e da Unidade de Saúde de referência do território base (Programas de Saúde; equipes); Serviços de saúde -rede pública e privada do SUS no município e no território base; outras secretarias de governo municipal.	Prefeitura Municipal e Secretaria de Saúde. Entrevistar chefias acerca das facilidades e dificuldades de atuação (fazer as perguntas baseadas nos resultados exigidos – ver em seguida)	Diagnóstico das condições de ação do poder público municipal.
3. Levantamento das formas de organização social	Conselhos Municipais de Saúde e de Meio Ambiente; Associações de moradores e lideranças comunitárias locais do território base; ONGs; creches; parteiras e outros serviços para a saúde não formais existentes	Prefeitura Municipal e Secretaria de Saúde; Observação de campo; Entrevistar informante-chave - 1 questionário para cada entidade identificada (ROTEIRO 1)	Diagnóstico das condições de ação da sociedade civil organizada.

RESULTADOS

A ficha de pesquisa e análise com a atividade I deve ser entregue ao tutor pelo AVISA no 2º momento presencial para o arquivamento que visa reunir as informações para a elaboração final do diagnóstico e para avaliação de seu processo de aprendizagem. O mapeamento exigido na atividade II deve ser apenas discutido e aprimorado com a ajuda do tutor no 2º momento presencial.

- I. Descrever facilidades e dificuldades para a ação da vigilância em saúde

- 1) Quanto à existência de estrutura (departamentos, programas e equipes), dos serviços de saúde pela Secretaria Municipal de Saúde e de serviços privados para a assistência a saúde local;
 - 2) Quanto à qualidade e acessibilidade (geográfica, econômica e cultural) dos serviços de saúde local;
 - 3) Quanto à regionalização, hierarquização e integração das ações (horizontal e vertical) do município para a atenção integral à saúde;
 - 4) Quanto à existência de ações conjuntas entre a Secretaria de Saúde e outras secretarias de governo municipal e/ou estadual;
 - 5) Quanto à existência de entidades civis organizadas no município que desenvolvem projetos de assistência social e da saúde para a população;
 - 6) Quanto à existência de ações conjuntas entre as entidades civis e a Secretaria de Municipal Saúde.
- II. Elaborar um esboço/desenho/croqui (forma livre) inicial do território e descrever seus limites norte, sul, leste e oeste (ver livro do módulo III da 1ª Unidade de Aprendizagem como definir os pontos cardeais)

MÓDULO II – O Processo de Trabalho da Vigilância em Saúde

TRABALHO DE CAMPO

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

O propósito da atividade é identificar a capacidade de ação das estruturas operacionais das vigilâncias no município dentro de suas especificidades, verificar a existência ou não destas práticas e as possibilidades de integração entre as vigilâncias.

Objetivo das atividades	Informações necessárias	Onde e como realizar a pesquisa	Finalidade
1. Identificação das ações nas estruturas operacionais da Vigilância em Saúde	Ações de Vigilância Ambiental (controle de resíduos, da água, de vetores e de uso de agrotóxicos); Ações de Vigilância Sanitária (alimentos, medicamentos, produtos de limpeza e cosméticos e serviços de saúde); Ações de Vigilância Epidemiológica (ocorrência e distribuição de doenças, cobertura vacinal)	Secretaria de Saúde do município Entrevista com chefias destas áreas – quanto à existência de suas ações específicas (tipo e de que forma) e de integração – facilidades e dificuldades.	Diagnóstico do Processo de Trabalho da Vigilância em Saúde

RESULTADOS:

A ficha de pesquisa e análise com a atividade II deve ser entregue pelo AVISA ao tutor no 2º momento presencial para o arquivamento que visa reunir as informações para a elaboração final do diagnóstico e para compor a avaliação da aprendizagem. Descrever as facilidades e dificuldades do funcionamento das estruturas operacionais da vigilância em saúde

1. Quanto à operacionalização das diversas ações de cada uma das estruturas operacionais:

- Vigilância Ambiental - controle de resíduos, da água, de vetores e de uso de agrotóxicos;
 - Vigilância Sanitária - alimentos, medicamentos, produtos de limpeza e cosméticos e serviços de saúde;
 - Vigilância Epidemiológica - ocorrência e distribuição de doenças, cobertura vacinal;
 - Existência de ações voltadas para a atenção à saúde de populações específicas – indígenas etc.
2. Quanto à articulação das operações entre as vigilâncias;
 3. Quanto à existência de certificação para as atividades e metas propostas para a PPI/ECD – Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças estadual com o município;
 4. Quanto à existência ou possibilidade de ações educativas e comunicativas no processo de trabalho da secretaria de saúde local.

MÓDULO III – O Território e a Vigilância em Saúde

TRABALHO DE CAMPO

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES:

A finalidade destas atividades é identificar problemas e potencialidades locais, a partir da observação das condições de vida da população, principalmente através da percepção da própria comunidade local (roteiro 1). Utiliza-se desse modo, da pesquisa em banco de dados, entrevistas, localizações em mapa e a produção de imagens que devem seguir o roteiro 3.

As fotografias devem ser produzidas com muito critério e cuidado, pois o filme disponível para esta fase é de doze poses. O roteiro 3 em anexo relaciona uma série de aspectos relativos as condições de vida e situação de saúde. Procure produzir fotos relativas as atividades sugeridas neste módulo, pois a produção fotográfica continuará, com outro filme de doze poses, no módulo IV da 2ª Unidade de Aprendizagem.

A pesquisa histórica visa identificar aspectos importantes relativos à origem da população e aspectos físicos naturais do território que possam contribuir para a explicação de problemas ambientais referentes à ocupação do território, como áreas baixas, aterros, canalização de rios etc. Assim como, a existência de hábitos e comportamentos relacionados à cultura original (migrantes) de uma mesma região ou lugar do país, do estado ou da própria cidade.

Os levantamentos de informações sobre aspectos do perfil demográfico são importantes para identificar a estrutura da população relativa às faixas etárias, o nível de renda e sexo predominantes.

Deverá ser realizada a identificação e localização no mapa, dos recursos do ambiente natural e construído e a descrição da forma como a população se utiliza destes recursos sociais (naturais, culturais e econômicos) do território local.

ATIVIDADES

Objetivo das atividades	Informações necessárias	Onde e como realizar a pesquisa	Finalidade
1. Redação sintética da história da ocupação populacional do município e no território base;	Textos históricos que narram a história do município e da ocupação populacional no território base;	Bibliotecas municipais e de escolas públicas; Consulta a moradores antigos, professores e lideranças religiosas;	Identificar origens históricas de problemas relacionados ao uso do solo e de segregação populacional; Reconhecer identidades;
2. Levantamento demográfico do município e no território base;	População total do município e do território base; Por Sexo e faixa etária do município e do território base; Por escolaridade e renda do município e do território base (caso não existam dados oficiais, fazer uma estimativa com representantes da prefeitura e com o seu tutor).	Bancos de dados da Prefeitura municipal e da Agência local do IBGE, ou em outros órgãos;	Diagnóstico do perfil demográfico;
3. Identificar os recursos sociais, culturais e de infra-estrutura de uso coletivo da população no território base;	Levantamento da oferta de transporte para a população (linhas de ônibus, barcos e estações e portos) e do transporte de animais; Levantamento da oferta de escolas públicas e privadas existentes; Levantamento e qualidade das estradas, grandes avenidas e de ruas (pavimentadas; precárias); Levantamento dos índices de segurança pública (cobertura e principais eventos locais) Levantamento e qualidade dos espaços de lazer e cultura; formais e informais (campo de futebol, clubes, associações culturais e igrejas);	Secretarias de Saúde, Educação, Cultura; Transporte - para o levantamento. Entrevista (amostragem) com 20 moradores do território (ROTEIRO 2); Identificação de campo (ROTEIRO 4) com localização no mapa (ROTEIRO 5); Produção fotográfica (ROTEIRO 3);	Diagnóstico das condições sócio-culturais e de infra-estrutura de uso coletivo da população;
4. Identificar as condições ambientais do território base e localizar no mapa	Características físicas: morros, encostas, baixadas, margens de rios e canais; Uso do solo predominante: residencial, industrial, comercial, agrícola, área de floresta e de preservação. Declividade: muito íngreme, íngreme, plano; Espaços naturais e objetos construídos degradados: desmatamentos; terrenos baldios; construções abandonadas; atividades industriais (tipo e produção); plantações (tipo de propriedade e produção principal); atividades de comércio de interesse para a vigilância em saúde (borracheiros; ferros-velhos; materiais de construção; mercados; comercio informal; abatedouros etc)	Entrevista com informantes-chave para a avaliação das condições ambientais (ROTEIRO 1 e 2); Identificação de campo (ROTEIRO 4) com localização no mapa (ROTEIRO 5); Produção fotográfica com roteiro de produção de imagens (ROTEIRO 3)	Diagnóstico das condições do ambiente natural e localização de situações-problema;

RESULTADOS

A ficha de pesquisa e análise com as atividades III deve ser entregue pelo AVISA ao seu tutor no 2º momento presencial para arquivamento que visa reunir as informações para elaboração final do diagnóstico e para compor a avaliação de seu processo de aprendizagem. A atividade 2 referente ao mapa, deve ser apresentada já num modelo mais desenvolvido em relação ao anterior, acrescido das tarefas de localização solicitadas, para ser discutido e aprimorado com seu tutor no momento presencial.

I) Descrever as facilidades e dificuldades das condições de vida para a vigilância em saúde

Para responder deve se basear nas respostas obtidas nas entrevistas realizadas através dos questionários em anexo, na pesquisa em banco de dados e na observação de campo.

1. Quanto às origens históricas da ocupação populacional no território (predominância ou não de migrantes e imigrantes, aspectos físicos-ambientais do solo ocupado);
2. Quanto à organização territorial da população. Diz respeito primeiro com a localização/distribuição da população urbana e rural e também com a diversidade de tipos de ocupação espacial, ou seja: residencial - da população pelo território do trabalho de campo (áreas segregadas – favelas ou áreas carentes; condomínios; loteamentos; assentamentos); ocupação de uso industrial, comercial e agrícola.
3. Quanto às características da composição da população (da predominância de população jovem ou idosa, de sexo, do nível de renda e de desemprego e escolaridade);
4. Quanto às condições do ambiente natural e dos recursos sócio- culturais e econômicos e da infra-estrutura de uso coletivo (ambiente construído) pela população;

- I. Apresentar um mapa artesanal com as localizações solicitadas nas atividades II e IV e a delimitação das áreas do território do AVISA (conforme orientação da página 20 do livro do módulo III – 1ª Unidade de Aprendizagem).

Para você elaborar o mapa deverá ter como base o texto “Mapeamento como Ferramenta do AVISA” do módulo III da 1ª Unidade de Aprendizagem e o roteiro 5.

III. Análise das imagens da produção fotográfica realizada

A Produção das legendas das fotos deverá seguir os seguintes passos;

1. Descrição: a imagem quanto ao cenário, a aparência, a forma e os aspectos dos objetos físicos apresentados e as ações da população no cotidiano;
2. Contexto: a essência da imagem – situação do cotidiano produzida pela sociedade no sentido social, econômico, cultural e ambiental.
3. Interação: contexto x saúde: A relação que a imagem apresentada tem para as condições de vida e situação de saúde do território;
4. Como você enquadraria a foto na classificação do roteiro de produção de imagens – roteiro 3

UNIDADE DE APRENDIZAGEM II

MODULO IV – Trabalho e Ambientes Saudáveis

TRABALHO DE CAMPO

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

A pesquisa neste módulo tem como objetivo dar continuidade ao levantamento das condições ambientais e sanitárias da comunidade e das moradias. Busca-se também realizar a primeira aproximação com a definição de situações-problemas prioritários para que seu enfrentamento seja planejado estrategicamente no módulo VI do curso. Visa ainda reconhecer os processos de trabalho e os riscos ambientais de tais atividades para o ambiente comunitário e do trabalho. Utiliza-se desse modo, da pesquisa em banco de dados, entrevistas, localizações em mapa e produção de imagens que devem seguir o roteiro do anexo 3. As fotografias devem ser produzidas com muito critério e cuidado, pois o filme disponível para esta fase também é de 12 poses. O roteiro em anexo relaciona uma série de aspectos relativos as condições de vida e situação de saúde. Procure produzir fotos relativas as atividades sugeridas para este módulo IV da 2ª Unidade de Aprendizagem.

ATIVIDADES

OBJETIVO	TEMAS PARA INVESTIGAÇÃO	ONDE REALIZAR	FINALIDADE
1. Identificar as condições ambientais sanitárias, nos ambientes comunitários e da moradia, as situações-problemas e necessidades sociais da população distribuída no território base:	<p>Recursos hídricos; rios, lagoas, igarapés, canais etc; limites da bacia hidrográfica principal no território.</p> <p>Abastecimento de água: rede encanada regular; irregular; ligações clandestinas; uso de fontes, poços, bicas, riachos etc.</p> <p>Esgotamento sanitário; rede oficial; fossas (sépticas, úmidas, rudimentares); esgotos a céu aberto, ausente;</p> <p>Eletricidade: rede oficial; ligações clandestinas, ausente;</p> <p>Coleta de lixo; regular; irregular, lixo acumulado em lugares/queimado/jogado etc</p> <p>Condições da habitação da população predominante: precária, semiprecária, permanente.</p> <p>Densidade das habitações: baixa, regular, elevada</p> <p>Drenagem de chuva; rede oficial; precária; semiprecária;</p> <p>Identificação preliminar de Situações –problemas de risco sócio-ambiental como:</p> <p>Rios ou lagos contaminados; ocupação irregular (encostas e margens de rios); terrenos baldios; construções abandonadas; resíduos de atividades industriais; uso de defensivos agrícolas em plantações; e de atividades de comércio de interesse para a vigilância em saúde (borracheiros; ferros-velhos; materiais de construção, abatedouros, mercados, comercio informal); Identificação e localização de necessidades sociais nos bairros, localidades, condomínios, assentamentos etc.</p>	<p>Secretarias de Habitação, e Saneamento, Meio Ambiente;</p> <p>Informante-chave (ROTEIRO 1);</p> <p>Identificação de campo com registro fotográfico (ROTEIRO 3 e 4);</p> <p>Localização no mapa das situações-problemas (ROTEIRO 5)</p>	<p>Análise das condições ambientais e sanitárias da moradia e primeira aproximação de definição de situações-problemas e de risco sócio-ambiental.</p>
2. Reconhecer o seu e outros processos de trabalho, os riscos das atividades produtivas individuais e coletivos	<p>Quantidade de trabalhadores que desenvolvem a mesma atividade no território (PACS/PSF): distribuição territorial e por unidades de saúde; Outros processos de trabalho que intervêm em seu território de atuação(Agentes municipais de saneamento, de meio ambiente etc;</p> <p>Identificação de Situações – problemas de risco de processos produtivos formais ou informais perigosos à saúde do trabalhador e da população.</p>	<p>Entrevista com informante-chave nas Unidades de Saúde; Comissões de Saúde do Trabalhador; Delegacias Regionais do Trabalho.</p>	<p>Análise condições de risco: seu processo de trabalho e de processos perigosos no território</p>

RESULTADOS

A ficha de pesquisa e análise com atividade I deve ser entregue pelo AVISA ao seu tutor no 2º momento presencial para arquivamento que visa reunir as informações para elaboração final do diagnóstico e para compor a avaliação de seu processo de aprendizagem.

A atividade II deverá ser entregue pelo AVISA ao tutor com as fotografias e as legendas produzidas conforme a orientação abaixo.

- I. Descrever as facilidades e dificuldades para a vigilância em saúde dos ambientes do trabalho e da comunidade;

Para responder deve se basear nas respostas obtidas nas entrevistas realizadas através dos questionários em anexo, no mapeamento e na pesquisa em banco de dados e na observação de campo.

1. Quanto às condições ambientais e sanitárias, comunitária e das moradias da população no território e dos serviços de: água, esgoto, lixo, eletricidade e drenagem de água
2. Quanto às condições dos ambientes para a saúde nos processos de trabalho predominantes no território – atividades/riscos principais;
3. Quanto às situações-problemas e os riscos sócio-ambientais identificados no território;

- II. Análise das imagens da produção fotográfica realizada:

A produção das legendas das fotos deverá seguir os seguintes passos;

- Descrição: a imagem quanto ao cenário, a aparência, a forma e os aspectos dos objetos físicos apresentados e as ações da população no cotidiano;
- Contexto: a essência da imagem – situação produzida pela sociedade. O uso no sentido social, econômico, cultural e ambiental do território da vida cotidiana.
- Interação: contexto local x saúde: A relação que a imagem apresentada tem para as condições de vida e situação de saúde do território;
- Como você enquadraria a foto na classificação do roteiro de produção de imagens – roteiro 3

MÓDULO V – Informação e Diagnóstico de Situação de Saúde

TRABALHO DE CAMPO

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

Esta fase do trabalho de campo conclui o levantamento de informações através dos dados sobre o estado de saúde da população.

A montagem do diagnóstico final tem uma estrutura básica que é apresentada no roteiro 7.

ATIVIDADES

Objetivo	Temas para investigação	Onde pesquisar	Finalidade
1. Levantamento do perfil de morbimortalidade do município e do território base;	Número de óbitos, segundo causa básica e faixa etária; Frequência de doenças de notificação obrigatória; Problemas de saúde identificados pelas lideranças comunitárias locais;	Secretaria de Saúde (SIM; SINAM); Entrevista com Informante-chave dos serviços de saúde da comunidade (Gerente de US; Departamento de Epidemiologia; Secretaria de Saúde). Utilizar o ROTEIRO 6 e o ROTEIRO 1.	Análise epidemiológica da situação de saúde de comunidade;
2. Fechamento da Parte 1 do Diagnóstico - ROTEIRO 7;	As informações devem ser reunidas e agrupadas de acordo com o modelo – ROTEIRO 6 para consulta e montagem final (Fase I, II e III).	Apresentado e discutido no 3º momento presencial	

RESULTADOS

A ficha de pesquisa e análise com atividade I deve ser entregue pelo AVISA ao seu tutor no 2º momento presencial para arquivamento que visa reunir as informações para elaboração final do diagnóstico e para compor a avaliação de seu processo de aprendizagem.

- I. Descrever as facilidades e dificuldades da situação de saúde da população no território;
 1. Quanto à identificação das principais doenças no território e região no entorno segundo a faixa etária;
 2. Quanto à percepção das autoridades locais de saúde em relação aos problemas de saúde e das doenças endêmicas na região.

- II. Desenvolvimento final e fechamento do diagnóstico das condições de vida e situação de saúde do território;

Reúna todas as fichas de pesquisa e análise elaborados ao longo do curso com os resultados parciais da investigação e que foram entregues ao seu tutor, o mapa confeccionado, as fotografias analisadas, os questionários e as entrevistas. Com isso o AVISA terá condições de escrever o diagnóstico de condições de vida e situação de saúde do território, conforme o modelo apresentado no anexo 6. Este exercício servirá como subsídio informativo para o planejamento além de permitir a seleção dos problemas prioritários. O diagnóstico deve ser apresentado e discutido no 3º momento presencial.

UNIDADE DE APRENDIZAGEM III

MÓDULO VI – O Planejamento em Saúde e Práticas Locais

TRABALHO DE CAMPO

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

Neste módulo realizaremos a etapa do trabalho de campo para a tomada de decisão através do planejamento estratégico-situacional de práticas de vigilância em saúde para a resolução dos problemas e necessidades de saúde identificados. A primeira atividade diz respeito com a identificação de problemas e sua priorização. A segunda tem haver com o desenho de cenários futuros tendo como base o diagnóstico realizado na primeira etapa do trabalho de campo de pesquisa de informações e de uma primeira aproximação com a identificação de situações-problema. Estas atividades são apresentadas e discutidas no livro do módulo VI através de uma proposta de oficina que pode ser realizada internamente ao grupo do trabalho de campo ou individualmente no caso de trabalhos de campo com apenas um componente. Neste caso específico, a sugestão da oficina deve ser compreendida e adotada como os passos que são feitos para a realização do planejamento estratégico. Estes passos partem da elaboração de uma árvore de problemas (vide livro) baseada no diagnóstico das condições de vida e situação de saúde em que se realizou a identificação de determinantes e condicionantes , as causas e suas consequências e as facilidades e dificuldades inerentes a cada um dos problemas para instrumentalizar as operações previstas para o plano de ação.

ATIVIDADES

- 1) Descrição e explicação de três problemas prioritários implicados: na situação de saúde da população; no funcionamento da vigilância em saúde e na capacidade de ação da comunidade local.
- 2) Definição e desenvolvimento da situação-objetivo: objetivo geral e objetivos específicos;

RESULTADOS

Elaborar instrumento de planejamento para a explicação das situações-problemas, desenvolvendo as ações de acordo com os modelos de planilhas apresentados no livro do módulo VI de “Planejamento em Saúde e Práticas Locais”. As planilhas com resultado do planejamento deverão ser acrescentadas ao diagnóstico das condições de vida e situação de saúde consistindo na sua segunda etapa (ver estrutura no roteiro 7) referente à tomada de decisão.

MODULO VII – Educação e Ação Comunicativa

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

A atividade visa elaborar o plano de ação da vigilância em saúde. Este plano de ação tem como eixo a prática educativa e comunicativa de promoção e proteção por área de atuação da vigilância em saúde. São planos que contemplam estratégias educativas e/ou comunicativas nas ações das áreas de atuação do AVISA com e para a população simultaneamente para práticas de saúde intrasetoriais e intersetoriais do poder público municipal, estadual e federal. Esta atividade deve ser apoiada pelo item sobre a programação local, conteúdo do livro do módulo VI de “Planejamento em Saúde e Práticas Locais”.

ATIVIDADE

- 1) Elaboração de planilhas com a programação operativa do plano de ação para a estruturação do processo de trabalho da vigilância em saúde através de práticas educativas e comunicativas para as três situações-problemas identificadas; Objetivo específico; ação educativa-comunicativa; atividades; responsabilidades e período de execução.
- 2) Identificação de parcerias intersetoriais no poder público e na sociedade civil para a discussão do diagnóstico de condições de vida e situação de saúde do que compreende o levantamento de informações, do planejamento e do plano de ação.

RESULTADOS

Plano de ação educativo e comunicativo de promoção e proteção nas áreas de atuação da vigilância em saúde : vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica.

- Tanto o planejamento realizado no módulo VI, como o plano de ação elaborado neste módulo devem ser apresentados e discutidos no 4º momento presencial

Questionário 1

A percepção da sociedade civil e do setor saúde sobre as condições de vida e a situação de saúde da população no território

Roteiro para entrevista com representantes de entidades civis como as associações de moradores, (presidente, diretor etc), gerentes de serviços de saúde

1.Nome _____ **Nome da Entidade** _____
Função na Entidade _____ **Objetivo da entidade** _____
Bairro _____

2.Recursos das moradias - predominante no território do trabalho de campo
(bairro/localidade etc):

Tipo: () Tijolo () Madeira () Tijolo e Madeira () Papelão () Outros _____

Estado: () Bom () Regular () Ruim

3.Recursos sanitários dos domicílios – predominante no território:

Abastecimento de água

() Encanada dentro () Encanada fora () Poço () Carro-tanque () Outros: _____

() Diária permanente () Irregular () Não tem. Onde abastecem? _____

Como avalia a qualidade de água no território? () Boa () Regular () Má

Coleta de lixo: () Diária () Dias alternados () Irreg. () Não tem. Onde deposita? _____

Tipo (condução) de esgoto: () Rede () Valão () Fossa () Canalizada () Outros: _____

4.Como se sente em relação ao meio ambiente de vida no território bairro/localidade?

() Satisfeito () Pouco satisfeito () Insatisfeito () Muito insatisfeito

Normalmente como se apresenta em seu bairro/localidade:

Contaminação do ar () Não tem () Regular () Grave Causa? _____

Contaminação da água () Não tem () Regular () Grave Causa? _____

Drenagem de chuva () Não tem () Regular () Grave Causa? _____

Os ruídos () Não tem () Regular () Grave Causa? _____

Os odores () Não tem () Regular () Grave Causa? _____

Os vetores () não tem () Regular () Grave Causa? _____

5.Como se sente em relação aos recursos sociais do território?

Serviços de saúde: () Satisfeito () Pouco satisfeito () Insatisfeito () Muito insatisfeito

Educação: () Satisfeito () Pouco satisfeito () Insatisfeito () Muito insatisfeito

Transporte: () Satisfeito () Pouco satisfeito () Insatisfeito () Muito insatisfeito
Comércio: () Satisfeito () Pouco satisfeito () Insatisfeito () Muito insatisfeito
Segurança Pública: () Satisfeito () Pouco satisfeito () Insatisfeito () Muito insatisfeito
Lazer e cultura: () Satisfeito () Pouco satisfeito () Insatisfeito () Muito insatisfeito
Avenidas, ruas e estradas: () Satisfeito () Pouco satisfeito () Insatisfeito () Muito insatisfeito

6.Existe alguma atividade produtiva, vias de circulação ou de outros tipos no território rio (e/ou entorno) que afete as condições de vida local (indústrias, plantações, comércio, estradas, portos, florestas, grandes relevos)?

Qual? _____ De que forma? _____.

7.Como qualifica a situação de saúde (no sentido coletivo) dos moradores do território bairro/localidade? () Boa () Regular () Ruim

8.Quando as pessoas do bairro adoecem onde procuram atendimento?

Local(bairro; cidade) : _____. Nome do serviço de saúde: _____.

9.Quais são as doenças mais freqüentes no bairro/localidade?

_____ ; _____ ; _____ ;

10.Quais são os três problemas mais graves no bairro/localidade?

_____ ; _____ ; _____ ;

Comentários gerais sobre os principais problemas de saúde e das condições de vida da população local.

Questionário 2

A percepção da população sobre as condições de vida e a situação de saúde no território

- Produção de cerca de 20 entrevistas (amostragem qualificada) com a população local;
- As entrevistas devem ser feitas respeitando proporcionalmente o sexo, a faixa etária (20% de 15 a 25; 30% de 26 a 35; 30% de 36 a 45; 20% de + 45) e a distribuição espacial das pessoas no território.

1. Identificação:

Endereço: _____ Data _____

Tempo de residência no local: _____ Procedência (última moradia: bairro; localidade; cidade; município; estado): _____

Pessoas na casa () Idade: () 0 a 5 () 6 a 15 () 16 a 40 () 41 a 59 () +60. Famílias na casa ().

2. Escolaridade (família):

- () analf. () fundamental inc. () fundamental com. () médio inc. () médio com.
- () superior com; () superior inc..

3. Quantas pessoas trabalham na casa ?()

Ocupações: _____; _____; _____.

Bairros/localidades/cidades onde trabalham: _____ Renda média/casa: _____

4. Recursos da Moradia:

Tipo: () Tijolo () Madeira () Tijolo e Madeira () Papelão () Outros _____

Estado: () Bom () Regular () Ruim

Aparelhos domésticos: () geladeiras () TVs () telefone () automóvel

5. Recursos sanitários do domicílio:

Abastecimento de água: () Encanada dentro () Encanada fora () Poço/Tipo _____ () Carro-tanque () Outros: _____ () Diária permanente () Irregular () Não tem. Onde abastece? _____

Como avalia a qualidade da água? () Boa () Regular () Ruim.

Coleta de lixo: () Diária () Dias alternados () Irreg. () Não tem. Onde deposita? _____

Tipo (condução) de esgoto: () Rede () Valão () Fossa () Canalizada () Outros _____

Animais domésticos na casa. () Quantos Espécie _____

6. Como se sente em relação ao meio ambiente de seu bairro ou localidade?

Satisfeito Pouco satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito

Normalmente como se apresenta em seu bairro/localidade:

Contaminação do ar Não tem Regular Grave Causa? _____

Contaminação da água Não tem Regular Grave Causa? _____

Drenagem de chuva Não tem Regular Grave Causa? _____

Os ruídos Não tem Regular Grave Causa? _____

Os odores Não tem Regular Grave Causa? _____

Os vetores e roedores Não tem Regular Grave Causa? _____

7. Como se sente em relação aos recursos sociais de seu bairro/localidade e entorno?

Serviços de saúde: Satisfeito Pouco satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito

Educação: Satisfeito Pouco satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito

Transporte: Satisfeito Pouco satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito

Comércio : Satisfeito Pouco satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito

Lazer e cultura: Satisfeito Pouco satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito

Segurança pública: Satisfeito Pouco satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito

Qualidade das avenidas/ruas/estradas: Satisfeito Pouco satisf. Insatisf. Muito insatisfeito

8. Como qualifica a sua condição de saúde?

Boa Regular Ruim

9. Quando adoecem onde procuram atendimento?

Local (bairro; cidade) _____ Nome do serviço de saúde _____.

10. Como qualifica a saúde de seus filhos ou pais : Boa Regular Ruim

11. Sofrem de alguma doença? (chefe e família) Não Sim Qual? _____

12. Qual a doença mais freqüente em sua comunidade? _____

13. Qual é o problema mais grave em sua comunidade? _____

14. Qual é a dificuldade mais importante da sua vida? _____

ROTEIRO 1

Produção de imagens

sobre as condições de vida e situação de saúde do território

- O roteiro se aplica ao território base do trabalho de campo.
- As condições de vida retratadas concretamente através de imagens, referem-se às condições materiais necessárias à subsistência, relacionadas à nutrição, habitação, saneamento básico e infra-estrutura, às condições do meio ambiente e aos serviços de saúde.
- Devido ao número reduzido de poses (12), priorizar o uso em aspectos considerados mais relevantes do território.

Aspectos sociais, ambientais e sanitários para a produção de imagens

1. *Panorâmica* – do território. Imagem de um ponto mais alto, com a unidade de saúde - ou outros serviços de saúde principais utilizados pela população no território em estudo. Imagem que permita uma visualização do prédio e sua inserção no entorno.
2. *Espaços construídos principais do território que as pessoas freqüentam* - Igrejas, escolas, associações de bairro, clubes, espaços de lazer, estações de transporte público, etc. Imagem panorâmica que registre o espaço e o fluxo de pessoas.
3. *Espaços produtivos de interesse para a Vigilância em Saúde* - Ferros-velhos, borracharias, depósitos, grandes mercados, plantações, locais de extração mineral etc. Imagem do aspecto geral e/ou closes de situações de risco (água parada, lixo, restos de processo industrial, uso de agrotóxicos, poluição do ar, da água e sonora etc)
4. *Espaços para a habitação* (domicílios) – Imagem do aspecto geral do exterior das moradias e, se possível, close do interior (paredes, teto, piso, aparelhos sanitários, recipientes para água e vasos de plantas) e do escoamento aparente de esgoto (quando houver) cacimbas d'água, caixas e tonéis de água.
5. *Infra-estrutura urbana do território* – Imagem do aspecto geral da pavimentação de ruas, estradas e calçamento, sistemas de esgoto (quando houver); esgoto a céu aberto; novos assentamentos e invasões de população etc.

6. *Espaços naturais* principais do território - Imagens panorâmicas e closes de áreas sujeitas à inundação; rugosidades naturais do terreno (morros); rios e canais; áreas florestadas; áreas desmatadas; terrenos baldios; focos de depósitos de lixo informais; áreas de proteção etc
7. *Locais de hábitos sócio-culturais* principais do território - Imagens de espaços de lazer; campos de futebol; feiras livres, praias; lavagem de roupas; cultos religiosos etc.
8. *Práticas do trabalho agrícola, industrial ou de serviços* – Imagens dos métodos/técnicas usadas; as plantações; as plantas industriais; os tipos de serviços principais; os recursos para as atividades.
9. *Pessoas/integração social* – Imagens do cotidiano (fluxos e encontros); aspectos das pessoas; nutrição.
10. *Problemas de Saúde* principais identificados no território – Imagem de situações de risco e de práticas locais que demonstram potencialidades da população (mutirões; soluções e estratégias da população para o abastecimento de água; drenagem; esgoto; lixo etc).

ROTEIRO 2

Guia de observação:

caderno de notas para o reconhecimento do território

Características predominantes do ambiente natural e construído, da infraestrutura e dos domicílios

1. **Topografia/geomorfologia:** área de baixada (); área alta – cumes de morros (); encostas (); margem de rio/canal (); vale de rio () Outro _____

Descrição - comentários – problemas:

2. **Uso do solo predominante:**

residencial (); industrial (); comercial e serviços (); agrícola (); área com vegetação natural ().

Descrição - comentários – problemas:

3. **Densidade das habitações – proximidade e espaço entre as construções :**

baixa (); regular (); elevada ().

Descrição - comentários – problemas:

4. **Condições de moradia:** Precária (); semiprecária (); permanente ().

Descrição - comentários – problemas:

5. **Abastecimento de água:** Rede encanada - regular (), irregular (); clandestino (); uso de fontes (); poços (); bicas (); riachos ().

Descrição - comentários – problemas:

6. **Sistema de esgoto:** Rede oficial (); Fossas – séptica (); úmida (); rudimentar (); a céu aberto (); ausente ().

Descrição - comentários – problemas:

7. **Condições da pavimentação e da drenagem das ruas:** precária (); adequada (); inexistente ().

Descrição - comentários – problemas:

8. **Coleta de Lixo:** Regular (); Irregular (); acumulado em locais ().

Descrição - comentários – problemas:

9. **Existência de recursos sociais:** farmácias (); Escolas (); transporte público (); área de lazer (); outros serviços públicos ().

Descrição - comentários – problemas:

10. Locais com fluxos (pessoas e produtos/mercadorias) intensos no cotidiano -:

Estações de transporte (); rodoviárias e terminais de passageiros e carga (); aeroportos e portos marítimos (); centros comerciais e feiras livres ();

Descrição - comentários – problemas:

11. **Locais de encontro da população** de hábitos cotidianos - espaços de lazer; campos de futebol; praias; clubes; lavagem de roupas; cultos religiosos e igrejas, pontos turísticos, vendinhas e bares etc.

Descrição - comentários-problemas:

12. **Existência no território ou no entorno de atividades** produtivas (indústrias, plantações, extração mineral), de comércio (mercados, shoppings, galpões), de circulação (estradas, grandes avenidas) que influencie decisivamente as condições de vida e a situação de saúde local.

Descrição - comentários – problemas:

ROTEIRO 3

Guia de apoio para o mapeamento

Para ser utilizado no campo para a identificação, localização e reconhecimento dos limites e das características das condições de vida e da situação de saúde das populações do território.

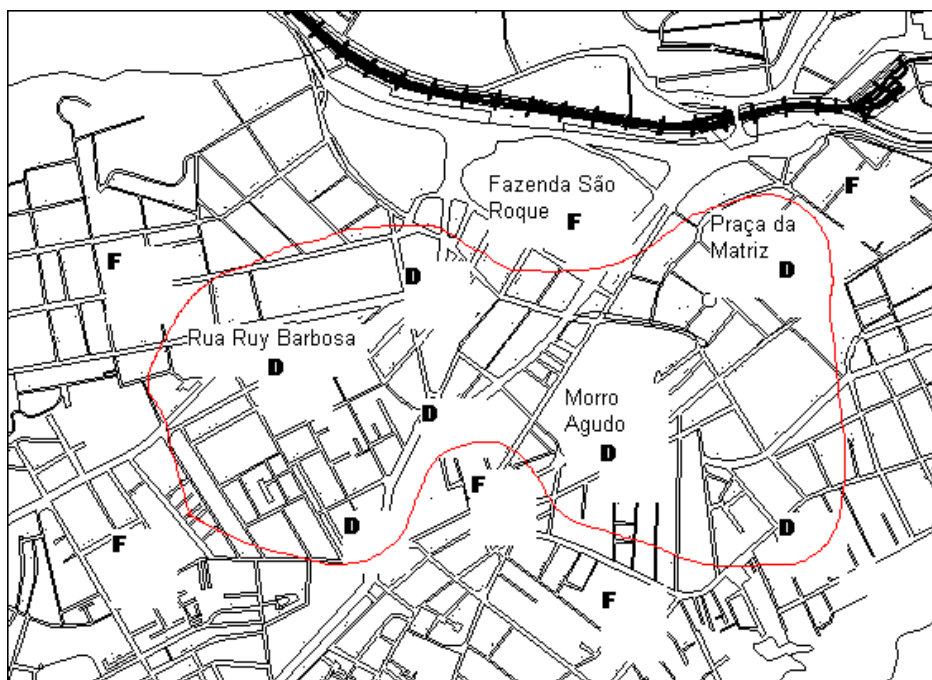
A indicação de lugares para obtenção de mapas deve ser realizada pelos tutores. O tutor deve obter a indicação ainda numa fase anterior de preparação do trabalho de campo dos AVISA. Existem vários órgãos que podem fornecer mapas para o trabalho. A seguir estão algumas alternativas para se obter esses mapas que vão servir de base para o trabalho de campo.

- O primeiro lugar que se deve procurar por mapas é a prefeitura. Geralmente na secretaria de obras ou de planejamento existem **mapas cadastrais** da cidade. Nesse caso, olhando a folha (que geralmente é grande), se deve localizar a área que será usada no trabalho de campo e selecionar o pedaço que vai ser copiado. Em alguns casos será necessário ampliar ou reduzir o mapa usando recursos da copiadora.
- Várias prefeituras no Brasil têm mapas em formato digital, isto é, armazenados no computador. Essa seria a melhor opção para se fazer um mapa para o trabalho de campo. Deve-se perguntar ao técnico da prefeitura se existe um **mapa digital** da cidade. Se a resposta for positiva, é fácil usando o computador localizar a área de trabalho e imprimir um mapa especial para ser usado no campo.
- Outra alternativa é conseguir o **RG** (Reconhecimento Geográfico) da área de trabalho. Esses mapas são feitos por técnicos da FUNASA para o controle de endemias. São também chamados croquis de campo. Para obter esses mapas basta consultar na FUNASA regional se existe um RG da sua área e pedir uma cópia em papel.
- Existe ainda a possibilidade de existir um mapa comercial da área de trabalho: **Guia** telefônico, Guia Rex, Guia de Ruas, mapa turístico etc. São mapas que são vendidos em livrarias ou algumas bancas de jornal. A qualidade cartográfica não é muito boa.

A primeira avaliação sobre o mapa obtido é sobre a sua atualização (perguntar em que ano foi feito), precisão (perguntar ou ler na folha do mapa original qual a escala). Se

essas informações não estiverem escritas no mapa ou os técnicos não souberem informar é um sinal de que não deve ser um mapa de boa qualidade, por isso vai ser usado apenas como um croqui. Não pode ser usado para medir distâncias e não vai ter todas os elementos que são necessários para o reconhecimento de campo.

O segundo passo importante de preparação é verificar se o território do AVISA está demarcado no mapa. Se esse território for um município, que tem limites oficiais, a área deve estar demarcada no mapa. Se o território for uma área de abrangência de um posto de saúde é bem possível que não esteja delimitado no mapa. Esse então é o primeiro exercício do AVISA no campo. Uma maneira fácil de identificar os limites do território é verificar todos os elementos que estão fora da área do AVISA e todos que estão dentro. Leia todos os textos que aparecem no mapa, por exemplo: Fazenda São Roque, Morro Agudo, Rua Ruy Barbosa, Praça da Matriz etc. Marque com **D** todos os elementos que estão dentro do território do AVISA e com **F** os que estão fora. Os limites vão passar entre as letras D e F (veja o exemplo da figura).



No final desse trabalho, a linha (vermelha) que foi desenhada marca o limite do território de trabalho. Quanto mais pontos (D e F) existir mais preciso vai ser esse limite. Deve-se aproveitar os contornos definidos de ruas e outros objetos geográficos para a delimitação. Esse tipo de trabalho é interessante para exercitar a noção de **dentro** e **fora**, que é uma característica da área. Todo **território** é uma **área** e toda área tem **limites**.

Para que isso se efetive, o AVISA deve percorrer (na medida do possível) os limites do território - a sua área do trabalho de campo, reconhecendo os objetos que definem os seus limites.

Note que esse tipo de exercício já é parte do reconhecimento do território que é proposto no módulo 1. Através desse exercício, o AVISA vai poder reconhecer no mapa alguns objetos que serão trabalhados em campo. Outra questão importante é que os mapas obtidos, seja na prefeitura, na FUNASA ou em uma livraria nunca irão conter todas as informações necessárias para a vigilância em saúde. Desse modo, o AVISA deve reconhecer no mapa o que lhe interessa e também verificar o que poderia e deveria estar no mapa e não está. Por exemplo: um abatedouro raramente vai estar marcado no mapa. O AVISA deve tentar localizar onde está esse ponto no mapa e marcar com um símbolo. Os Roteiros 3 e 4 podem servir de apoio.

Posteriormente, as informações obtidas e localizadas no mapa utilizado no campo, serão transferidas para um mapa final a ser realizado no 3º momento presencial, devendo apresentar o legendamento das informações e comentários sobre o reconhecimento dos aspectos sócio, ambientais e sanitários.

Orientação para localização do sentido Norte do mapa: o Sol aparece ou nasce, aproximadamente num mesmo ponto, ou lado, do horizonte e desaparece ou se põe, ao entardecer, no lado oposto. Esses lados são os pontos de referência para criar os pontos cardeais – Norte, Sul, Leste e Oeste. Para orientar-se, coloque o braço direito voltado para a direção em que nasce o sol no horizonte. Esse lado ou ponto corresponde ao Leste. A partir desse ponto você determina os demais: sua esquerda corresponde ao Oeste, sua frente ao Norte e suas costas ao Sul.

Produção de mapa para o reconhecimento das condições de vida e situação de saúde do território

Com base no mapa, identificar no campo:

1. Os **limites do território** (distritos administrativos, bairro(s), área de abrangência, localidades, áreas do PACS/PSF) - atividade do trabalho de campo: módulo I;

2. **Localização das características principais do ambiente natural** – atividade do trabalho de campo: módulo III;
3. **Localização das características principais do ambiente construído: infraestrutura, habitações e recursos sociais do território:** - atividade do trabalho de campo: módulo III;
4. **Localização de situações-problema** como por exemplo: esgoto a céu aberto; acúmulos de lixo; muitas casas com água de poço; abastecimento precário de água potável; terrenos baldios; precariedade de drenagem no terreno (retenção e umidade); locais fechados para encontros entre muitas pessoas; presença de atividades ilegais de abate de animais; presença de atividades produtivas de risco (tóxicas); tráfego intenso em vias de circulação; presença de densa vegetação; pragas; contaminação atmosférica (industrial e doméstica); poluição sonora; contaminação dos recursos hídricos; ruas sem pavimento; queimadas; carência de áreas verdes; erosão e desmatamento; áreas de conflito social, violência etc. - atividade do trabalho de campo: módulo IV.

ROTEIRO 4

Guia para a análise epidemiológica

Locais para pesquisa:

Nos centros/postos municipais de Saúde; hospitais; Coordenação de Epidemiologia da Secretaria de Saúde dos municípios.

Obter os cinco principais agravos no ano de 2002???e as cinco maiores causas de morte no município e/ou no seu território do trabalho de campo (área de abrangência, bairro, distrito sanitário etc).

- Consulta aos bancos de dados dos Sistemas de Informação em Saúde;
- Entrevista com a Coordenação de Epidemiologia e/ou com a Coordenação de Programas, para perguntar quais os principais agravos que, na percepção dele (independente de haverem ou não dados para comprovação) acometem a população.
- Esta entrevista visa obter uma informação mais próxima da realidade. Podem ser tanto doenças de notificação como outras (tipo: hipertensão, diabetes, homicídios, acidentes de trânsito, etc).
- O importante é obter uma visão mais particular sobre as comunidades.
- Podem ser obtidas informações com outro profissional, caso haja essa recomendação, ou em outras unidades de saúde: postos de Saúde que através de informação da associação de moradores atenda a população local.

ROTEIRO 5

Estrutura de apresentação

do diagnóstico das condições de vida e situação de saúde no território

Parte 1: Informação: reconhecimento das condições de vida e situação de saúde – a ser entregue e apresentado no 3º momento presencial.

1 - Estrutura do poder público do município geral e do setor saúde.

1.1 - Secretarias do governo municipal;

1.2 - Organização administrativa da Secretaria de Saúde do município;

2 – A História da ocupação do lugar;

3 - Localização geográfica do território:

3.1 - Do município no estado e na região do Brasil;

3.2 - Dos distritos administrativos no município;

3.3 - Do bairro; (elaborado artesanalmente pelos alunos);

4 - Diagnóstico dos recursos sociopolíticos-culturais da população no território

4.1 - As organizações sociais existentes e área de atuação (ONGs e Associações de moradores; creches; lideranças comunitárias; etc);

4.2 - As escolas: públicas e privadas existentes;

4.3 - A rede de serviços de saúde no território (município e distrito/bairro);

4.4 - Espaços de lazer e cultura;

Comentários finais sobre as facilidades e dificuldade sobre os principais aspectos sócio-políticos e da estrutura de serviços de saúde e da capacidade de ação comunitária pesquisados;

5 - Diagnóstico sócio-ambiental;

5.1 - Tipo de vegetação existente;

5.2 - Tipo de terreno predominante;

5.3 - Tipo de clima e temperatura média anual no município;

5.4 - A hidrografia local (principais rios);

5.5 - Estradas e Avenidas principais;

5.6 - Grandes indústrias e comércio no território;

5.7 - Identificação e localização de situações de risco ambiental para a saúde (rios poluídos; desmatamentos; terrenos baldios; atividades de interesse para a vigilância ambiental: borracheiros; ferros-velhos; materiais de construção).

5.8 - Os processo de trabalho existentes no território e as atividades produtivas de risco.

Comentários finais sobre as facilidades e dificuldades sobre os principais aspectos ambientais pesquisados;

6 - Diagnóstico demográfico;

6.1 - População total;

6.2 - Por sexo, faixa etária, renda e escolaridade da população;

6.3 - População urbana e rural;

7 - Diagnóstico epidemiológico;

7.1 - Principais óbitos segundo a causa e faixa etária;

7.2 - Principais doenças de notificação obrigatória;

7.3 - Principais problemas de saúde identificados;

Comentários finais sobre os principais problemas demográficos-epidemiológicos pesquisados;

8 - Diagnóstico das condições sanitárias da habitação território;

8.1 - Tipo do esgotamento sanitário predominante;

8.2 - Tipo de abastecimento de água predominante;

8.3 - Tipo de moradia predominante;

8.4 - Coleta de lixo;

Comentários finais sobre os principais problemas sanitários pesquisados;

Parte 2 – Decisão: O planejamento estratégico-situacional. – a ser entregue e apresentado no 4º momento presencial

1 – Descrição dos problemas prioritários;

2 – Planilhas do planejamento.

Parte 3 – Plano de Ação – a ser entregue e apresentado no 4º momento presencial

1 – A programação local da saúde das práticas educativas e comunicativas para a vigilância em saúde.

Considerações finais

A elaboração desta tecnologia educacional visa atender ao surgimento de necessidades de saúde originados nos diversos processos da dinâmica da sociedade globalizada contemporânea. No entanto, as autoridades e os formuladores de políticas de saúde não podem ter uma apreensão das necessidades de saúde da população exclusivamente através de indicadores epidemiológicos (Matos, 2003).

A proposta de produção de tecnologia educacional contida nesta tese, além de permitir uma aproximação qualitativa sobre os problemas e necessidades de saúde, tem como objetivo mediar a prática didática utilizada dentro do processo pedagógico onde o aluno se constitui no sujeito da elaboração, permitindo que a sua produção, como estratégia didática, seja o eixo do processo de ensino-aprendizagem. Com isso, os alunos além de participarem ativamente da aprendizagem, utilizando-se de recursos específicos em ambientes de ensino-aprendizagem, produzem uma tecnologia educacional com grande possibilidade de uso posterior em sua prática profissional. A relevância dessa iniciativa é dada pela carência de processos pedagógicos que possibilitam essa aproximação qualitativa da realidade social e que portanto, se caracteriza em ser mais adequada para a qualificação profissional da vigilância em saúde.

A introdução de inovações tecnológicas no contexto educacional requer o estabelecimento de uma visão crítica sobre seu uso. Em primeiro lugar, é preciso ampliar o conceito de tecnologia, procurando situá-la como mediação da prática, aplicação de conhecimentos e não apenas como instância instrumental. São necessárias novas concepções do conhecimento, do processo ensino-aprendizagem, do aluno, do professor, transformando uma série de elementos que compõem o contexto educativo, indicados pelos princípios que iluminam o projeto político pedagógico ao qual a proposta está inserida.

Construir tecnologias educacionais que articulem conceitos a recursos com potenciais investigativos e pedagógicos, consiste num exercício fundamental para o processo cognitivo. Apesar dos avanços no campo da Educação em saúde, podemos identificar uma carência de processos pedagógicos adequados para a área da vigilância em saúde em que, uma das principais causas que podemos apontar, consiste na deficiência de propostas pedagógicas interativas e (re)construtoras do conhecimento.

Neste sentido, as propostas pedagógicas não devem se restringir somente às novas tecnologias educacionais, mas ao seu sentido mais amplo: processos e produtos a

serem aplicados no trabalho educativo. É na opção consciente por esta ou aquela tecnologia que ela poderá ser utilizada para viabilizar a proposta pedagógica.

A construção de práticas para enfrentar os graves problemas de saúde da população brasileira, deve ser favorecida pela incorporação dos avanços tecnológicos ao processo de trabalho, significando com isso, novas práticas em saúde. Isto exige das instituições pedagógicas a reflexão, participação e envolvimento no processo de discussão das transformações e perspectivas associadas também ao uso de tecnologias na educação.

O desenvolvimento teórico e metodológico para produzir a tecnologia educacional contida nesta proposta, visa a sistematização de conhecimentos e estratégias didáticas que busquem o fortalecimento dos processos pedagógicos de formação para o campo da vigilância em saúde para o SUS.

Este é o caso da metodologia de trabalho de campo associada à técnica de territorialização em saúde. O processo de territorialização das condições de vida e situação de saúde é uma ferramenta técnica poderosa para a vigilância em saúde quando utilizada como base para a organização tecnológica de práticas em saúde dentro das estruturas operacionais, da Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental.

A Geografia, ciência que tem como objeto de estudo o espaço geográfico, sempre adotou o método direto de trabalho de campo como a forma metodológica de pesquisa por excelência deste campo do conhecimento. O caráter operacional, mas não utilitarista de espaço geográfico, faz da abordagem geográfica da realidade social um instrumento operacional de grande valia para a pesquisa e estruturação de processos de trabalho para a vigilância em saúde, dada sua característica eminentemente concreta.

A vigilância em saúde, através da técnica de territorialização em saúde possibilita, a partir da metodologia do trabalho de campo e da operacionalização da categoria geográfica de território a aproximação com a realidade social e dos serviços de saúde que desejamos conhecer e estudar criando novos conhecimentos, partindo de um contexto social local presente no campo.

Nessa dinâmica de investigação e aprendizagem, que tem como aspecto central a interatividade entre conhecimento, processos de aprendizagem e práticas em saúde, os sujeitos da aprendizagem podem se tornar agentes e elos fundamentais de mediação entre a análise e a produção de informações. O objetivo pedagógico do trabalho de campo como base para uma tecnologia educacional, consiste em substituir o direcionamento do aprender fazer para o aprender a aprender, através da observação e da produção de informações em imagens, mapas e entrevistas, propiciando o

desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para o profissional atuante na vigilância em saúde.

NOTAS

1 - O desenvolvimento deste item tem como base um artigo publicado na Revista Trabalho, Educação e Saúde Vol 1 nº 2, de autoria da Profª Gracia Gondim e do Profº Maurício Monken da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.

2 - Este item 4.2 do capítulo 4 da tese, foi concebido como material base para a formulação do Caderno de Atividades do Trabalho de Campo da série didática do primeiro curso de desenvolvimento profissional do PROFORMAR.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, R. O caráter polissêmico e multifacetado do mundo do trabalho. Revista Trabalho Educação e Saúde; Vol 1, nº 2, 2003.
- Barata RB. Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: Editora Abrasco; 1997.
- Barcellos C, Bastos FI. Geoprocessamento, ambiente e saúde: uma união possível ? Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro 1996; 12 (3): p. 389-397.
- Barcellos C, Machado JHM. A organização espacial condiciona as relações entre ambiente e saúde: o exemplo da exposição ao mercúrio em uma fábrica de lâmpadas fluorescentes. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro 1998; 3 (2): p. 103-113.
- Batistella C. Estratégias de ensino-aprendizagem e as mudanças no modelo de atenção à saúde. 1999. Relatório Final de Pesquisa.(Programa de Apoio ao Ensino Técnico) EPSJV-FIOCRUZ/ FAPERJ, Rio de Janeiro.
- Bettanini T. Espaço e ciências humanas. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1982.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação. Proposta de trabalho na saúde. versão de março de 2003. (Mimeo)
- Brasil. Ministério da Saúde. Objetivos Setoriais, Programas e Ações: PPA 2004/2007, versão preliminar de 05/06/03, às 11:30 horas. (Mimeo)
- Brasil. Ministério da Saúde. SIAB. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação da Saúde da Comunidade. 1998, Manual do Sistema de Atenção Básica, Brasília.
- Brasília. Organização Pan-americana da Saúde.1998. Programa Marco de Atenção ao Meio Ambiente.
- Buss PM, Ferreira JR. Promoção da saúde e a saúde pública: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina. Rio de Janeiro: Editora; 1998.
- Candau VM, org. A Didática em questão. 21ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1983.
- Castellanos PL. Sobre o conceito de saúde-doença: descrição e explicação da situação de saúde. Boletim Epidemiológico da OPAS, Brasília 1990; 10(4).
- Castro C, et al. Distritos sanitários: concepção e organização. Saúde e Cidadania, São Paulo 1998; volume 3.
- Castro EB. El estudio de las enfermedades tropicales: un reto para las ciencias sociales. In: R, Briceño-Leon, JC Pinto Dias, org. Las enfermedades tropicales en la sociedad contemporanea. Venezuela, Caracas: Fondo Editorial Acta Científica, 1993. p. 51-80.

- Costa MCN, Teixeira MGLC. A concepção de espaço na investigação epidemiológica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 1999; 15(2).
- Czeresnia D, Ribeiro AM. O conceito de espaço em epidemiologia: uma abordagem histórica e epistemológica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2000; 16(3).
- De Luiz N. A globalização econômica e os desafios à formação profissional. *Boletim Técnico do SENAC*, 22 maio/ago. 1996.
- De Pablo S Pons J. Visões e conceitos sobre a tecnologia educacional. In: Sancho, Juana, org. *Para uma tecnologia educacional*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1998. p. 50-71.
- De Seta M. Seleção e integração de princípios educacionais ao desenvolvimento de um software educativo: uma abordagem crítica para o design instrucional do Soft-RIS. 1999.146 p. Dissertação (Mestrado em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde) Universidade Federal do Rio de Janeiro/Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Rio de Janeiro.
- Demo P. *Questões para a teleducação*. Petrópolis: Editora Vozes; 1998.
- Edler F. *A constituição da medicina tropical no Brasil oitocentista: da climatologia a parasitologia médica*, Salvador, Editora Abrasco; 2000.
- Feldman-Bianco B, Leite MLM, orgs. *Desafios da imagem: fotografia, iconografia e vídeo nas ciências sociais*. Campinas: Editora Papirus; 1998.
- Ferraz ST. *Cidades saudáveis: uma urbanidade para 2000*. Brasília: Editora Paralelo 15; 1999.
- Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Editora Paz e Terra; 1996. (Col. Leitura).
- Gesler WM, Bird ST, Oljeski SA. Disease ecology and a reformist alternative: the case of infant mortality. *Social Science & Medicine*.1997; 44(5): p. 657-671.
- Giddens A. *A constituição da sociedade*. São Paulo: Editoraa Martins Fontes;1989.
- Giroux H. *Teoria crítica e resistência em Educação: para além das teorias de reprodução*. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 1986.
- Gondim G, Monken M. *O ensino da vigilância à Saúde.Uma (a)ventura sinérgica: as experiências dos cursos do NUVSA*. Rio de Janeiro, EPSJV/ Fiocruz, 1997. (Mimeo).
- Gondim G. (coord.). *A vigilância em saúde como novo construto para a formação de RH de nível médio do SUS*. 1999.Termo de referência (Núcleo de Vigilância em Saúde e Meio Ambiente) EPSJV/ Fiocruz. Rio de Janeiro.
- Grossi, B *Lei de Diretrizes e Bases da Educação*. Rio de Janeiro Ed Pargos, 1997.

- Hägerstrand T. Space, time and human conditions. In Karlqvist A. Dynamic allocation of urban space. Farnborough, Saxon House; 1975.
- Jantsch A. P. Interdisciplinaridade: para além da Filosofia do sujeito. Petrópolis: Editora Vozes; 1999.
- L'abbate S, Smeke ELM, Oshiro JH. A educação em saúde como um exercício de cidadania . In: Saúde em Debate, Londrina, 1992 ; n°. 37: p. 81-85.
- L'abbate S. Educação em saúde: uma nova abordagem. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz, 1994; v.10, n. 4: p. 481-490.
- Lakatos EM, Marconi MA. Técnicas de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Atlas; 1996.
- Lima DRA, Smithfield RW Manual da História da Medicina RJ, Medin; 1999.
- Litwin E, org.. Tecnologia educacional: política, histórias e propostas. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1997.
- Maggio M. O campo da tecnologia educacional: algumas propostas para sua reconceitualização. In: Litwin E, org.. Tecnologia educacional : política, histórias e propostas. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1997. cap. 2 p. 12-21
- Matus, C , Rivera U, Javier F, Matus C. Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico, São Paulo: Cortez; 1989.
- Mendes EV, org. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Editora Hucitec; 1998.
- Mendes EV, org. A vigilância à saúde nos distritos sanitários. Brasília: OPAS/OMS; 1992.
- Mendes EV. Distritos sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec – Abrasco; 1993.
- Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1998.
- Militão Albuquerque MF. Debate sobre o artigo de Czeresnia & Ribeiro. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro 2001; 16(3).
- Minayo MCS, org. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes; 1994.
- Monken M. A noção de lugar no estudo da realidade na Ilha Grande/RJ, 1995. Dissertação (Mestrado em Planejamento Urbano e Regional) Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, Rio de Janeiro.
- Monken M. Conceitos geográficos aplicados à vigilância em saúde e meio ambiente em espaços locais: uma análise reflexiva. In: V Congresso da Abrasco. 1997. (Mimeo).

Monken M. Construindo uma metodologia de trabalho de campo para a capacitação de profissionais de nível médio em vigilância à saúde. 2000. Relatório Final de Pesquisa. (Programa de Apoio ao Ensino Técnico) EPSJV-FIOCRUZ/ FAPERJ. Rio de Janeiro.

Moraes ACR. Meio ambiente e ciências humanas. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.

Moreira Leite ML & Feldman-Bianco B. org. Desafios da Imagem: fotografia e vídeo nas ciências sociais. Campinas, SP: Papyrus, 1998.

Najar AL, Marques EC. Saúde e espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.

Oliveira CDM. A redação do contexto no ensino fundamental de Geografia. Boletim Paulista de Geografia, São Paulo, 1992; n.º 70.

Oliveira ML. Concepções, dificuldades e desafios nas ações educativas em saúde para escolares no Brasil. Divulgação, Saúde, Debate. CEBES, 1997; n.º 18;.

Paim JS, Almeida Filho N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Editora Casa da Qualidade; 2000.

Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ. Epidemiologia e Saúde, MEDSI, São Paulo; 1994, p. 455-466.

Peduzzi, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Revista Trabalho Educação e Saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Vol 1, n.º 1; 2003.

Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1995.

Picheral H, Salem G. De la Géographie Médicale à la Géographie de la Santé. Bilan et Tendances de la Géographie Française. Montpellier, Cahiers Geo 22 (1960-1991); 1992.

Pitta AMR. Comunicação e saúde: a complexidade dos conceitos e o desafio das práticas. In: Rede IDA/Brasil, org. Informação e Comunicação Social em Saúde. Brasília: Fundação Kellogg, Projeto UNE/FAPEX/OPAS, 1995. p. 16-22.

Ramos MN. A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação? São Paulo: Editora Cortez; 2001

Randolph R, et al. A contextualidade de locais e a totalidade social: uma interpretação das práticas de quatro grupos sociais rurais e urbanos. In: O novo mapa do mundo. São Paulo: Editora Hucitec; 1992.

Rodrigues da Silva E, Shramm FR. A questão ecológica: entre ciência e a ideologia/utopia de uma época. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1997; vol. 13, n.º 3: p.355-382.

- Rojas LI. Geografía y salud: temas e perspectivas en América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 1998; 14(4).
- Sabroza PC, Leal MC. Saúde, ambiente e desenvolvimento: Alguns conceitos fundamentais. In: Leal MC, Sabroza PC, Rodriguez RH, Buss PM, orgs. *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, vol. 1, p. 45-93; 1992.
- Sacristán JG, Gomes AI. *Compreender e transformar o ensino*. Porto alegre: Editora Artes Médicas; 1998.
- Sancho JM, org. *Para uma tecnologia educacional*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1997.
- Santos M, Silveira ML. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro: Editora Record; 2001.
- Santos M. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Editora Hucitec; 1999. 308 p
- Santos M. *Metamorfoses do espaço habitado*. São Paulo: Editora Hucitec; 1988.
- Seabra CM, Leite JC. *Território e sociedade: entrevista com Milton Santos*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2000.
- Serra G. *O espaço natural e a forma urbana*. São Paulo: Editora Nobel; 1987.
- Silva LJ, Andrade MEB. *A ocupação do espaço e a ocorrência de endemias*. In: Barata R, Briceño-Léon R, org. *Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais*. São Paulo: Editora Hucitec; 2000.
- Silva LJ. *O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas*. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 1997; 13: p. 585-593.
- Silveira ML. *Uma situação geográfica: do método a metodologia*. *Território*. LAGET, UFRJ. Rio de Janeiro: Editora Garamond; 1999; ano IV, n.º 6.
- Soja E. *Geografias pós-modernas: a reafirmação do espaço na teoria social crítica*. São Paulo: Editora Zahar; 1993.
- Souza MJL. *Urbanização e desenvolvimento no Brasil atual*. São Paulo: Editora Ática; 1996 (Série Princípios).
- Stotz EN. *Enfoques sobre educação e saúde*. In: Valla VV, Stotz EN, org. *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará; 1993. p. 11-22.
- Susser M, Susser E. *Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms*. *American Journal of Public Health*. 1996; 86(5): p. 668-673.

- Takahashi LM. Concepts of difference in community health. In: RA Kearns and WM. Gesler, Putting Health into Place: Landscape, Identity and Well-being. Syracuse University Press. Nova Yorque, 1998. p. 143-167.
- Tarride MI. Saúde pública: uma complexidade anunciada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.
- Teixeira CF, Paim JS, Villasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe Epidemiológico do SUS. 1998; VII (2).
- Teixeira, CF. O Futuro da Prevenção. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.
- Tuan YF. Espaço e lugar: a perspectiva da experiência. São Paulo: Editora Difel; 1983.
- Unglert CVS. Territorialização em sistemas de saúde. In: Mendes EV, et al. Distritos sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec;1993.
- Valla VV. Revendo o debate em torno da participação popular: ampliando sua concepção em uma nova conjuntura. In: Barata RB, R Briceño-Leon, org. Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000, p. 251-268.
- Veiga IPA, org. Técnicas de ensino: por que não? São Paulo: Editora Papirus; 1996.
- Velho, OG. O Fenômeno Urbano, RJ, Zahar, 1979.
- Waltner-Toews D. The end of medicine: the beginning of health. Futures 32, 2000: p. 655-657.