

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL**

**EMPODERAMENTO DAS COMUNIDADES COM OS CONSELHOS LOCAIS
GESTORES DE SAÚDE: A VOZ DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DA
SAÚDE DA FAMÍLIA E A EDUCAÇÃO AMBIENTAL**

DENISE DUARTE GRAFULHA DA COSTA

RIO GRANDE

2011

DENISE DUARTE GRAFULHA DA COSTA

**EMPODERAMENTO DAS COMUNIDADES COM OS CONSELHOS LOCAIS
GESTORES DE SAÚDE: A VOZ DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DA
SAÚDE DA FAMÍLIA E A EDUCAÇÃO AMBIENTAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Ambiental – PPGEA, como requisito para obtenção do título de Doutora em Educação Ambiental. Linha de pesquisa: Educação Ambiental Não Formal.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Valéria Lerch Lunardi.

RIO GRANDE

2011

Dedico este trabalho à minha mãe Ana Santos Duarte (in memoriam), que sempre acreditou na educação como vocação. Envolveu-se na luta por uma educação melhor para todos, movimentou bandeiras na “Esplanada dos Ministérios,” protestou, representou sindicatos, lutou por sua categoria. Mãe... consigo ouvir as tuas palavras dizendo-me: “ser professor é vocação, doação e luta, mas devemos sempre acreditar e seguir em frente”. E assim aconteceu: acreditei e segui em frente. Apesar das dificuldades, nunca pensei em desistir da minha caminhada, porque tu estavas presente a cada passo da minha jornada. Obrigada por me ensinar a lutar, a ser forte, a amar as pessoas e o mais importante: a ter comprometimento e a acreditar que o amanhã será sempre melhor. Parece que foi ontem, tenho saudades, mas tenho ótimas lembranças. Agradeço sempre cada dia da minha vida por conviver contigo. Que alegria! Deste-me o que a vida tem de melhor: o amor. Vejo em ti um exemplo de coragem. Compartilho contigo esta conquista. Que DEUS te abençoe sempre.

Agradecimentos Especiais

À Deus e a todo o plano espiritual, pela força recebida, pela oportunidade de convívio e renovação, por realizar este estudo, pela saúde, pela vida e seus desafios. Muito Obrigada.

À minha querida orientadora Valéria Lerch Lunardi, por ter me aceitado mais uma vez como orientanda, pela sabedoria, dedicação e paciência. Obrigada por entender os meus limites, minhas angústias, pelo acolhimento nos mais diversos horários. O mais sincero reconhecimento.

Aos membros da banca examinadora: Ceres Braga Arejano, Vanessa Caporlingua, Susana Inês Molon e Luciara Bilhalva Corrêa pela sabedoria e compreensão, pela confiança, por entenderem as minha limitações e por fazerem parte desse processo. Muito obrigada.

Aos professores e colegas do Programa de Pós- Graduação em Educação Ambiental pelo convívio e aprendizado. A colega Cibele Martins pelo apoio recebido nas diversas horas.

Ao Gilmar pelo acolhimento no Programa de Pós-Graduação em Educação Ambiental, pela dedicação nos mais variados momentos que necessitei de ajuda.

À FURG pela minha formação profissional e pela conquista de realizar esta Tese.

Ao Flávio Luiz Grafulha da Costa, a Flávia Duarte Grafulha da Costa, a Catiúcia Rodrigues Domingues e ao Zion pela compreensão e paciência, pelo convívio de todos esses anos em família e pelo reconhecimento e respeito ao meu trabalho. Obrigada por entenderem as minhas ausências.

Aos meus irmãos, Ana Cristina Duarte Aguiar, Jaqueline Santos Duarte, João André Santos Duarte pela família que somos, pelo que acreditamos, fruto da educação que recebemos. E ao João Costa Duarte por sentir orgulho de seus filhos.

À Noeli Santos Aves, tia e madrinha querida (in memoriam) por estar sempre presente na minha vida em todas as minhas conquistas, e que partiu antes da conclusão deste estudo. Que Deus te abençoe sempre.

À querida amiga Luciane Dias Diaz, por acreditar nos meus sonhos, por não medir esforços em ajudar em todas as horas... Meu reconhecimento.

A Leila Lopes pela sua espiritualidade, por ter me acompanhado nesta caminhada, pela disposição e ajuda em diversos momentos da minha vida.

À Fabiane Francioni obrigada, pelo apoio recebido nesta caminhada, pela amizade de longos anos, pelo carinho e pela solidariedade.

Às amigas Sidnéia Dias Diaz, Neuda Soares de Araujo e Mariléia Madruga, pela amizade, pelo apoio, pelo convívio. Muito obrigada.

Agradecimentos

Aos profissionais de saúde da família e sujeitos deste estudo, por aceitarem o desafio. Obrigada pelo acolhimento, pela confiança, por fazerem parte da saúde das famílias, pelo incansável e dedicado trabalho. Meu reconhecimento e respeito.

À minha equipe de trabalho pelo carinho e dedicação ao longo desta caminhada:

Às amigas e agentes comunitárias de saúde: Milena Félix, Simone Furtado, Cecília Lourenço, Neiva Bandeira, Maria do Carmo Ortiz, Solange Pinheiro, obrigada por confiarem em nosso trabalho, por entenderem as minhas ausências, por cuidarem das famílias com dedicação e por acreditarem que a mudança é possível.

À Sônia Mara Palácio Guido, obrigada por ser médica na saúde da família, por fazer parte da “saúde das famílias”, por ensinar-me a conviver diante das adversidades da vida, pelo empenho na construção e manutenção do nosso Conselho Local Gestor de saúde, pela luta por uma unidade de saúde melhor para a comunidade e, principalmente, para os trabalhadores de saúde, pela dedicação aos acadêmicos, por entender as minhas ausências, por acreditar que o acolhimento é também, adequação de trabalho, confortabilidade e biossegurança.

À Luciana Reis, Deuzimar Gonçalves, Rosemere Albernaz por serem técnicas de enfermagem na saúde da família, por confiarem no trabalho em equipe, pelas minhas ausências, por acreditarem no meu esforço na construção de uma saúde melhor, por serem amigas e guerreiras no cotidiano do trabalho, pela dedicação às famílias.

Aos colegas de trabalho Samanta Dreche, Diego Rodrigues, Alessandra, Alexandre Xavier, Wilin Pereira, Marilda e Vilma Oliveira, obrigada pelo convívio e carinho em

realizar as incansáveis tarefas do cotidiano da saúde da família. Meu reconhecimento e respeito.

A todos os Agentes Comunitários de Saúde da Unidade de saúde da Família da Cidade de Águeda por terem começado esta caminhada, pela convivência de longos anos de dedicação, por adotarem diversas estratégias possíveis em nome de uma saúde melhor, um mundo melhor, por acreditarem que precisamos uns dos outros, por despertarem em mim a necessidade de mudança nas políticas públicas. O meu mais profundo respeito e admiração.

Às minhas futuras colegas enfermeiras do PET – Saúde e a todos os acadêmicos pelo engajamento nas políticas públicas, por acreditarem na educação popular.

Às acadêmicas Carolina Ortiz, Vanessa Barros e Juliana Gautério pelo apoio recebido em todos os momentos nesses anos de convívio, por acreditarem nos meus sonhos, por acreditarem na evolução do planeta, pela amizade e sabedoria.

À Carolina Ortiz por ser o próprio “controle social”, por contribuir na minha evolução, por fazer histórica na Estratégia de Saúde da Família. Muito Obrigada.

À querida colega enfermeira Miriam Ribeiro pela amizade e apoio recebido nesta trajetória. Muito Obrigada.

À todos profissionais de saúde da família pelo lindo e comprometido trabalho que realizam, pela dedicação às quarentas horas de trabalho intenso, pela criatividade no cotidiano de suas tarefas. Meu reconhecimento.

À Secretaria Municipal da Saúde que permitiu que esta pesquisa fosse realizada.

À enfermeira coordenadora da saúde da família, por compreender a importância deste trabalho, pela compreensão do meu afastamento da unidade, pela confiança depositada a todos os trabalhadores da saúde da família, por acreditar na educação popular, por acreditar na transformação do sistema único de saúde, por coordenar todos esses anos a saúde da família. Meu respeito. Obrigada.

A todos que contribuíram material e espiritualmente para realização deste estudo. Muito Obrigada.

RESUMO

COSTA, Denise Duarte Grafulha da. Empoderamento das comunidades com os conselhos locais gestores de saúde: a voz dos trabalhadores da estratégia da saúde da família e a educação ambiental. 2011. 134f. Tese (Doutorado em Educação Ambiental) – Programa de Pós-Graduação em Educação Ambiental da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande. Orientadora: Prof^a Dr^a Valéria Lerch Lunardi.

O presente estudo surgiu do interesse em entender a Educação Ambiental, como um caminho a ser percorrido, em vista do nosso compromisso com a sociedade na tentativa de construir propostas coletivas e de ter um novo olhar, em que os usuários deixem de ser “pacientes”, tornando-se sujeitos de ação de sua própria história de vida. Com o objetivo de: **compreender o processo de empoderamento da comunidade, a partir do trabalho desenvolvido pela ESF**, realizou-se um estudo qualitativo, descritivo exploratório, a partir de entrevistas semi-estruturadas com vinte e três profissionais da saúde de oito Unidades Básicas de Saúde da Família de comunidades que dispunham de Conselho Local Gestor de Saúde (CLGS). Mediante análise textual, construíram duas categorias: 1) A autonomia como expressão do empoderamento, que se concretiza através da organização do serviço da Estratégia da Saúde da Família (ESF); da relação dialógica como base das relações construídas entre profissionais da saúde da família e a comunidade e pano de fundo de uma proposta educativa em saúde; e da ampliação do conhecimento dessa comunidade, exteriorizando-se através de uma maior participação política, da cobrança dos seus direitos e, também de uma maior adesão ao cuidado; 2) Fragilidades no processo de empoderamento das comunidades, relacionando-se a fragilidades na Equipe de Saúde da Família que pode atuar em busca da obediência do usuário, utilizando-se de ameaças e provocando medo, com manipulação do cuidado; e as fragilidades nas políticas públicas de saúde, o que pode comprometer o empoderamento dos sujeitos e a promoção da saúde. Considera-se que os trabalhadores de saúde estão empenhados, mesmo que de diferentes maneiras, a contribuir para promover a qualidade de vida e de saúde dos clientes, acreditando no empoderamento dos sujeitos, reconhecendo o CGLS como uma ferramenta fundamental na transformação social e política na ESF, mesmo com algumas fragilidades. A realização desse estudo permitiu uma reflexão acerca do compromisso como profissional enfermeira e como ser humano, com a sociedade e principalmente com as classes populares e as possibilidades de empoderamento desenvolvidas nas comunidades estudadas, a partir do trabalho das equipes de saúde da Família.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, empoderamento da comunidade, educação ambiental, políticas públicas.

ABSTRACT

COSTA, Denise Duarte Grafulha da. Empowerment of communities with health managing councils: the voice of workers from the family health strategy and environmental education. 2011. 134f. Tese (Doutorado em Educação Ambiental) – Post-graduate Program in Ambient Education at the Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande. advisor: Prof^a Dr^a Valéria Lerch Lunardi.

The present study has arisen out of the interest in understanding Environmental Education as a path to be trodden, due to our commitment to society in the attempt to build up collective projects and to having a new view, in which users stop being “patients” by becoming action-subjects of their own life history. With the aim of: **Understanding the empowerment process of a community having as a starting point, the work developed by ESF**, we have carried out a qualitative, descriptive and exploratory study, starting with semi-structured interviews with 23 health professionals belonging to eight basic health units for families from communities which had local health management councils (CLGS). By means of a textual analysis, we have created two categories: 1) Autonomy, as an expression of empowerment that materializes through the organization of the service for Family health strategy (ESF); through dialogic relationships as a basis for relationships developed among health-related professionals and the community and a background of an educational project on health; and through the expansion of knowledge of such a community, externalizing itself through a bigger political participation, through the claiming of rights and a higher adherence to care. 2) Weaknesses in the empowerment process of communities, related to weaknesses of the family health team, which can act toward seeking users' obedience, by resorting to threats and triggering fear with manipulation of care; and the weaknesses in public health policies which can jeopardize the empowerment of subjects and the fostering of health. We feel that the health workers, although in different ways, are engaged in contributing toward improving the quality of life and health condition of clients, by believing in the empowerment of subjects and recognize the CGLS as a fundamental tool for the social and political change in ESF, even despite some weaknesses. The achievement of this study has allowed a reflection on the commitment to being a professional nurse and a human being, to society and mainly to the popular social classes and the possibilities for empowerment, developed in the communities under research, having the Family health teams as a starting point.

Keywords: Strategy, health family, community empowerment, environmental education, public policies.

RESUMEN

COSTA, Denise Duarte Grafulha da. Empoderamiento de las comunidades con los Consejos Locales gerentes de Salud: La voz de los trabajadores de la Estrategia de la Salud de la Familia y la educación ambiental. 2011. 134f. Tesis (Doctorado en Educación Ambiente) – Postgrado en Educación Ambientd de la Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande. Orientadora: Prof^a Dr^a Valéria Lerch Lunardi.

El presente estudio surgió del interés en entender la Educación Ambiental, como un camino a ser recorrido, en vista de nuestro compromiso con la sociedad en la tentativa de construir propuestas colectivas y de tener una nueva visión, en que los usuarios dejen de ser “pacientes”, tornándose sujetos de acción de su propia historia de vida. Con el objetivo de: **comprender el proceso de empoderamiento de la comunidad, a partir del trabajo desarrollado por la Estrategia de Salud de la Familia (ESF)**, se há realizado un estudio cualitativo, descriptivo, exploratorio, a partir de las entrevistas semi-estructuradas con veinte y tres profesionales de salud de ocho Unidades Básicas de Salud de la Familia de comunidades que disponen de Consejo Local Gestor de Salud (CLGS). Mediante análisis textual, se construyó dos categorías: 1) La autonomía como expresión del empoderamiento, que se concretiza através de la organización del servicio de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF); de la relación dialógica como base de las relaciones construidas entre profesionales de la salud de la familia y la comunidad y paño de fondo de una propuesta educativa en salud; y de la ampliación del conocimiento de esta comunidad, exteriorizándose através de una mayor Participación política, de la cobranza de sus derechos y, también, de una mayor adhesión al cuidado; 2) Fragilidades en el proceso de empoderamiento de las comunidades, relacionándose a las fragilidades en el equipo de la Salud de la Familia que puede actuar en busca de la obediencia del usuario, utilizándose de amenazas y provocando miedo, con manipulación del cuidado; y las fragilidades en las políticas públicas de salud, lo que puede comprometer el empoderamiento de los sujetos y la promoción de la salud. Se considera que los trabajadores de salud están comprometidos, mismo que de diferentes maneras, a contribuir para promover la calidad de vida y de salud de los clientes, creyendo en el empoderamiento de los sujetos y reconocen el CLGS, como una herramienta fundamental en la transformación social y política en la ESF, mismo con algunas fragilidades. La realización de ese estudio permitió una reflexión acerca del compromiso como profesional enfermera y como ser humano, con la sociedad y principalmente con las clases populares y las posibilidades de empoderamiento desarrolladas en las comunidades estudiadas , a partir del trabajo de los equipos de salud de la familia.

Palabras clave: Estrategia Salud de la Familia, empoderamiento de la comunidad, educación ambiental, políticas públicas.

LISTA DE SIGLAS

ESF- Estratégia Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CMS- Conselho Municipal de Saúde

CGLS- Conselho Gestor Local de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

EA – Educação Ambiental

MEC – Ministério de Educação e Cultura

ONU – Organização das Nações Unidas

MA – Micro área

MS – Ministério da Saúde

FURG – Universidade Federal do Rio Grande

SMS- Secretaria Municipal da Saúde

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Pesquisa

LOS- Lei Orgânica de Saúde

PNMA- Política Nacional de Meio Ambiente

SISNAMA- Sistema Nacional de Meio Ambiente

MEC- Ministério de Educação e Cultura

CNUMA- Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento

COPASAD- Conferência Pan-Americana sobre saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável

CMS- Conferência Mundial da Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde

UNICEF- Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para Infância

NEPES- Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde

CEPAS- Comitê de Ética em Saúde

CONAMA- Conselho Nacional de Meio Ambiente

APS- Atenção Primária à Saúde

APA- Atenção Primária Ambiental

PNEA- Programa Nacional de Educação Ambiental

PRONEA- Política Estadual do Meio Ambiente

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUZINDO O TEMA | 15 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO | 24 |
| 2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL..... | 24 |
| 2.1.1 Estratégia saúde da família | 29 |
| 2.1.2 Educação ambiental | 30 |
| 2.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A EDUCAÇÃO AMBIENTAL | 36 |
| 2.3 EMPODERAMENTO | 39 |
| 2.4 CONTROLE SOCIAL..... | 44 |
| 2.5 PROCESSO EDUCATIVO A PARTIR DE FREIRE E CIDADANIA | 48 |
| 3 CONSTRUINDO UM CAMINHO METODOLÓGICO | 51 |
| 3.1 TIPO DE ESTUDO | 51 |
| 3.2 O LOCAL DE ESTUDO | 52 |
| 3.2.1 Caracterizando os locais de estudo | 53 |
| 3.3 OS SUJEITOS DO ESTUDO | 54 |
| 3.4 ENTREVISTAS..... | 55 |
| 3.5 ANÁLISE DOS DADOS | 57 |
| 3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA | 58 |
| 4 APRESENTANDO OS RESULTADOS | 59 |
| 4.1 AUTONOMIA COMO EXPRESSÃO DO EMPODERAMENTO | 60 |
| 4.1.1 Organização do serviço da estratégia de saúde da família..... | 60 |
| 4.1.2 Reação dialógica como base..... | 69 |
| 4.1.2.1 Direito de divergir | 70 |
| 4.1.3 Ampliação do conhecimento..... | 74 |
| 4.1.3.1 Participação política | 75 |
| 4.1.3.2 O usuário cobrando seus direitos | 79 |
| 4.1.3.3 Adesão ao cuidado..... | 86 |
| 4.2 FRAGILIDADES NO PROCESSO DE EMPODERAMENTO DAS COMUNIDADES..... | 91 |
| 4.2.1 Fragilidades na equipe de saúde da família..... | 91 |
| 4.2.1.1 Busca da obediência | 93 |
| 4.2.1.2 Ameaças e medo..... | 96 |

| | |
|--|------------|
| 4.2.1.3 Manipulação do cuidado..... | 98 |
| 4.2.2 Fragilidades nas políticas públicas de saúde..... | 101 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 112 |
| REFERÊNCIAS..... | 117 |
| APÊNDICE A – Guia de entrevista gravada com profissionais da ESF..... | 126 |
| APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido para os usuários | 128 |
| APÊNDICE C – Declaração de responsabilidades pela condução científica do projeto..... | 130 |
| APÊNDICE D - Declaração da secretária municipal de saúde, para execução do projeto de pesquisa..... | 131 |
| APÊNDICE E – Ofício solicitando autorização junto a secretaria municipal de saúde, para implementação da pesquisa..... | 132 |
| APÊNDICE F – Ofício solicitando autorização junto a coordenação da estratégia saúde da família, para implementação da pesquisa..... | 133 |
| ANEXO - Ofício de apresentação do projeto ao comitê em pesquisa na área da saúde – CEPAS..... | 134 |

1 INTRODUZINDO O TEMA

Durante minha caminhada profissional como enfermeira e educadora, muitos foram os questionamentos frente ao meu compromisso com a sociedade. A preocupação em melhorar a minha vida e a dos outros me acompanhou durante esses anos; sempre quis me comprometer nas relações sociais, avançando na graduação de enfermagem, especialização, mestrado e doutorado. Atribuo essa preocupação, também, à educação que recebi, sendo filha de professora, ela sempre acreditou na educação como possibilidade de transformação e mudança nas práticas culturais e sociais.

Já como enfermeira, trabalhando na assistência e voltada para o cuidado nos mais diversos campos de atuação da enfermagem, dentre eles o hospital, pude perceber a importância de educar em saúde. A prática assistencial no hospital me fez entender melhor a importância de ser enfermeira, de compreender que precisava fazer mais que executar tarefas assistenciais, embora percebesse a necessidade de cumprir com planos de cuidados e prescrições, considerando sua relevância para a recuperação dos pacientes. O diálogo com os pacientes significou muito, mas o saber ouvir foi um grande aprendizado.

Posso dizer que as vivências no hospital contribuíram para minha construção de sujeito, sujeito de ação, de transformação, pois foi a partir dessa prática que muitas questões emergiram, especialmente em relação aos clientes. Assim, questionava-me: Como viviam fora da instituição hospitalar? Como cuidavam de sua saúde? Como entendiam o seu processo de saúde - doença? Como era o ambiente em que viviam? Porque adoeciam? Enfim, como era o cotidiano desses clientes que estavam hospitalizados e de suas famílias?

Os clientes internados nessa instituição hospitalar pertenciam a um contexto socioambiental, possivelmente, a uma família e a uma comunidade. O modo como viviam fora da instituição tornava-se objeto de meu questionamento, ou seja, o que poderia ter contribuído para que evoluíssem para seu adoecimento, muitos deles portadores de doenças crônicas, requerendo hospitalização?

Começava a despertar a vontade de trabalhar mais de perto com essas famílias, com o enfoque de prevenção de doenças e de promoção da saúde, conhecendo o seu cotidiano fora da instituição hospitalar e valorizando seu contexto

socioambiental. Entendia minha profissão como vocação e a prática no hospital como mobilizadora para uma caminhada de sonhos e planos e de que poderia “ser mais”.

O processo vivido naquele momento me despertava um novo desejo de “fazer” e de “ser”. Um desejo de desenvolver uma prática para além daquela que desenvolvia à beira do leito dos pacientes, uma prática que apontasse estratégias de saúde para que, assim, estivessem mais instrumentalizados para mudar ou não o rumo de sua história. Com essa intenção, deixei o hospital em busca da atenção básica, passando a atuar junto ao cotidiano dessas famílias e a conhecer mais proximamente o ambiente onde estavam inseridas.

Atuando na atenção básica, nos bairros mais afastados do centro da cidade, em condições socioeconômicas mais difíceis, entendi que a Educação Ambiental era um caminho a ser percorrido, em vista do compromisso com a sociedade na tentativa de construir propostas coletivas e de ter um novo olhar, onde os pacientes deixassem de ser “pacientes” tornando-se sujeitos de ação, de sua própria história de vida.

Nas áreas de territorialização das equipes de Saúde da Família, o cenário atual comumente é permeado de riscos sociais e ambientais, de miséria, cujas condições de saúde dos sujeitos são insalubres, necessitando ser modificadas. Pode-se dizer que são vários os problemas socioambientais a serem trabalhados. A organização do trabalho dessas equipes considera o perfil de cada localidade, observando-se as características demográficas como sexo, faixa etária, moradia e distribuição espacial; as principais doenças e agravos diagnosticados e as condições que influenciam esses problemas. Dessa maneira, é feito um levantamento das informações, partindo do cadastro de cada família, identificando a situação de saúde da comunidade e posteriormente traçando o plano de ação e de trabalho de acordo com o diagnóstico da comunidade encontrado.

Nos últimos anos tenho atuado como Enfermeira na atenção básica especificamente em uma Equipe de Saúde da Família, no município do Rio Grande. Convive-se, comumente, com a falta de saneamento básico, de alimentos, de água com qualidade, bem como com poluição, manejo inadequado do lixo, marginalização, tráfico de drogas, abuso sexual, estupros, violência doméstica, analfabetismo, evasão escolar, crianças com imunizações atrasadas ou sem

imunizações, crianças sem registro de nascimento, adultos sem qualquer documento, desemprego, múltiplas manifestações de desrespeito ao ser humano e ao ambiente. Existem também outros problemas ligados diretamente a doenças, e que acometem a comunidade de um modo geral, tais como: alguns tipos de câncer determinados por exposição a substâncias existentes no meio, doenças associadas à falta de saneamento como as parasitoses, hepatites, diarreias infecciosas, doenças respiratórias, tuberculose e as mais variadas doenças sexualmente transmissíveis, dentre outras.

Acredito que essas doenças poderiam ser evitadas se o Estado tivesse um maior comprometimento com o que foi firmado na Constituição Federal de 1988, sendo a saúde um direito de cidadania e um dever do Estado. Dessa maneira, ter-se-iam políticas públicas de saúde mais firmes e atuantes, comprometidas com a comunidade, com a disseminação do conhecimento sobre suas causas, conseqüências e riscos através da implantação de um trabalho de gestão participativa na resolução dos problemas da comunidade e, conseqüentemente, com maior capacidade de enfrentamento.

Essas propostas necessariamente precisam contemplar ações que contribuam para o empoderamento da comunidade, discutindo coletivamente o seu plano de cuidados, entendendo a importância de sua participação nos espaços políticos e sociais que ocupam e, conseqüentemente, na tomada de decisões, sendo o Conselho Local de Saúde (CLGS) um desses espaços.

O CLGS é um espaço político fundamental para o empoderamento da comunidade. Atua localmente dialogando acerca das dificuldades e facilidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e deve estar articulado politicamente como parte integrante da política da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da comunidade. Esse movimento, denominado de controle social, envolve todos os atores sociais no processo dialógico: gestores, trabalhadores técnicos e assistenciais, prestadores de serviços e representantes da população.

De acordo com Freire e Shor (2006), o diálogo não pode ser usado como uma tática para manipular os sujeitos, o diálogo faz parte da natureza histórica dos seres humanos. O processo dialógico é visto como postura necessária uma vez que os seres humanos transformam-se cada vez mais em seres criticamente comunicativos, sendo esse processo essencial para refletir sobre sua realidade, como a fazem e a

re-fazem, sobre o que se sabe e o que não se sabe; sendo assim, pode-se atuar criticamente para transformar a realidade. Portanto, mesmo sabendo que o processo de comunicação, de construção de conhecimento, de mudança, tem uma dimensão individual não é suficiente para explicar o processo dialógico, porque conhecer é um evento social.

Então, neste processo dialógico, as questões ambientais vivenciadas cotidianamente pela coletividade necessitam ser valorizadas e discutidas para que contemplem e focalizem o conhecimento das suas necessidades cotidianas. A promoção da saúde, o conhecimento acerca do ambiente, dos seus possíveis riscos para o processo de viver dos sujeitos parece fundamental para o fortalecimento da sua condição de cidadãos e para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas, numa tentativa de transformação. O processo de empoderamento dos indivíduos amplia o controle sobre suas vidas, através da participação e da transformação de sua realidade social e política. O indivíduo amplia o controle de sua vida e seu enfrentamento, portanto, o conhecimento de sua realidade, conseqüentemente, amplia seu conhecimento sobre os determinantes do processo saúde – doença. (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007).

Segundo Vasconcelos (2001, p. 4), mostra-se necessário:

trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento.

Trabalhar empoderamento em saúde na atenção básica é um desafio. Não considero tarefa fácil, mas a ESF permitiu avançar alguns aspectos. A área da saúde tem mudado nesses últimos anos, mas muito ainda se pode fazer para que o cliente seja partícipe no seu processo saúde–enfermidade. Entendo que trabalhar num processo dialógico seja um caminho a ser percorrido em busca de seu enfrentamento.

O processo de educação em saúde dos sujeitos não deve estar baseado na educação bancária. Educação na concepção bancária é o ato de transferir, transmitir, depositar valores e conhecimentos. Deve ser sim uma troca entre a realidade encontrada e as estratégias de saúde propostas. Assim, o cliente pode interessar-se e comprometer-se a participar do seu cuidado. Impor situações e temas previamente elaborados permite somente a satisfação individual de que o

“recado” foi dado, mas corre-se o risco de não se ser aceito, e dessa maneira, a educação em saúde pode não acontecer.

As atividades de educação em saúde não podem ser conduzidas somente com o “programa da ocasião” ou com “a epidemia em pauta”, nem com os interesses individuais dos profissionais que prestam assistência, porque pode se tornar uma relação utilitarista com a comunidade. A educação em Saúde é a prática do conhecimento do setor saúde que tem se ocupado diretamente com a criação de vínculos entre a ação profissional e o pensar e fazer cotidiano da população.

No país, diferentes práticas têm marcado a história da Educação em Saúde. A participação de profissionais de saúde nas experiências de Educação Popular, a partir dos anos 70, trouxe para a área da saúde uma cultura de relações entre as classes populares, representando um marco na ruptura com a educação autoritária, normatizadora e tradicional de Educação em Saúde. (VASCONCELOS, 2001).

Freire (2005) foi o pioneiro no trabalho de sistematização teórica da Educação Popular, a Pedagogia do Oprimido tem repercussão em todo o mundo. A educação popular é um modo de participação em que agentes eruditos: professores, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde e outros, buscam trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, articulando formas coletivas de aprendizado e investigação; dessa forma promove o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. (VASCONCELOS, 2004).

Deve-se levar em conta o saber popular e as condições de vida dessa população, para que assim, possam transformar “pacientes” em cidadãos co-partícipes do processo de construção da saúde. (ALBUQUERQUE, 2004). Nesse sentido, Freire (2005) coloca-se em cena com o empoderamento comunitário em saúde. Fala da Educação Libertadora e Problematicadora e da conscientização como mediação para a autonomia e a autoria do mundo, para sensibilizar e contribuir, para conscientizar-se da necessidade de empoderar-se, não como uma ação vertical dos profissionais de saúde frente à população, o que é característico da educação bancária.

A educação problematicadora ocorre através de um esforço permanente, em que os homens vão percebendo criticamente como estão sendo no mundo e com quem, uma educação como prática da liberdade, diferente daquela prática da

dominação, negando o homem isolado, abstrato, solto, desligado do mundo. (FREIRE, 2005). O homem é sujeito de ação; então, tem que ser capaz de decidir suas questões de saúde, de empoderar-se como um sujeito inserido em determinado contexto social, político, econômico e cultural, tomando decisões que vão garantir sua qualidade de vida e de saúde. Ações que coloquem em prática o seu papel de sujeito de decisão. De acordo com Verdi e Caponi (2005, p. 86):

é importante referir que tanto no campo das estratégias preventivas como o daquelas de promoção da saúde não são zonas francas em relação ao direito de escolhas das pessoas, deveriam superar o caráter paternalista, transfigurando a compreensão de paciente para de sujeito detentor de direitos e poder de decisão.

Educar em saúde é refletir sobre o cotidiano, sobre costumes e hábitos, onde é desenvolvida a prática educativa e assistencial; questionar comportamentos é oferecer possibilidades para que o sujeito possa refletir, repensar e transformar ou não a sua vida de maneira a ter uma melhor qualidade de vida na sua realidade e, sucessivamente, manter sua saúde. De acordo com Freire (1980), somente o homem é capaz de tomar distância frente ao mundo, admirando-o ou objetivando-o, somente ele é capaz de agir conscientemente sobre a realidade objetivada, a práxis humana, a unidade indissolúvel entre minha ação e minha reflexão sobre o mundo. A conscientização desvela a realidade, ela não pode existir fora da práxis, ou seja, sem o ato ação-reflexão, constituindo, de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza o homem. É importante investir e acreditar na construção de uma atenção à saúde em que os sujeitos envolvidos e os grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas em que o modelo biomédico de saúde seja transformado no cotidiano de sua prática. (VASCONCELOS, 2004).

Diversos estudos realizados em comunidades, entre os quais os de: Feijó, (2001); Wong, (2002); Heidemann, (2006); Cordeiro, (2008) apontam a necessidade de trabalhar o empoderamento em saúde para uma melhor qualidade de vida e, portanto, de saúde dos sujeitos e como prática emancipatória e de fortalecimento das comunidades. A ESF estimula o empoderamento da comunidade, mediante o estabelecimento de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população. Estimula a organização da comunidade para exercer o controle social das ações e serviços de saúde, utilizando sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões, atuando de forma intersetorial, por meio de

parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendam a especificidade do setor saúde, com efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde, dos sujeitos-famílias-comunidade. (SAMPAIO, 2004).

A ESF deve ser espaço de construção da cidadania, assim como de empoderamento como prática de promoção da saúde em prol da melhoria da qualidade de vida. Tem como ferramentas elementos e indicadores de saúde desta população que apontam seus direitos e deveres, evoluindo para um processo de mudança, em que a comunidade perceba o seu poder político na sociedade para a construção de uma vida de melhor qualidade, identificando, na participação e no controle social, através do CLGS, um caminho a ser percorrido em busca de seus interesses e, portanto, de uma saúde com maior qualidade para todos. O sujeito como ator social desse cenário adquire controle sobre questões do seu interesse. (BRASIL, 2009).

A estrutura organizacional da Atenção Básica tem na Saúde da Família a estratégia essencial para o desenvolvimento da capacidade de empoderamento da comunidade, porque estimula a participação popular e o controle social. Acredito que, junto à ESF, devem-se trabalhar as questões socioambientais, já que o processo de saúde está diretamente vinculado ao ambiente.

Meio Ambiente é definido como:

um lugar determinado e/ou percebido onde estão em relações dinâmicas e em constante interação os aspectos naturais e sociais. Essas relações acarretam processos de criação cultural e tecnológica e processos históricos e políticos de transformação da natureza e da sociedade. (REIGOTA, 2006, p. 21).

Assim, considerando o trabalho realizado na ESF nos bairros do município do Rio Grande, após dez anos, com vinte e seis equipes implantadas no município, tenho me questionado acerca das possibilidades de empoderamento desenvolvidas nessas comunidades, a partir do trabalho das equipes de Saúde da Família Implantadas.

Atuando na estratégia há nove anos em diferentes bairros pude vivenciar experiências em unidades de Saúde da Família e constatar diferentes realidades. Nesse sentido, parece que a comunidade, quando estimulada pela equipe em realizar um trabalho em parceria, consegue entender melhor a importância do controle social para a sociedade.

Assim, foi possível perceberem o ambiente onde convivem, sendo mais respeitado e organizado quando os sujeitos conseguem avançar em processos de reflexão. De acordo com Freire (1980), o homem não pode participar da história de sua sociedade, se não é auxiliado a tomar consciência dessa realidade e de sua própria capacidade para transformá-la.

Ainda, para Baquero (2007, p. 142):

empoderamento, enquanto categoria perpassa noções de democracia, direitos humanos e participação, mas não se limita a essas. É mais do que trabalhar em nível conceitual, envolve o agir, implicando processos de reflexão sobre a ação, visando uma tomada de consciência a respeito de fatores de diferentes ordens econômica, política e cultural que conformam a realidade, incidindo sobre o sujeito.

Assim, considerando a relevância do trabalho da ESF para o empoderamento das comunidades, apresenta-se a seguinte questão de pesquisa:

- Como o trabalho realizado pela equipe de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família contribuiu para o processo de empoderamento das comunidades?

Tem-se como objetivo geral:

- Compreender o processo de empoderamento das comunidades, a partir do trabalho desenvolvido pela ESF.

E como objetivos específicos:

- Apontar evidências de empoderamento dessa comunidade;
- Identificar práticas de saúde que contribuam para o empoderamento da comunidade.

Tem-se como TESE: O trabalho desenvolvido pelos trabalhadores de saúde da equipe da estratégia de saúde da família, nas unidades que possuem CGLS, contribuiu para o empoderamento das comunidades.

Com essas intenções, a presente tese foi organizada em cinco capítulos. O capítulo I, Introduzindo o Tema, aborda a minha trajetória profissional, desde a prática assistencial até os caminhos da pós-graduação, destacando as diferentes vivências que contribuíram para a minha construção de sujeito pesquisador e ator social no Sistema Único de Saúde.

No Referencial Teórico, capítulo II, abordo: as Políticas Públicas de Saúde no Brasil, a Estratégia de Saúde da Família e a Educação Ambiental, o Empoderamento, o Controle Social e o Processo Educativo a partir de Freire.

No capítulo III, Construindo um Caminho Metodológico, explico o caminho percorrido para a realização desta pesquisa.

Na Apresentação dos Resultados, desenvolvo duas Categorias: Autonomia como expressão do empoderamento e Fragilidades da equipe da Estratégia da Saúde da Família e Fragilidades nas Políticas Públicas.

Finalizando, o capítulo V apresenta as considerações finais do trabalho realizado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta as Políticas Públicas de Saúde no Brasil, destacando a Estratégia de Saúde da Família como processo de trabalho. Após, aborda marcos históricos relevantes na evolução da Educação Ambiental e vínculos entre a Estratégia Saúde da Família e a Educação Ambiental. Dando continuidade, apresenta o Empoderamento no cenário das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, o controle social no contexto da Estratégia de Saúde da Família e o Processo Educativo a partir de Freire e Cidadania.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

O atual sistema de saúde brasileiro sofre reflexo de governos anteriores. O governo militar imposto pela Revolução de 1964 deixou marcas de posturas arraigadas a modelos autoritários de saúde. As relações sociais sofriam reflexos das ciências políticas fundamentadas no marxismo. (PAIM, 2008). A sociedade brasileira construiu sua história marcada pelo autoritarismo e pela exclusão, desde sua origem (BARROS, 1998), marcada pela ditadura com um perfil vertical entre classes, Estado e Sociedade.

Os serviços de saúde eram comercializados, portanto, não eram para todos, mas somente acessíveis aos trabalhadores segurados. A população, que não podia pagar, ficava à espera dos hospitais Universitários, ou das Santas Casas de Misericórdia, que atendiam a indigentes ou carentes, como eram conhecidos os que não possuíam recursos. (PEREIRA NETO, 2008).

Centrado nos serviços privados, esse modelo foi hegemônico até o fim dos anos 70, período em que a saúde brasileira entrou em profunda crise fiscal. Nesse período, não havia interesse político para que o sistema de saúde pública, centros de saúde, hospitais públicos e ambulatórios funcionassem; assim, os serviços médicos privados e hospitais foram contratados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS. (PAIM, 2008).

A crise econômica na área da saúde se instala, o povo revolta-se e pede mudanças, mas o governo decide priorizar os interesses particulares em relação aos públicos e a população não tem participação nas decisões. Por ser um período de

ditadura militar, havia muita censura e pouco se falava no assunto na imprensa. Então, no final dos anos 70, começaram a surgir, em algumas cidades, movimentos políticos denunciando o modelo de saúde vigente, trazendo outra proposta para a área de saúde: o “movimento sanitário”. O povo manifestava-se através das universidades, movimentos sociais, sindicais, populares, partidos políticos dando início ao movimento da reforma sanitária. Um movimento que nasceu em oposição ao modelo tradicional e excludente de saúde na luta contra a ditadura, tendo como foco a Saúde e a democracia, estruturando-se nas universidades, nos movimentos sindicais e em experiências regionais de organização de serviços e em partidos de oposição da época. (PAIM, 2008).

O movimento da Reforma Sanitária foi crescendo e divulgando suas idéias entre parlamentares, lideranças políticas, sindicais e populares. Em 1979, houve discussões sobre as Políticas que culminaram em vários simpósios e seminários acerca da saúde. Em 1986, com a VIII Conferência Nacional da Saúde, deflagra-se a consolidação do SUS. Surgiram também outras propostas de reorganização dos serviços em nível estadual, municipal e local de saúde. (AROUCA, 1998).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, foi um marco para a população, consolidando-se, então, o movimento da Reforma Sanitária, definida como um conjunto de idéias em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde e no caminho da democracia. (AROUCA, 1998). Escorel (1998) definiu o movimento sanitário como um grupo de pessoas e grupos partidários ou não, articulados ao redor de um determinado projeto. A Reforma Sanitária no Brasil é definida como estratégia política e como um processo de transformação institucional, tendo como projeto e trajetória de institucionalização a reformulação de um campo do saber. Emergiu como parte da luta pela democracia e já ultrapassa três décadas, alcançando também a garantia constitucional do direito universal à saúde e à construção institucional do SUS. (TEIXEIRA, 2009).

Essa conferência teve papel importante na medida em que seu relatório final serviu de base para elaboração do capítulo da Saúde na Constituição Federal de 1988 e reafirmou o reconhecimento da saúde como um direito de todos e um dever do Estado. O conceito ampliado de saúde e dos seus determinantes, assumido pela 8ª CNS e posteriormente incorporado pela Constituição da República e pela legislação, fundamenta-se na produção teórico-crítica da Saúde Coletiva no Brasil.

As propostas do SUS de rede regionalizada de serviços de saúde, de atendimento integral, de participação da comunidade e de ações de promoção e recuperação da saúde iniciam mudanças no sistema de saúde anterior que era caótico, sem qualidade, autoritário, ineficiente e descomprometido com a saúde da população. (NETO, 1998).

A Constituição de 1988 inclui pela primeira vez uma seção sobre saúde no capítulo denominado Seguridade Social:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da Sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

Universalidade da cobertura e do atendimento;

Uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

Seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

Irredutibilidade do valor dos benefícios;

Equidade na forma de participação no custeio;

Diversidade da base de financiamento;

Caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

Seção II:

Art. 196. A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1999a).

A Constituição Federal também previa a elaboração e a aprovação das leis Orgânicas com a intenção de regulamentar e organizar a saúde e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. No entanto, a aprovação da Lei Orgânica da Saúde - LOS só ocorreu no segundo semestre de 1990, após muita negociação do Ministério da Saúde com o movimento da Reforma Sanitária. (PEREIRA NETO, 2008). As leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990, são leis nacionais com caráter e norma geral e contêm as diretrizes e os limites que devem ser respeitados pela União, Estados e Municípios. Cada vez que uma esfera de poder político atua em território nacional, essa atuação deve estar obrigatoriamente vinculada à disciplina imposta na LOS. (DALLARI, 1998). Sendo assim todas “as ações e serviços de saúde, são executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas, de direito Público ou privado”. (BRASIL, 1990, p. 1).

O SUS é definido legalmente como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, (SUS) (Lei nº 8.080, art. 4º). Tem como objetivos:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II – a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no §1º do art. 2º desta lei;
- III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (BRASIL, 1990a).

A Lei nº 8.142/90 determina a participação da sociedade civil organizada na gestão do Sistema, define conselhos e conferências de saúde como instâncias mandatórias que, em níveis nacional, estadual e municipal, institucionalizam a participação. (MOREIRA; ESCOREL, 2009). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, condicionando o recebimento dos recursos financeiros à existência do Conselho Municipal da Saúde, funcionando de acordo com a sua legislação. (NÉDER, 1998). Aos municípios cabe a elaboração de suas próprias normas para garantir o direito à saúde do povo de um determinado território, através de sua Lei Orgânica Municipal, constituição do município. Nela, o cidadão tem normas legais que, subsidiárias às federais e estaduais, disciplinam as relações entre o poder Executivo e Legislativo e entre esses e os munícipes, estabelecendo as atribuições daqueles poderes, suas limitações e abrangências, papel que cada um cumpre em relação ao outro. Fixando, em síntese, a moldura às relações políticas e sociais municipais. (SANTA MARIA, 1990).

O atual sistema de saúde brasileiro vem sofrendo modificações políticas de acordo com o seu momento histórico no decorrer dos tempos; hoje se têm reflexos de governos anteriores. Pode-se dizer que a área da saúde é marcada por acontecimentos históricos e políticos que contribuíram para as mudanças neste setor. Conquistas foram alcançadas na ordem dos direitos civis e políticos, conquistas de liberdade de expressão, religiosas, liberdade de associação, igualdade perante a lei. O direito ao voto foi estendido aos não proprietários, às mulheres, aos analfabetos e aos menores entre dezesseis e dezoito anos. Mas cidadania define direito civil, político e social. Os direitos sociais se referem aos de

condições de vida em sua abrangência. De acordo com o artigo sexto do capítulo II, Dos Direitos Sociais da Constituição:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 1999a).

Entretanto, com todo o avanço dos direitos sociais, sabe-se que grande parte da população brasileira vive distante de exercer sua cidadania. O plano de vida real é diferente do Constitucional (BARROS, 1998), embora após quase duas décadas do processo de institucionalização do SUS, aconteceram avanços nos serviços de saúde e entre eles destacam-se os processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. O documento das Diretrizes do Pacto pela saúde em 2006, publicado na Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 em suas três dimensões, pela vida, em defesa do SUS e de Gestão possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. (BRASIL, 2007).

A partir dessas mudanças novos programas surgem, dentre eles, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, provocando alterações tanto nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde, quanto na forma de organização dos serviços. O PACS foi criado com o objetivo de diminuir a mortalidade infantil e materna, tendo sido inicialmente implantado nas regiões Norte e Nordeste, por se constituírem em áreas mais necessitadas e carentes. Pode-se dizer então que o PACS impulsionou a formulação do PSF como seu antecessor. O PSF tem como diferencial as concepções de integração com a comunidade, com um enfoque não centrado apenas na intervenção médica e no indivíduo, mas na família, com uma dinâmica de ações de saúde preventiva. (VIANA; POZ, 1998).

2.1.1 Estratégia saúde da família

Na década de 80, no Brasil, instalou-se uma crise nas finanças públicas, sendo necessária a adoção de novas políticas públicas de saúde. O PSF começa a ser implantado nos municípios em setembro de 1994. A ESF tem como proposta reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional numa tentativa de melhorar a qualidade de vida das famílias brasileiras.

A ESF é uma reorganização dos modelos de assistência operacionalizada, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes são compostas no mínimo por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e até doze agentes comunitários de saúde. Cada equipe é responsável por um número determinado de famílias em uma área geográfica, também, delimitada (território).

São itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família:

I – existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta no mínimo por, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou um técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde; II – número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família; III – existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimento de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família. (BRASIL, 2007b).

As equipes atuam com ações de promoção, prevenção, recuperação de saúde e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde da comunidade. A ESF tem apresentado um crescimento expressivo nos últimos anos, mas precisa estar alicerçada em um processo que permita a real substituição de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e a produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e na qualidade de vida da comunidade assistida. Na ESF, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é considerado um instrumento idealizado para agregar e para processar as informações sobre a população visitada. Essas informações são recolhidas em fichas de cadastro e de acompanhamento e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados.

São Princípios Gerais da ESF, além dos princípios gerais da Atenção Básica, os seguintes:

I – ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes de Saúde da Família atuam; II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população; III – desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizada com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; IV- buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência para o desenvolvimento de parcerias; e V ser espaço de construção da cidadania. (BRASIL, 2007b).

No que se refere à territorialização, parece importante destacar que:

A territorialização não deve ser entendida somente como a divisão geográfica das equipes. A escolha das áreas, quase sempre é orientada prioritariamente à existência de riscos sociais e ambientais e a organização do trabalho leva em conta o perfil de cada localidade, tendo-se em conta as características demográficas como sexo, faixa etária, moradia e distribuição espacial; as principais doenças e agravos diagnosticados e as condições que influenciam esses problemas. (SAMPAIO; LIMA, 2004, p. 1).

A ESF, então, é um modelo de assistência que nos permite conhecer mais proximamente as reais necessidades das comunidades e de suas famílias, levando em conta o perfil ambiental e os problemas socioambientais que necessitam ser trabalhados. Para que essa prática aconteça efetivamente, é necessário que ocorra um planejamento das ações em equipe, e esse planejamento só é possível à medida que se conhece a comunidade assistida. Trabalhar na atenção primária é usar ferramentas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, através de ações de assistência, mas centrada na educação ambiental, uma vez que o foco é o sujeito e a família inserida em seu contexto ambiental.

2.1.2 Educação ambiental

A degradação ambiental não é processo somente dos dias atuais.. A sociedade moderna sofre hoje o impacto das novas tecnologias e vem gradativamente acelerando tal processo no decorrer da história das civilizações. É possível que um dos principais problemas atuais seja a falta de conscientização acerca da necessidade de preservação e respeito ao meio ambiente que, desde o

início da colonização, vem caracterizando o país brasileiro, quando a preocupação predominantemente era a extração dos recursos, o que provavelmente passou a fazer parte do inconsciente coletivo, sendo transmitida até a atualidade. Essa realidade pode ser transformada com participação política, através da luta de classes e da superação das desigualdades sociais. O engajamento político pode ser uma estratégia para o enfrentamento de uma EA mais participativa, justa e comprometida.

Presencia-se no dia a dia uma falta de compromisso com o meio ambiente, pode-se dizer até uma “falta de educação”. No entanto, “o desenvolvimento sustentável está alicerçado em cinco pilares: social¹, ambiental², territorial³, econômico⁴ e político⁵”. (SACHS, 2004, p. 14).

O crescimento, mesmo que acelerado, não deve ser sinônimo de desenvolvimento. O desenvolvimento vai além, exige um equilíbrio, evita a armadilha da competitividade, a autodestruição baseada na depreciação da força de trabalho e dos recursos naturais. O pensamento deve estar articulado também às gerações futuras. (SACHS, 2004). O ser humano passa a se dar conta de que é preciso uma mudança radical na sua maneira de “estar no mundo”, quando sofre as consequências no planeta desde catástrofes ambientais até escassez de consumos básicos do cotidiano, passando a viver de forma mais organizada e comprometida com o seu modo de viver e de se relacionar. A história da EA vem ocorrendo através dos tempos, mesmo que de forma tímida, mas necessária, de maneira que a população entenda que é preciso mudar. Torna-se cada vez mais relevante consolidar novos paradigmas educativos e de saúde, principalmente a transformação de atitudes. Sendo assim, faz - se necessário fazer um breve resgate de alguns marcos históricos relevantes na evolução da EA a partir da Conferência de Belgrado, em Estocolmo (1975).

¹ Social - Fundamental por motivos intrínsecos e instrumentais, por causa da perspectiva de ruptura social que paira de forma ameaçadora sobre muitos lugares problemáticos do nosso planeta.

² Ambiental – Nas suas dimensões de sistemas de sustentação da vida como provedores de recursos e como recipientes para a disposição de resíduos.

³ Territorial - Relacionado à distribuição espacial dos recursos, das populações e das atividades.

⁴ Econômico - A viabilidade econômica e a *conditio sine qua non* para que as coisas aconteçam.

⁵ Político - A governança democrática é um valor fundador e um instrumento necessário para fazer as coisas acontecerem, a liberdade faz toda a diferença (SACHS, 2004,P.14).

Em 1970, a EA foi definida como “o processo de reconhecimento de valores e de atitudes necessárias para entender e apreciar as inter-relações entre o homem, sua cultura e seu ambiente biofísico circunjacente”. (DIAS, 1994, p. 25).

Na década de 80, no Brasil, o presidente João Figueiredo sancionou a Lei nº 6.938, de 1981, “precursora/geradora da maior parte do que atualmente compõe o sistema brasileiro de gestão ambiental”. O controle ambiental no país inicia-se jurídica e institucionalmente a partir dessa lei, que estabelece a Política Nacional de Meio Ambiente (PNMA), sendo então legitimado o avanço na legislação ambiental a partir da criação do Sistema Nacional de Meio Ambiente (SISNAMA) e do Conselho Nacional de Meio Ambiente (CONAMA).

Art. 2º. A Política Nacional do Meio Ambiente tem por objetivo a preservação, melhoria e recuperação da qualidade ambiental propícia à vida, visando assegurar, no País, condições ao desenvolvimento socioeconômico, aos interesses da segurança nacional e à proteção da dignidade da vida humana, tendo entre outros princípios: X – educação ambiental a todos os níveis do ensino, inclusive a educação da comunidade, objetivando capacitá-la para participação ativa na defesa do meio ambiente. (BRASIL, 1981).

Em 1987 é aprovado pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC) o parecer nº 226/87 que considera necessária a inclusão da EA nos conteúdos curriculares nas escolas de 1º e 2º graus.

Já a Constituição Brasileira, aprovada em 1988, contém vários artigos que tratam da questão Ambiental:

Art. 225. Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações”. § 1º “Para assegurar a efetividade desse direito, incumbe ao Poder Público”. VI – “promover a educação ambiental em todos os níveis de ensino e a conscientização pública para a preservação do meio ambiente. (BRASIL, 1999a).

Em 1989, a Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), convoca a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento (CNUMAD), a qual ficou conhecida como “Cúpula da Terra” marcando sua realização para Junho de 1992, de maneira a coincidir com o dia do Meio Ambiente, dia cinco de junho.

Em 1990, o Presidente Fernando Henrique Cardoso sanciona a lei nº 9.795 que dispõe sobre Educação Ambiental, instituindo a Política Nacional de Educação Ambiental e dá outras providências:

Art. 1º Entendem-se por educação ambiental os processos por meio dos quais o indivíduo e a coletividade constroem valores sociais, conhecimentos, habilidades, atitudes e competências voltadas para a conservação do meio ambiente, bem de uso comum do povo, essencial à sadia qualidade de vida e sua sustentabilidade.

Art. 2º A educação ambiental é um componente essencial e permanente da educação nacional, devendo estar presente, de forma articulada, em todos os níveis e modalidades do processo educativo, em caráter formal e não-formal.

Art. 6º É instituída a Política Nacional de Educação Ambiental.

Art. 7º A Política Nacional de Educação Ambiental envolve em sua esfera de ação, além dos órgãos e entidades integrantes do Sistema Nacional de Meio Ambiente – SISNAMA, instituições educacionais públicas e privadas dos sistemas de ensino, os órgãos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e organizações não-governamentais com atuação em educação ambiental. (BRASIL, 1999b).

No ano de 1992, a CNUMAD acontece no Rio de Janeiro com a presença de 175 países. Foi realizada com o compromisso de definição e adoção de um conjunto de políticas de meio ambiente e de saúde, no contexto do desenvolvimento sustentável, reiterando o compromisso de seus países com os princípios e programas contidos na declaração do Rio na Agenda 21 e de dar propósito a sua implementação. (BRASIL, 2006).

Em dezembro de 1994, o governo federal cria o Programa Nacional de Educação Ambiental (PRONEA), pautados nos Planos e Programas Estaduais de Educação Ambiental. Tem como principais diretrizes a transversalidade e interdisciplinaridade, a descentralização espacial e institucional, a sustentabilidade socioambiental, a democracia e participação social, o aperfeiçoamento e o fortalecimento dos sistemas de ensino, o meio ambiente e outros relacionados à EA. A lei estadual nº 11.730 de nove de janeiro de 2002, especificamente no Rio Grande do Sul, estabelece:

Art. 1º - Entende-se por educação ambiental os processos através dos quais o indivíduo e a coletividade constroem valores sociais, conhecimentos, atitudes, habilidades, interesse ativo e competência, voltados ao meio ambiente, bem de uso comum do povo, essencial à sadia qualidade de vida e sua sustentabilidade.

Art. 2º - A educação ambiental é um componente essencial e permanente da educação estadual e nacional, devendo estar presente, de forma articulada, em todos os níveis e modalidades do processo educativo, em caráter formal e não-formal. (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

A Conferência Pan-Americana, realizada em Washington (USA), em 1995, sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável (COPASAD),

teve como objetivo definir políticas e estratégias sobre saúde e ambiente, e a elaboração de um plano regional de ação no contexto do desenvolvimento sustentável, em articulação com planos nacionais a serem elaborados pelos vários países do continente americano. (BRASIL, 2006).

Há que destacar que os conceitos de educação ambiental e de promoção à saúde, já vinham sendo pensados e desenvolvidos, mesmo antes da elaboração da Constituição Brasileira. Um marco desse acontecimento, ou seja, da Constituição Brasileira, ocorreu em Alma-Ata (URSS) no período de seis a doze de setembro de 1978. A discussão da promoção da saúde foi vinculada à assistência sanitária, ao cuidado com os indivíduos, famílias, comunidade. O documento da Conferência identifica cinco campos de ação: a construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, desenvolvimento de habilidades individuais, reforço à ação comunitária e reorientação dos serviços de saúde. (OMS, 1978).

A estratégia de Atenção Primária Ambiental (APA) surgiu devido à análise feita diante dos problemas enfrentados no setor da saúde na década de 70. O conceito de APA foi reconhecido depois de Alma-Ata pelo Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a infância (UNICEF) como:

a APA proporciona o marco para um enfoque de desenvolvimento baseado na comunidade, a fim de alcançar uma forma de vida sustentável e incorpora três elementos inter-relacionados como seus fundamentos: satisfação das necessidades humanas básicas; fortalecimento das pessoas e das comunidades; e otimização quanto à utilização e manejo sustentável dos recursos na comunidade e seus arredores. (OMS, 1999, p. 23).

Alguns espaços políticos de construção de conhecimento ambiental foram desenvolvidos na Reunião Regional sobre Atenção Primária Ambiental, realizada em Santiago do Chile (1997); Reunião Sub-regional para a América Central sobre APA, realizada em San José, Costa Rica, (1988); a pesquisa: “A estratégia de Atenção Primária Ambiental: um enfoque crítico- holístico”, desenvolvida pela Universidade de Georgetown (1988), as reuniões nacionais sobre a atenção primária ambiental e o reconhecimento, análise e avaliação de experiências que estão desenvolvendo-se na região. Esses espaços levaram à adoção da seguinte definição de APA:

a atenção primária ambiental é uma estratégia de ação ambiental, basicamente preventiva e participativa em nível local, que reconhece o direito do ser humano de viver em um ambiente saudável e adequado, e a ser informado sobre os riscos do ambiente em relação

à saúde, bem-estar e sobrevivência, ao mesmo tempo em que define suas responsabilidades e deveres em relação à proteção, conservação e recuperação do ambiente e da saúde. (OMS, 1999, p. 28).

Em 2005, o Ministério da Saúde (MS) regulamenta a portaria nº 1.172/04 e estabelece as competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal na área de Vigilância em Saúde Ambiental. (BRASIL, 2006). Essas mudanças ocorridas na sociedade foram importantes devido aos efeitos sobre a saúde decorrentes das condições do meio ambiente, das mudanças ambientais que vêm ocorrendo no planeta (poluição/globalização/industrialização/capital). As condições precárias de saneamento básico seguem prejudicando a saúde de milhões de pessoas, sendo necessário enfrentar essa problemática e preservar as pessoas e o ambiente. A contaminação do ambiente por resíduos da atividade humana, as epidemias decorrentes da falta de saneamento básico e outras levaram a repensar a aplicação prática das políticas públicas, sendo preciso avançar numa APA que se fortaleça através da cidadania do povo brasileiro. (OMS, 1999).

Diante desse cenário, em que o conceito e a prática da Educação Ambiental têm sido desenvolvidos e construídos no país através de diferentes transformações históricas, faz-se necessária uma reflexão acerca do comportamento de se estar no mundo, para que se possa ter uma visão planetária da situação real de vida e de convívio com o Meio Ambiente. Para isso torna-se necessário uma mudança de comportamento, despertando a consciência crítica e política nas relações sociais e ambientais. Os trabalhadores da saúde precisam reforçar o seu processo de trabalho no vínculo do ambiente e das famílias com enfoque na promoção da saúde, na participação comunitária e na atuação de problemas socioambientais.

A partir da Conferência de Belgrado realizada em Estocolmo, em 1975, foi identificada a importância das questões ambientais, assim como a sua relação com a saúde humana como preocupação mundial, como um fortalecimento na capacidade institucional de órgãos ambientais, no campo da saúde e do meio ambiente.

As primeiras Conferências nacionais de saúde do trabalhador e de saúde ambiental foram realizadas neste período, em dezembro de 1986, e suas teses são, em parte, asseguradas na Constituição de 1988. (MINAYO; MIRANDA, 2002).

A preocupação com o ambiente já existia há alguns anos, mas é provável que essa problemática nunca tenha sido tão preocupante como nos dias atuais, sendo

que o processo de globalização evidencia a situação atual da Aldeia Humana⁶. (VELA; PEREIRA, 2000). Com o passar dos anos, algumas questões vêm mudando no planeta. Essas mudanças ocorrem das mais variadas formas. O homem tem evoluído em vários aspectos, mas, paralelamente, os avanços tecnológicos como a computação, o desenvolvimento de transgênicos, o aumento demográfico, a construção de novos prédios, entre outros, apesar de trazerem bem - estar e conforto para algumas pessoas, observa-se, danos à humanidade.

Sabe-se que o homem faz parte do meio ambiente e que, devido a isso, também, depende dele para viver. Faz-se necessário um desenvolvimento equilibrado entre as necessidades humanas e o meio natural. (VELA; PEREIRA, 2000). As questões socioambientais mais gritantes da realidade atual são: a fome, a miséria, o desemprego, o desmatamento, a falta de saneamento básico, a exclusão social, o trabalho infantil, entre outras que degradam o convívio do homem no planeta, afastando-o de uma relação construtiva; questões que parecem estar mais presentes na periferia e nas famílias de baixa renda.

A linguagem de empoderamento comunitário nos diz que é fundamental o engajamento da população na compreensão da problemática que afeta suas condições de vida; desse modo serão discutidas possíveis soluções, definição de prioridades e estratégias de ação, desenvolvendo competência para um agir político e para atuar sobre os fatores que incidem na qualidade de sua vida. (BAQUERO, 2007).

2.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A EDUCAÇÃO AMBIENTAL

A EA e a ESF permitem um conhecimento mais apropriado da realidade em que vivem os sujeitos. Assim, pode - se denominar de saúde socioambiental uma EA e uma atenção à saúde centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando, dessa maneira, aos profissionais que prestam assistência uma compreensão ampliada do processo de saúde e enfermidade e da necessidade de intervenções nas práticas de saúde. Ações que beneficiam o sujeito atuam também no seu ambiente, trazendo repercussões

⁶ Refere-se ao mundo em que se vive.

benéficas, não somente para o individual, mas também para uma coletividade. (DIAS, 1994).

A responsabilidade sanitária é coletiva, incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS de universalização⁷, descentralização⁸, integralidade⁹ e participação da comunidade¹⁰. Essa participação da comunidade faz o diferencial no cuidado e nas atitudes de empoderamento, não afastando as responsabilidades dos profissionais na atenção primária, mas contribuindo com possibilidades e estratégias para que os usuários participem da construção da sua saúde, sendo responsáveis e dinâmicos nas relações sociais.

Os princípios do SUS são divididos em dois níveis, primeiro os que estão na base da sua construção: a Universalidade, a Integralidade e a Equidade. A seguir, vêm os princípios ou diretrizes que devem orientar a organização do SUS em todo território brasileiro: a regionalização¹¹, a hierarquização, a descentralização,¹² a racionalização¹³ e a resolução¹⁴, a complementaridade¹⁵ e a participação da comunidade.¹⁶ A diretriz do controle social diz que quanto mais envolvimento houver da sociedade e das causas socioambientais, mais chances de sucesso nas ações implementadas.

Os princípios da ESF vão ao encontro dos princípios da EA, que são emancipatórios, tendo seu foco de trabalho vinculado ao ambiente das famílias, com

⁷ É a garantia de que todos os cidadãos devem ter acesso aos serviços de saúde públicos e privados conveniados em todos os níveis do sistema de saúde.

⁸ Propõe uma redistribuição do poder, repassando competências e instâncias decisórias para esferas mais próximas da população.

⁹ Acesso a serviços de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema.

¹⁰ Garantia dada pelo Estado de que a sociedade civil organizada tem possibilidade concreta de influir sobre as políticas públicas de saúde (BRASIL, 2000).

¹¹ Regionalização e Hierarquização - Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade na solução de seus problemas.

¹² Descentralização - É entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de dar certo.

¹³ Racionalização- É a simplificação e o aperfeiçoamento nos serviços de saúde.

¹⁴ Resolução - É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

¹⁵ Complementaridade - Quando for necessária a contratação de outros serviços no SUS privados ou não.

¹⁶ Participação da Comunidade - É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local (BRASIL, 2000).

enfoque na promoção da saúde, na qualidade de vida e na participação comunitária. Princípios emancipatórios de EA claros e expostos por Freire na Conferência de abertura da Jornada Internacional de EA realizada durante o Fórum Global da Rio 92 no dia primeiro de junho de 1992. Mesmo não se declarando um ambientalista e nem escrevendo sobre educação, utilizando a categoria EA, Freire deixou claro em sua fala que emocionou centenas de educadores e militantes de movimentos sociais, motivando-os a continuarem trabalhando na construção de uma nova sociedade (LOUREIRO, 2004). Freire, em sua última entrevista no dia 16 de abril de 1997, refere que “gostaria de ser lembrado como aquele que amou as plantas, os animais, os homens e as mulheres, e a Terra”. (GADOTTI, 2001, p. 17). Nesse contexto, a EA e a ESF unem-se em busca de uma transformação social em que os sujeitos são atores sociais, convidados a interpretar o seu próprio papel numa coletividade.

A EA promove a conscientização e esta ocorre na relação entre o “eu” e o “outro”, mediante uma prática social reflexiva e fundamentada teoricamente. A ação conscientizadora é mútua, envolve capacidade crítica, diálogo, assimilação de diferentes saberes e a transformação ativa da realidade e das condições de vida. (LOUREIRO; AZAZIEL, 2006).

As mazelas associadas à pobreza e, entre elas, a degradação familiar, o ambiente desfavorável a que as crianças são expostas, dificultam o aprendizado. (MAZZOTTI, 2002). É nesse cenário que se insere a atuação do profissional enfermeiro e educador ambiental. Através da reflexão da situação da realidade das famílias, é possível interagir junto à população para que assim possam acreditar que é possível “virar o jogo”, “ser mais,” mudar o rumo de sua história, já que são atores desse processo histórico.

Guimarães (2004) denomina esse processo de resistir à força do rio. Têm-se duas opções: ou nada - se para a margem ou nada-se contra a correnteza, ou seja, é-se sujeito da própria história: “A intervenção processual em uma realidade socioambiental se dá em um movimento coletivo conjunto, que cria, de forma significativa, pela sinergia, uma resistência como uma contracorrenteza que pode transformar a força e o sentido da correnteza”, construindo uma nova sociedade (GUIMARÃES, 2004, p. 132).

Na saúde, tem que se estar sempre construindo novas estratégias, tentando mudar o curso do rio, porque só assim, pode-se interagir frente aos problemas vivenciados pelos sujeitos envolvidos, procurando contribuir para o seu empoderamento.

2.3 EMPODERAMENTO

O conceito de empoderamento foi apresentado em 12 de julho de 2001, durante a Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU). Trouxe o resgate do sujeito liberal que havia sido descartado pela sociedade de classes existentes no modelo capitalista social-democrata ou de Estado do Bem - Estar Social. Este sujeito novo vem com a responsabilidade moral de protagonizar as mudanças sociais, econômicas, políticas e morais requeridas pela denominada nova sociedade pós-moderna. (GUEDES, 2007).

O significado da palavra empoderamento no Brasil difere da sociedade norte americana. Historicamente, a noção de “empowerment” na sociedade norte-americana tem sido norteadas pelo individualismo e pelas noções individuais de progresso. (FREIRE; SHOR, 2006). O empoderamento é uma construção individual quando se refere às variáveis intrapsíquicas e comportamentais; organizacional quando se refere à mobilização participativa de recursos e oportunidades em determinada organização; e comunitário quando a estrutura sociopolítica e das mudanças sociais estão em pauta. (BAQUERO, 2007).

O empoderamento comunitário se destina a grupos desfavorecidos em sua capacitação para a articulação de seus interesses e participação comunitária, em busca da conquista aos direitos de cidadania no contexto social e político. É fundamental o engajamento da população na compreensão da problemática que afeta as suas condições de vida, na discussão de soluções alternativas, na definição de prioridades e na decisão a respeito das estratégias de implementação dos programas, seu acompanhamento e avaliação. O desenvolvimento de competências para um desempenho político no desenvolvimento de ações que possam comprometer a qualidade de suas vidas requer a participação da comunidade como sujeito e não como objeto do processo. (BAQUERO, 2007).

A noção de “empoderamento”, baseada no referencial de Freire, inspira-se numa perspectiva libertadora, procurando romper com modelos tradicionais centrados no exercício do poder, presente na interação entre sujeitos e coletivos, ou seja, “o poder com”. O empoderamento nesta perspectiva tem como objetivo contribuir para a emancipação humana, o desenvolvimento crítico, a superação das estruturas institucionais ideológicas de opressão. (FREIRE; SHOR, 2006).

Os sujeitos são seres em situação à medida que interagem com o meio e podem participar do empoderamento de suas vidas, atuando no cenário do seu cotidiano.

Os homens são porque estão situados. Quanto mais refletirem de maneira crítica sobre sua existência, e mais atuarem sobre ela, serão mais homens. (FREIRE, 1980, p. 33).

O homem está situado no espaço e no tempo uma vez que vive numa época precisa, num lugar preciso, num contexto social e cultural preciso. O homem passa a ser sujeito através de uma reflexão sobre sua situação, sobre seu ambiente concreto. Para que o homem seja sujeito e não objeto, ele deve ser respeitado em seu contexto socioambiental, sobre o meio de vida concreto em que vive. Não havendo essa reflexão do seu contexto socioambiental corre o risco de ser visto como objeto.

Quanto mais o ser humano refletir sobre sua realidade, sobre sua situação de vida, mais desperta sua consciência e comprometimento para intervir na realidade, de modo a poder mudá-la. (FREIRE, 1980). Para que ocorra essa mudança é necessário que os sujeitos compreendam e tenham consciência da importância do processo de empoderamento para a sua saúde e para dialogar com o mundo e entender sua realidade, podendo transformá-la ou não.

Nesse sentido, o empoderamento é importante na promoção da saúde por proporcionar o engajamento comunitário, podendo levar a mudanças sociais e políticas. Quando os sujeitos têm engajamento voluntário no seu processo de saúde, parecem ter mais chance de emancipar - se e de lutar por uma saúde melhor e, de qualidade. O desenvolvimento interpessoal pode levar a uma ação coletiva. Historicamente se pode dizer que o conceito de promoção da saúde teve sua evolução a partir das Conferências Mundiais de Saúde, aumentando, assim, a capacidade de empoderamento dos sujeitos.

As Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde são movimentos que ocorrem periodicamente, de onde participa setores representativos de vários países, como: a OMS, a Organização Pan-América da Saúde (OPAS) e o UNICEF em defesa da ampliação dos campos de ação em saúde com abordagens efetivas para alcançar os objetivos traçados. A 30ª Assembléia Mundial de Saúde, realizada pela OMS em 1977, lança o movimento “Saúde Para Todos no Ano 2000”. Como marco inicial dessa programação, em setembro de 1978, foi organizada pela OMS e UNICEF a Primeira Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão. Essa Conferência resultou na elaboração da Declaração de Alma-Ata, que reafirma o significado de saúde como um direito humano fundamental e como uma das metas mais importantes mundiais para a melhoria social; defende a busca de uma solução urgente para estabelecer a promoção de saúde como uma das prioridades da nova ordem econômica internacional. (MENDES, 2004).

A primeira Conferência Mundial de Promoção da Saúde foi realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986. A carta de Ottawa trabalhou com o conceito de empoderamento como relevante estratégia de promoção da saúde que foi definido como:

um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (OMS, 1986).

A declaração de Adelaide na Austrália, em 1988, segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ao abordar o tema Políticas Públicas Saudáveis, apontou, também a ação comunitária como ponto central na promoção de políticas públicas. Destacou que o principal propósito de uma política pública capaz era criar um ambiente favorável para que as pessoas pudessem viver suas vidas e criar ambientes sociais e físicos comprometidos com a saúde. (OMS, 1988).

A Declaração de Sundsvall, na Suécia, em 1991, terceira Conferência Internacional (OMS, 1986), abordou o tema de ambientes saudáveis à saúde e

propostas que permitiram o amplo envolvimento e controle da comunidade, sendo o poder de decisão e a participação comunitária essenciais para a democratização na promoção da saúde. O processo de saúde está fundamentalmente interligado com o meio ambiente.

A Declaração de Jacarta, na Indonésia, em 1997, quarta Conferência Internacional OMS, 1997), enfatizou que a participação da comunidade era essencial, sendo necessário que as pessoas estivessem inseridas nas ações de promoção da saúde e no processo de decisão. O acesso à educação e à informação é essencial para alcançar o direito de voz das pessoas e das comunidades.

A Declaração de Jacarta estabeleceu cinco prioridades até o século XXI:

- 1) promover a responsabilidade social para com a saúde; 2) aumentar os investimentos para fomentar a saúde (empoderamento dos participantes em compartilhar através de instituições e comunidade); 3) Consolidar e expandir parcerias em prol da saúde; 4) aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo (empoderamento); 5) melhor infra-estrutura para a promoção da saúde. (OMS, 1997).

A Declaração do México, realizada na cidade do México em 2000, quinta Conferência Internacional teve como Tema: "Promoção da Saúde: Rumo a Maior Equidade", sendo reconhecida a responsabilidade dos governantes nas Políticas de Saúde. (OMS, 2000). A sexta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi em Bangkok, Tailândia, em 2005 e teve como Tema Promoção da Saúde num mundo Globalizado (OMS, 2005), buscando identificar ações, compromissos e promessas necessárias para abordar os determinantes da saúde num mundo globalizado através da Promoção da Saúde, afirmando que "as políticas e as parcerias que visam empoderar as comunidades melhorar a saúde e a equidade na saúde, deveriam ser incluídas e priorizadas nos projetos de desenvolvimento global e nacional" (OMS, 2005).

Desse modo, o estímulo à prática de empoderamento na promoção da saúde vem acontecendo através das Conferências, registradas mediante suas cartas, no seu transcorrer. O empoderamento requer a participação conjunta de múltiplos atores sociais: profissionais da saúde, população, rede de movimentos sociais, sociedade civil, Estado, organizações governamentais e não governamentais, instituições privadas e públicas e outras que em conjunto possam pensar e compreender o processo saúde e criar ambientes favoráveis à vida. (HEIDEMANN, 2006).

O empoderamento contribui para que os sujeitos tenham liberdade de decisão e uma melhor qualidade de vida e saúde na medida em que conhecem a realidade e podem nela interferir a seu favor e, também, numa perspectiva libertadora e de emancipação no seu processo de saúde. O “empoderamento” proposto por Freire é sinônimo de libertação, é um ato social:

Mesmo, quando você se sente, individualmente, *mais* livre, se esse sentimento não é um sentimento *social*, se você não é capaz de usar sua liberdade recente para ajudar os outros a se libertarem através da transformação global da sociedade, então você só está exercitando uma atitude individualista no sentido do *empowerment* ou da liberdade. (FREIRE; SHOR, 2006, p. 135).

Assim, empoderar a comunidade é trabalhar oportunidades através de propostas, onde os sujeitos sejam partícipes do processo, atuando como atores de mudança, com iniciativas de educação para cidadania, socialização, tomada de decisões das ações de saúde, fazendo parte do já dito planejamento das ações e contribuindo para uma saúde melhor. Cidadania tem a ver com identidade, com o sentir-se parte de uma coletividade. Compreender EA como exercício de cidadania contribui para uma nova maneira de encarar o relacionamento do homem com a natureza, baseada em uma nova ética, em novos valores morais, em uma nova visão do homem acerca do mundo. (JACOBI, 2003).

Empoderar é poder decidir o número de filhos que se deseja ter, é ter respeito à autonomia de seu corpo, de sua saúde. O empoderamento dos sujeitos acontece a partir do desvelamento da sua situação concreta, quando percebem onde podem e devem interagir. A educação em saúde deve ser dialógica, crítica e reflexiva, com o empoderamento dos sujeitos envolvidos, para que ocorra a mudança social. Os profissionais de saúde devem estar sensibilizados para que o empoderamento ocorra; eles são “mediadores”, mas são os próprios sujeitos que devem ser os atores desse cenário de mudança social.

A participação nas ações é uma relação política, só assim podem obter controle de suas vidas e sucessivamente de sua saúde, mas essa participação deve ser responsável, com autonomia, com responsabilidade, ciente dos seus direitos, mas também dos seus deveres. O empoderamento comunitário é um sentido de coletividade, em que está em pauta o controle dos recursos e a redistribuição do poder. Envolve a participação, o controle dos sujeitos e comunidades e a definição de ações coletivas para uma melhoria da qualidade de vida. Na escolha desta

estratégia, discute-se a capacidade dos sujeitos de falar sobre os próprios problemas e dos processos que vivenciaram ou vivenciam. As ações educativas visam a uma reflexão por parte desses sujeitos e das comunidades das quais participam para uma ação crítica na realidade. A promoção à saúde poderá constituir a descontinuidade da lógica hegemônica do modelo de saúde vigente. (MOREIRA et al, 2007).

À medida que se observa dificuldade de manter a qualidade de vida, de promover saúde, prevenir doenças e recuperar a saúde dos sujeitos, é preciso fortalecer relações relativas ao processo de saúde, já que esse processo está ligado ao meio ambiente onde estão inseridos. Fortalecer relações é contribuir para garantir padrões ambientais adequados e estimular uma crescente consciência ambiental centrada no exercício da sua cidadania e na elaboração dos valores éticos, morais, individuais e coletivos. O trabalho de educação ambiental necessita estimular as famílias à reflexão diante das questões socioambientais, reconhecendo as necessidades do ambiente, sentindo-se parte integrante da natureza, percebendo a sua atuação como fundamental no ambiente, portanto, críticos e responsáveis. (VELA; PEREIRA, 2000).

Assim, empoderamento de uma comunidade, a partir da atuação de uma equipe de ESF, mediante mudanças de hábitos e atitudes da comunidade, manifesta-se quanto à operacionalização e participação nas decisões relativas à assistência à saúde, com uma mudança de impacto na saúde da população adstrita, que pode estar traduzida pelos indicadores de saúde utilizados. Esse empoderamento pode iniciar a acontecer quando a comunidade percebe que a realidade pode ser modificada, quando uma atitude crítica de reflexão pode vir a comprometer a ação. (FREIRE, 1980).

2.4 CONTROLE SOCIAL

No Brasil, em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada um marco histórico na medida em que proclamou a saúde como um direito do cidadão, ampliando e politizando seu conceito, incluindo uma visão social dos determinantes dos processos de adoecimento e de um modo de existência mais saudável. O relatório da CNS serviu de referência para os constituintes dedicados à

elaboração da Constituição de 1988 que assegurou legalmente a participação popular. A participação popular ocorreu através do Controle Social: “A prática do controle social sobre políticas e atividades envolvidas com a Seguridade Social e promoção da qualidade de vida da população é um componente intrínseco da democratização da sociedade e do exercício da cidadania”. (BRASIL, 1992).

Portanto, no Brasil, a legislação federal estabelece normas que orientam a participação da comunidade na gestão do SUS, através das Conferências e Conselhos de saúde. Ambos são paritários em sua representação, pois os usuários têm o direito à metade dos representantes, e sua organização e funcionamento são definidos em regimento próprio aprovado pelo Conselho.

A Lei Federal nº 8.080/90, votada em 19 de setembro de 1990, regulamenta as ações de serviços em todo o território nacional e enfatiza a participação da comunidade no Conselho Nacional de Saúde. Em 28 de dezembro de 1990, foi votada a Lei Federal nº 8.142/90 que institui os Conselhos e as Conferências de saúde, como instrumento de controle social a partir da participação de vários segmentos da sociedade, acompanhando o governo na implantação e definição de políticas de saúde. (SANTOS; MIRANDA, 2007).

As Conferências de saúde são de caráter consultivo, servem para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes da política de saúde em cada nível do governo; são foros deliberativos, fundamentais para a democratização do processo decisório, debate e difusão das melhores alternativas para a saúde do cidadão, com representação dos vários segmentos sociais. (BRASIL, 1992), para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde. Devem ser realizadas em todas as esferas do governo, convocadas pelo poder executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde. São espaços para discussão dos seus problemas de saúde mais importantes e indicação aos governantes como quer que sejam resolvidos; as suas resoluções devem servir de orientação para as decisões dos gestores e dos Conselhos de Saúde. (BARROS, 1998).

De acordo com a Lei nº 8.142/90:

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo,

prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômico e financeiro, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho. (BRASIL, 1990b).

Os conselhos de Saúde participam das discussões das políticas públicas e embora façam parte do Estado, tem uma atuação independente; são órgãos colegiados do SUS, onde tem manifestações com maior ou menor representatividade dos interesses dos diversos segmentos sociais, possibilitando negociar propostas que direcionem recursos a prioridades diferentes. (NÉDER, 1998).

Os Conselhos podem ser, conforme sua organização, Conselhos Gestores de Unidades, Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde. Os Conselhos Gestores têm função de mediadores das relações entre sociedade e Estado e representam a participação do povo, já estabelecida nas leis orgânicas de saúde. Eles implicam em planejar as ações de saúde com a participação dos usuários, movimentos sociais, funcionários e poder público. O seu papel é elencar prioridades a partir das dificuldades sentidas em seu meio ambiente e construir um planejamento em conjunto, priorizando a discussão das necessidades essenciais, fazendo com que o gestor repense sua prática para uma melhor qualidade na atenção. Já os Conselhos Gestores Locais de Saúde (GGLS) são constituídos apenas por representantes da sociedade civil, não sendo oficializados pelo poder público. Funcionam como fontes de captação de reivindicações da população em geral, sendo depois repassadas ao Conselho Municipal de Saúde para as possíveis negociações. (SANTOS; MIRANDA, 2007).

O controle social é definido como participação popular nas decisões políticas da sociedade; pode ser sinônimo de controle público, propondo a inclusão das classes populares na participação efetiva das decisões da nação. Esse processo enfrenta algumas dificuldades, possivelmente porque a sociedade e os profissionais dos serviços de saúde podem ter criado um mito sobre a produção do conhecimento, como se essa ocorresse somente nos bancos universitários. Parece

existir um preconceito em aceitar que as pessoas humildes, pobres, moradores da periferia sejam capazes de produzir conhecimento, estando aptos a organizar e sistematizar pensamentos sobre a sociedade e, portanto, sendo capazes de gerenciar suas vidas. (MARTINS, 2009). As mudanças de uma educação conservadora para uma educação popular, a partir dos anos 70, trouxeram para os serviços, de saúde uma cultura de relação mais aproximada com as classes populares, representando uma ruptura da tradição autoritária e normatizadora de educação em saúde. Rompe-se com o autoritarismo do doutor, com o desprezo pelas iniciativas dos pacientes e das famílias e valorizam-se os saberes e as práticas dos sujeitos que antes eram desconsiderados, devido a sua origem popular. (VASCONCELOS, 2004).

O respeito ao conhecimento do povo é uma atitude política consistente. Em outras palavras, eu não posso lutar por uma sociedade mais livre se, ao mesmo tempo, não respeitar o conhecimento do povo. (FREIRE; HORTON, 2003). Esse conhecimento ocorre por diferentes atores envolvidos: gestores, profissionais da saúde, representantes de órgãos de participação popular, organizações não governamentais e outros espaços de participação cidadã. Os profissionais de saúde podem facilitar e estimular a população a exercer o seu direito de participar da definição, execução, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas do setor saúde.

Para que ocorra o exercício da cidadania e do controle social deve-se ampliar as possibilidades de participação e tornar as decisões mais próximas da comunidade. Significa executar um plano de cuidados junto com a comunidade. para que ela possa estar interferindo nas ações de saúde, caso seja necessário. Um dos caminhos para essa realidade pode ser a implantação do CGLS. O conselho permite um maior conhecimento das necessidades do povo. Os CGSs, quando consolidados na estrutura jurídica do SUS, representam uma instância de discussão dos problemas de saúde, onde tem sido ressaltada a dimensão comunitária. (VASCONCELOS, 1999).

2.5 PROCESSO EDUCATIVO A PARTIR DE FREIRE E CIDADANIA

O processo educativo, numa visão freireana, entende a educação como prática da liberdade; sendo assim uma prática contrária à dominação dos sujeitos. O processo educativo de Freire nega o homem abstrato, isolado, solto, desconectado do mundo, mas também o mundo como uma realidade ausente dos homens. (FREIRE, 2005). As pessoas são sujeitos e não objetos nesse processo. Na visão freireana, o conhecimento é produto das relações dos seres humanos entre si e com o mundo. Nestas relações sociais, homens e mulheres são desafiados a encontrar soluções a situações para as quais é necessário elaborar respostas. (BARRETO, 2003). A educação em saúde a partir da constituição tem procurado substituir o modelo tradicional, que valorizava a doença e as ações curativas, por ações de promoção, prevenção da saúde com foco na participação popular, problematizando os homens em suas relações com o mundo. (VASCONCELOS, 2004).

A evolução dos sujeitos e de seus conhecimentos, através dos tempos contribuiu para a modificação de conceitos e de formas organizacionais nos serviços de saúde. A educação popular em saúde, alicerçada no referencial metodológico freireano, fala do homem como sujeito e protagonista do seu cuidado. O educador não pode se preocupar somente com o saber científico, sua preocupação deve estar relacionada também ao saber popular, buscando-se uma interação entre esses. (VASCONCELOS, 2004).

Os sujeitos destacam-se no empoderamento de sua saúde, participando e tomando decisões, numa visão crítica e libertadora do seu estar no mundo, assumindo o papel de atores no cenário de seu cotidiano. Freire (2005) defende uma proposta que respeita valores, crenças, saberes e cultura, valorizando o estar no mundo dos sujeitos.

O profissional de saúde e o cliente são responsáveis na elaboração do plano de atividades preventivas que possam vir a melhorar a qualidade de vida do cliente e da sua comunidade no processo de educação popular, numa visão libertadora. As informações são compartilhadas, contribuindo para que o cliente como sujeito de ação desenvolva-se como pessoa em busca de autonomia e empoderamento, compreendendo o processo saúde/enfermidade do modo como é realmente vivido por ele, superando o paternalismo e o assistencialismo que podem acontecer

quando o profissional faz ou decide o que é melhor para os clientes e em nome deles, de maneira equivocada. (MOREIRA et al, 2007).

A educação faz parte do cotidiano de todos os sujeitos; não se pode falar em educação somente no sentido de educar. A educação problematizadora abre espaço no sentido que dialoga e faz uma reflexão dos problemas, para que o educando/educador possam discutir a realidade com possibilidade de transformá-la.

De acordo com Freire e Shor (2006, p. 123), “através do diálogo, refletindo juntos sobre o que sabemos e não sabemos, podemos, a seguir, atuar criticamente para transformar a realidade”.

A educação dialógica está presente no processo educativo em saúde; trata de experimentações de vida que se singularizam através dos modos de agir diversos, cotidianos, onde os atores sociais “fazem saúde”. (OZÓRIO, 2004).

Educar em saúde é provocar os sujeitos para que reflitam seu cotidiano, os seus costumes, para que questionem sobre esses comportamentos, reflitam sobre eles e desta forma tomem conhecimento de práticas de cuidado mais saudáveis, contribuindo para sua qualidade de vida e exercendo sua cidadania.

Cidadania é o direito à vida no sentido pleno, mas deve ser construído coletivamente; é ter-se acesso aos mais variados níveis de existência, ultrapassando as necessidades básicas, incluindo o papel do homem no universo. (LOCKE, 1988). Cidadania é a plena capacidade do ser humano exercer seus direitos e deveres civis e políticos no contexto social em que vive.

Então ter cidadania é poder discutir o seu plano de cuidados em relação a sua saúde; é ser ator social na comunidade e participar do controle social;

cidania pode ser qualquer atitude cotidiana que implique uma manifestação da consciência de pertinência e responsabilidade coletiva. Assim, nossos atos devem ser voltados para o bem da coletividade, pois só assim alcançaremos o justo equilíbrio, teremos uma sociedade saudável. Cidadania implica sentimento comunitário, processos de inclusão que permitam a todos os membros constituírem-se em efetivas partes orgânicas de uma sociedade. (SANTOS, 2006, p. 101).

Exercer a cidadania no processo de saúde é uma conquista dos clientes (sujeitos) e dos trabalhadores de saúde no enfrentamento dos possíveis problemas vivenciados pela comunidade. É participação através do controle social, construindo, juntos, estratégias para uma melhor qualidade de vida.

A ESF pode ser vista como um avanço no que se refere ao espaço de cidadania e participação social, embora as mudanças no padrão epidemiológico também sejam uma responsabilidade do SUS. Cidadania inclui direitos civis, políticos e sociais, sendo as mudanças sociais ferramentas importantes para transformar o cenário da saúde.

A Reforma Sanitária, a partir de 1986, tem sido um desafio para os trabalhadores de saúde. Não basta corrigirem-se procedimentos organizacionais, se não se altera o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com a vida e com o sofrimento dos indivíduos e da coletividade. Assim, tem-se, como desafio, a busca de um com o outro, o processo de trabalho em saúde, mais humano, construindo práticas mais dialógicas entre profissionais e clientes e entre os próprios profissionais.

Uma saúde voltada para a participação de todos os cidadãos e cidadãs, onde todos tomem decisões, uma participação articulada na transformação dos atores passivos em sujeitos ativos e dos atores individuais em atores coletivos. (MERHY, 1997).

3 CONSTRUINDO UM CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo constitui-se em uma pesquisa qualitativa do tipo exploratório descritivo que pretende responder à seguinte questão: “Como o trabalho realizado pela Equipe de trabalhadores da ESF contribuiu para o processo de empoderamento das comunidades?”, de modo a ampliar a compreensão sobre esse fenômeno e sobre a realidade. Os fenômenos podem ser a realidade que se encontra dentro e fora da consciência, podem ser materiais, como um texto, uma palavra dita, um processo de trabalho e podem ser espirituais ou ideais, como pensamentos, percepções, sonhos e outros. (TRIVIÑOS, 2001).

Um estudo qualitativo pode ser aplicado ao estudo da história das relações, das crenças, das percepções e das opiniões que se constituem em um conjunto derivado do produto das interpretações que os seres humanos constroem, a partir das suas experiências de mundo, da realidade que convivem, de artefatos e de si mesmos, do que sentem e pensam. O método qualitativo, também, tem um fundamento teórico e permite o desvelar dos processos sociais que ainda são pouco conhecidos, referentes a grupos particulares, propiciando novas abordagens, revisando e criando novos conceitos e categorias durante o processo de investigação. Então, trazer o debate qualitativo para o campo da saúde é necessário. Quando se traz o debate do “qualitativo” para o campo da saúde, é preciso impregná-lo nas discussões e críticas atuais nas ciências sociais. (MINAYO, 2010).

A pesquisa em EA não pode deixar de ouvir e refletir o silêncio e a voz de seus sujeitos, por mais diferentes que sejam, estando, assim, comprometida com a construção da cidadania planetária. Deve ser discutida a partir de critérios de paz, solidariedade, amor e ecologia. A intervenção nas questões ecológicas na pesquisa é fundamental, para que desperte a discussão das representações, tanto de um grupo de moradores de uma determinada comunidade como de um grupo de profissionais de saúde, enfim, um grupo qualquer envolvido, com a discussão sobre determinado problema socioambiental. (BARCELOS, 2005).

3.2 O LOCAL DE ESTUDO

Este estudo foi realizado no município do Rio Grande. Localizado na desembocadura da Laguna dos Patos, configura a restinga arenosa da planície costeira do Rio Grande do Sul, tendo como limites, ao norte: Município de Pelotas e Laguna dos Patos; ao Sul: Santa Vitória do Palmar; à Leste: Oceano Atlântico e Canal do Rio Grande, Lagoa Mirim. É uma cidade histórica, fundada em 19 de fevereiro de 1737. A população é de aproximadamente 200.000 habitantes. Sua economia é movimentada pelo Porto do Rio Grande e por Instituições de referência como a Universidade Federal do Rio Grande (FURG). No município, está localizada uma reserva Ecológica de referência mundial, o Taim, e a praia do Cassino, a qual se constitui em uma das maiores praias arenosas do mundo, com aproximadamente 240 Km, estendendo-se até a Barra do Chuí.

O município do Rio Grande passou a adotar a política da ESF em março de 2000, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, com a finalidade de reorganizar e substituir as práticas tradicionais de saúde do município. O município apresenta atualmente um total de vinte e seis equipes de saúde da família e dezoito Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), doze localizadas em área urbana e sete em área rural. Optou-se por realizar a pesquisa, junto às oito UBSF, em que há CGLS: Bernadeth, São João, CAIC, Castelo Branco, Ilha da Torotama, Quinta, Povo Novo e Santa Rosa, apresentadas na tabela 1.

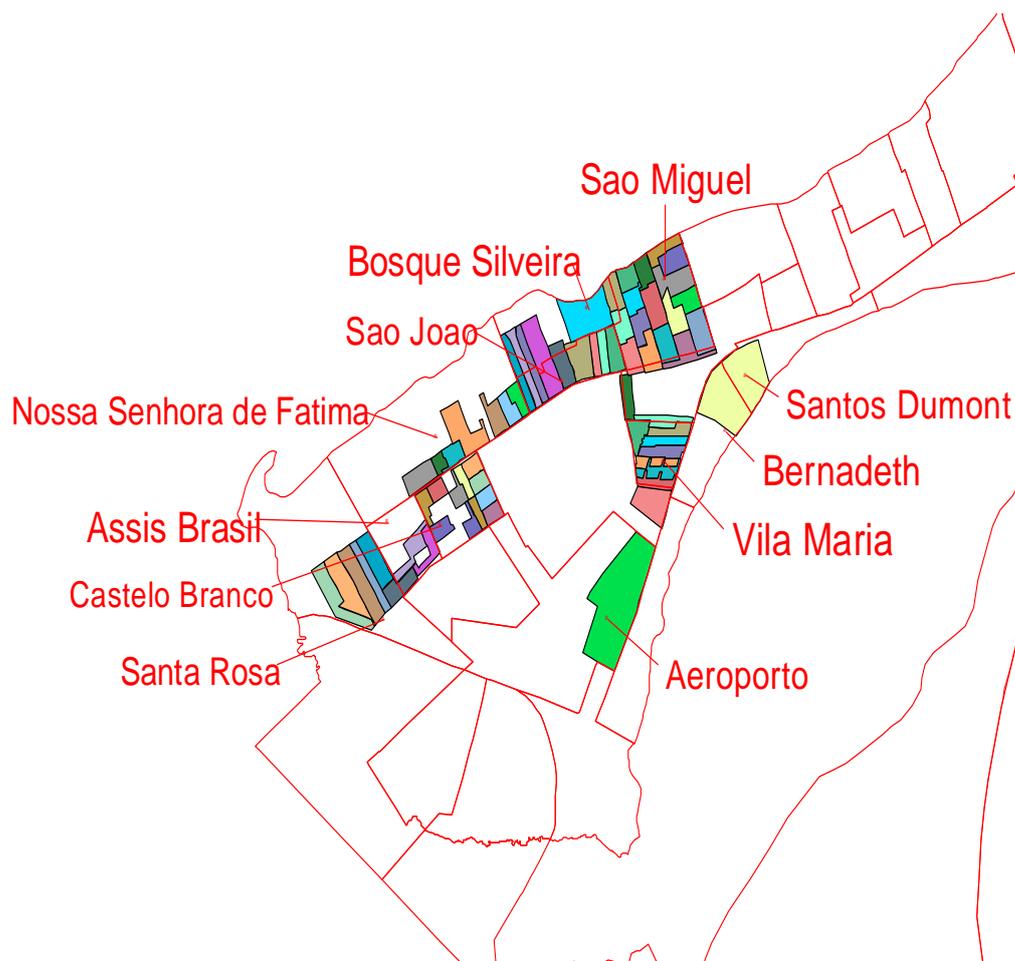
As UBSFs estão localizadas, em sua maioria, na periferia do município e as demais em áreas rurais, conforme apresentado a seguir:

Tabela 1: Unidades Básicas de Saúde que fizeram parte deste estudo

| Nome das UBSF | Nº de famílias | Nº Pessoas | Nº Micro Áreas |
|----------------|----------------|------------|----------------|
| Bernadeth | 1355 | 3890 | 7 |
| São João | 1000 | 3500 | 6 |
| CAIC | 750 | 3000 | 6 |
| Castelo Branco | 1857 | 6.000 | 20 |
| Torotama | 398 | 1200 | 4 |
| Quinta | 2057 | 8.000 | 12 |
| Povo Novo | 2.008 | 6.000 | 12 |
| Santa Rosa | 980 | 3500 | 5 |

- Área Rural
- Área Urbana

- LOCALIZAÇÃO DAS UBSF - Área Urbana



3.2.1 Caracterizando os locais de estudo

Todas as UBSFs vinculadas à ESF apresentam, em seu plano gestor, atividades assistenciais relacionadas ao atendimento à saúde do idoso, à saúde do adulto hipertenso, diabético, entre outras doenças crônicas que necessitam de atendimento especializado, à saúde da mulher em idade adolescente, idade adulta, reprodutiva (extremamente variável), climatérica e idosa, com coleta de citopatológico (CP), exame clínico das mamas e solicitações de exames de rotina anual como a mamografia. As imunizações fazem parte de todas as atividades assistenciais da enfermagem nestas UBSFs, tanto no calendário vacinal das crianças como no dos adultos conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

- Nas UBSF **Bernadeth, Castelo Branco, Santa Rosa, São João, Quinta, Povo Novo**, além de apresentarem propostas didático-pedagógicas interacionistas

entre a comunidade local e os profissionais de saúde que lá atuam (atividades comunitárias de divulgação de ações de saúde, etc), essas comunidades caracterizam-se como carentes, com baixas condições socio econômicas, baixo nível cultural e de grande vulnerabilidade social. Outrossim, apenas na UBSF da **Castelo Branco** há residentes de medicina da FURG. A UBSF da **Torotama**, além de outras fontes de renda, tem a pesca como uma fonte de subsistência, demonstrando essa atividade como cultural, pois a pesca é uma atividade que predomina de geração à geração, passando de pais para filhos, não somente como fonte de renda, mas como lazer e consumo.

- Na UBSF **CAIC/FURG**, atuam Residentes de Enfermagem, de Educação Física e de Psicologia da FURG, que desenvolvem atividades educativas junto com a equipe de saúde da família e a comunidade local. Tais atividades contribuem para uma educação mais crítica acerca das ações de saúde, fortalecendo o plano gestor e o conselho local de saúde.

- As UBSFs **Bernadeth, CAIC, Santa Rosa e Castelo Branco**, além de desenvolverem as atividades de promoção, prevenção, recuperação da saúde e ações educativas, como já mencionado, diferem das demais USF por apresentarem um Programa de Educação pelo trabalho à Saúde (PET- Saúde¹⁷).

3.3 OS SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos deste estudo foram vinte e três profissionais de saúde que atuam nas UBSFs selecionadas, bairros com CGLS como já referido. A opção por entrevistar esses sujeitos decorre das seguintes justificativas: os profissionais fazem parte da equipe de saúde da família e possuem vínculo com a comunidade; participam das reuniões do conselho e das decisões relativas à saúde, onde se acredita que a comunidade tem autonomia na construção de propostas do SUS; atuam no controle social junto com a comunidade. De acordo com Wendhausen (2002), existem inúmeras formas de participação social como a política, a

¹⁷ As atividades do PET-SAÚDE são desenvolvidas pelos acadêmicos de Medicina e Enfermagem. Esta formação pelo trabalho visa à instrumentalização por meio da inserção na ESF com vistas à adoção de novas práticas compatíveis com o modelo promotor de saúde, enfatizando ações de educação em saúde, na perspectiva da melhoria da qualidade da assistência prestada no nível de atenção primária mediante uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar.

econômica, a associativa e outras, sendo um fenômeno maior do que apenas tomar parte nos rituais eleitorais.

Nas unidades onde há CGLS, acredita-se que exista uma maior participação popular que tornam os cidadãos protagonistas do cenário da saúde pública, participando das ações de saúde da família, envolvendo-se mais diretamente no seu cuidado.

Apresento, a seguir, no Quadro 1 a caracterização dos sujeitos entrevistados, com dados referentes a sua idade, sexo, profissão, tempo de atuação na área da saúde e tempo de atuação na ESF.

| Entrevistado | Sexo | Idade | Profissão | Tempo de atuação na área da saúde | Tempo de atuação no ESF |
|--------------|-------|-------|----------------|-----------------------------------|-------------------------|
| Sujeito A | Fem. | 36 | Enfermeira | 13 anos | 1 ano |
| Sujeito B | Masc. | 30 | ACS | 6 anos | 3 anos |
| Sujeito C | Fem. | 44 | Enfermeira | 19 anos | 9 anos |
| Sujeito D | Fem. | 53 | Tec.de enferm. | 24 anos | 8 anos |
| Sujeito E | Fem. | 34 | ACS | 3 anos | 3 anos |
| Sujeito F | Fem. | 27 | ACS | 3 anos | 3 anos |
| Sujeito G | Fem. | 50 | Enfermeira | 27 anos | 5 anos |
| Sujeito H | Fem. | 44 | Médica | 19 anos | 8 anos |
| Sujeito I | Fem. | 37 | ACS | 3 anos | 3 anos |
| Sujeito J | Fem. | 44 | Enfermeira | 17 anos | 7 anos |
| Sujeito K | Fem. | 40 | Enfermeira | 12 anos | 6 anos |
| Sujeito L | Fem. | 36 | ACS | 3 anos | 3 anos |
| Sujeito M | Fem. | 28 | ACS | 3 anos | 3 anos |
| Sujeito N | Fem. | 45 | Médica | 20 anos | 11 anos |
| Sujeito O | Fem. | 24 | ACS | 3 anos | 3 anos |
| Sujeito P | Fem. | 46 | ACS | 12 anos | 2 anos |
| Sujeito Q | Fem. | 25 | ACS | 1 ano | 1 ano |
| Sujeito R | Fem. | 55 | Médica | 30 anos | 5 anos |
| Sujeito S | Fem. | 32 | ACS | 6 anos | 6 anos |
| Sujeito T | Fem. | 46 | ACS | 7 anos | 7 anos |
| Sujeito U | Fem. | 33 | ACS | 3 anos | 3 anos |
| Sujeito V | Fem. | 46 | Enfermeira | 19 anos | 3 anos |
| Sujeito W | Fem. | 34 | ACS | 5 anos | 5 anos |

Quadro 1: Apresentada por ordem alfabética de acordo com as entrevistas realizadas.

3.4 ENTREVISTAS

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, pois favorecem a interação através de respostas espontâneas, possibilitando uma abertura e proximidade maior entre o entrevistador e o entrevistado, permitindo ao entrevistador discutir assuntos mais complexos e delicados. Colaboram, ainda, na investigação dos aspectos afetivos e valorativos dos informantes que determinam significados pessoais de suas atitudes e comportamentos. (QUARESMA; BONI, 2005).

Inicialmente foram realizadas visitas às unidades de saúde selecionadas com a intenção de apresentar a proposta a ser realizada aos profissionais de saúde e convidá-los a participar da pesquisa. Primeiramente realizou-se uma conversa com toda a equipe na unidade, expondo o objetivo do estudo e como seria o método de coleta de dados. Desse grupo, foram selecionados preferentemente os profissionais que atuam no CGLS. Todos os profissionais do grupo manifestaram interesse em fazer parte do estudo, uns com maior entusiasmo em conversar e expor suas opiniões e outros de maneira mais tímida, mas dispostos a participar.

Assim, a partir de sua aceitação, foi solicitada sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) e agendados dia e horário para a realização da coleta de dados. Algumas entrevistas ocorreram no mesmo dia, frente ao interesse e disponibilidade demonstrados por alguns sujeitos.

As entrevistas realizaram-se nas próprias unidades de saúde no horário de trabalho dos profissionais de saúde, às quintas-feiras, no período da tarde, o que havia sido previamente determinado pela gestora de saúde do município. A coleta de dados ocorreu nos meses de fevereiro e março de 2011

Os profissionais foram entrevistados com o auxílio de um guia (Apêndice A). Composto por duas partes, na primeira, solicitava dados de identificação dos sujeitos como: Nome, Idade, Profissão, Tempo de Atuação na área da saúde e tempo de atuação na ESF; e, na segunda parte, inicialmente apresentava a definição de Empoderamento¹⁸ e, logo a seguir, perguntas abertas.

O conceito de empoderamento a princípio foi lido por mim e, posteriormente, relido junto com o profissional de saúde que estava sendo entrevistado. Após, abriu-se um espaço para comentários dos sujeitos acerca do conceito apresentado. Em continuidade, procedeu-se a realização das questões.

Durante as entrevistas, mantive-me atenta para, quando oportuno, aprofundar o tema em pauta, fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o entrevistado tivesse “fugido” do tema ou apresentado dificuldades em responder. (YIN, 2005).

¹⁸ Empoderamento: um processo no qual os sujeitos e a comunidade adquirem controle sobre assuntos de suas próprias vidas, criando consciência das suas habilidades e competências para produzir, criar e gerir, ou seja, participar nas decisões relativas à assistência à saúde, sendo o protagonista do seu cuidado. (BARRETO, 2003).

O processo de coleta de dados encerrou-se no momento em que se observou sua repetição, considerando-se os dados suficientes para a pesquisa.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Realizou-se a análise textual das transcrições das gravações dos depoimentos mediante inúmeras escutas, para que fosse possível identificar os aspectos mais relevantes e descartar no texto em análise. A construção do material ocorreu com a fragmentação dos textos e com a construção de categorias e subcategorias a serem analisados de acordo com o agrupamento dos seus elementos semelhantes.

Os textos foram lidos várias vezes, procedendo-se a uma desconstrução, seguida de reconstrução de um conjunto de materiais lingüísticos, produzindo-se novos entendimentos sobre o fenômeno investigado.

A análise do texto identifica e isola enunciados dos materiais a ela submetidos, para que sejam caracterizados e interpretados e, após, utilizados como base de sua construção no sistema de categorização desenvolvido pela análise. (GALIAZZI; FREITAS, 2005).

Pode-se afirmar que:

a análise textual qualitativa é um processo integrado de análise e de síntese, que se propõe a fazer uma leitura rigorosa e aprofundada de conjuntos de materiais textuais, visando descrevê-los e interpretá-los no sentido de atingir uma compreensão mais elaborada dos discursos no interior dos quais foram produzidos. (GALIAZZI; FREITAS, 2005. p. 89).

Assim, mediante esta análise da fragmentação dos textos, da identificação e codificação de cada fragmento destacado, identificaram-se as unidades de análise, procurando-se expressar clareza no sentido de manter seu sentido e fidelidade às vozes dos sujeitos da pesquisa. A categorização e sub-categorização decorreu do processo de comparação entre as unidades de análise, e do agrupamentos de elementos semelhantes. (MORAES; GALIAZZI, 2007):

o processo de categorização pode tanto ir de um conjunto de categorias gerais para conjuntos de subcategorias mais específicas quanto no sentido inverso. O primeiro movimento está mais diretamente associado às categorias “a priori”. O segundo, às categorias emergentes. (MORAES; GALIAZZI, 2007, p. 29).

Assim, foram construídas duas grandes categorias: 1) Autonomia como Expressão do Empoderamento e 2) Fragilidades no processo de empoderamento das comunidades. A primeira subdivide-se em três subcategorias: Organização do Serviço da equipe da ESF; Relação dialógica como base; e Ampliação do Conhecimento que se subdivide também em três: Participação política, Cobranças dos direitos dos usuários e Adesão ao cuidado. A segunda categoria, Fragilidades no processo de empoderamento, divide-se em duas subcategorias: Fragilidades na equipe da ESF, que se subdivide em Busca obediência, Ameaças e medo e Manipulação do cuidado; e a segunda subcategoria: Fragilidades nas políticas públicas.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A proposta desta pesquisa foi submetida ao Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde (NEPES), (Apêndice D) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), para solicitar sua autorização; ao Comitê de Ética em Saúde (CEPAS) da FURG para sua análise e aprovação, de acordo com o determinado pela Resolução Nº 196/96 do CNS, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras referentes a pesquisas envolvendo seres humanos. (BRASIL 1996).

Após a aprovação do CEPAS (Anexo), foi solicitado aos participantes seu consentimento livre esclarecido (Apêndice B), tendo sido previamente estabelecido o objetivo da pesquisa e como se pretendia realizá-la. A todos os participantes foi garantido o sigilo e anonimato das informações obtidas durante a realização da pesquisa e após, na divulgação dos dados assegurada sua liberdade de desistência de participação a qualquer momento, garantindo o respeito a todos os aspectos éticos envolvidos na pesquisa.

4 APRESENTANDO OS RESULTADOS

A partir da realização das entrevistas com os profissionais de saúde da família em suas UBSFs e da análise de suas falas, foi possível perceber que o processo de implantação dos CGLSs, constituiu-se de maneira diferente nas oito UBSF. Em uma das unidades, o CGLS já existe há cinco anos, mas em sua maioria têm de seis meses a dois anos. Os profissionais referem que o processo de implantação dos CGLSs não foi uma tarefa fácil, constituindo-se em um aprendizado que vem sendo construído pelos seus participantes.

Algumas dificuldades desse processo foram destacadas pelos profissionais como a manutenção de periodicidade das reuniões, tanto do conselho local como do conselho com a comunidade; a falta de motivação para participação no conselho, tanto por parte dos profissionais de saúde como da comunidade. Atribuem tais problemas ao fato de estarem, ainda, arraigados a um modelo tradicional de saúde, sendo a participação comunitária uma prática em construção nos serviços de saúde. Destacam, também, como dificuldade, a falta de um espaço físico com adequadas instalações na UBSF para a realização das reuniões com os membros do conselho e da comunidade, já que as UBSFs funcionam no mesmo prédio da unidade básica tradicional, ou por serem prédios de antigas residências de moradores do bairro, alugados pela Prefeitura Municipal de Saúde e adaptados para o funcionamento das UBSFs.

Apesar dessas dificuldades, existe também um processo de construção coletiva da comunidade, mobilizada pelos profissionais de saúde que verbalizaram sua crença na relevância e na necessidade desses conselhos para a organização das UBSFs e das transformações necessárias na área da saúde. Há que destacar, também, o estímulo existente de parte dos gestores e conselheiros do Conselho Municipal de Saúde para a criação dos CGLS.

Em algumas UBSFs, foi possível constatar que se iniciaram os primeiros movimentos de mobilização da comunidade para sua participação em reuniões na própria comunidade e no Conselho Municipal de Saúde (CMS) a partir das Associações de Moradores e, em especial, do controle social exercido pela figura dos seus presidentes e de alguns moradores, com uma visão de liderança mais privilegiada, associada à atuação e interesses dos profissionais de saúde.

Nas diferentes UBSFs estudadas, percebe-se também que existem pontos positivos e negativos de atuação no fazer dos diferentes profissionais de saúde, interferindo no processo de empoderamento da comunidade.

O capítulo de Resultados enfoca duas categorias: Autonomia como Expressão do Empoderamento e Fragilidades no processo de empoderamento das comunidades, as quais são apresentamos a seguir.

4.1 AUTONOMIA COMO EXPRESSÃO DO EMPODERAMENTO

O exercício de autonomia dos clientes como expressão do seu empoderamento concretiza-se através da organização do serviço da ESF e da relação dialógica como base das relações construídas entre os profissionais da saúde da família e a comunidade e da ampliação do conhecimento dessa comunidade.

4.1.1 Organização do serviço da estratégia de saúde da família

A organização do Serviço da Estratégia de Saúde da Família (ESF) constitui - se em um desafio no sentido de promover a construção de uma relação dialógica entre os serviços de saúde, a comunidade, os trabalhadores de saúde e os diversos segmentos sociais envolvidos, na busca da autonomia e do empoderamento dos sujeitos.

Nesse sentido, o acolhimento¹⁹ é uma ferramenta que pode transformar os processos de relação na organização dos serviços de saúde, devido à promoção do diálogo, à interação dos sujeitos e à troca de saberes, criando um ambiente de confiança, vínculo e escuta, com o propósito de construir um espaço mais humanizado e de resolução no SUS. Sendo assim, é fundamental que os profissionais estejam envolvidos neste processo de acolhimento com a intenção de

¹⁹ “O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Colocar em ação o acolhimento, como diretriz operacional, requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde” (BRASIL, 2006).

escutar e compreender as necessidades dos clientes, reforçando sua facilidade de acesso e a capacidade de estabelecer um contínuo diálogo, oportunizando uma conexão entre as necessidades dos sujeitos e as ações para supri-las. (FARIAS, 2006). Agindo dessa maneira, estar-se reforçando positivamente as relações dialógicas entre o cliente e a equipe de saúde.

A fala, a seguir, mostra o trabalho dos profissionais de saúde para esclarecer a comunidade acerca do modo como a ESF se organiza e se articula ao serviço de saúde como uma rede integrada nos seus mais variados níveis de atenção:

aqui dentro da unidade quando eles vêm se informar de alguma coisa, como consulta de especialista, eles acham que a culpa é da gente, que é má vontade. Temos que explicar qual é a situação, qual é o direito, qual não é. Eles não são muito participantes no conselho local de saúde, mas a gente diz que eles tem que frequentar as reuniões para saber direitinho como recorrer. (Q).

O acolhimento em saúde não é somente um espaço humanizado de atenção; é também a possibilidade de resolução por parte dos profissionais de saúde dos problemas enfrentados pela comunidade no momento em que procuram o serviço de saúde. É ainda a efetivação dos princípios da equidade, integralidade e universalidade; a aproximação e reconhecimento das necessidades dos sujeitos; a possibilidade da participação popular nas questões de saúde. O acolhimento na ESF tem a pretensão de mudar o processo de trabalho em saúde, de forma a atender todos os que procuram os serviços de assistência, reorganizando o processo e qualificando a relação trabalhador – usuário. (COSTA; ROSSETTI-FERREIRA, 2009).

O acolhimento aparece várias vezes como palavra chave na fala do profissional deste estudo, na organização do serviço, na equipe de saúde da família:

acolhimento é a palavra chave da Estratégia. É tu que muda a estratégia, é tu que acolhe. Agora, essa semana do aniversário da estratégia, a gente ta aproveitando para fazer a pergunta: o que melhorou com a ESF? Todo mundo, nas reuniões, diz que ta melhor agora. Vamos fazer essa pergunta fora da unidade pra gente ver se realmente é assim; eu acho que é. Acho que realmente é melhor pra eles. Hoje eles vem mais na unidade, são melhores acolhidos e atendidos. (H).

A UBSF é uma unidade pública de saúde que presta atenção contínua nas especialidades básicas, nas atividades de promoção, prevenção e recuperação, características do nível primário de atenção. Representa o primeiro contato com a população e o serviço de saúde, assegurando a referência e a contra referência para os diferentes níveis do sistema, desde que identificada a necessidade de maior complexidade para a resolução dos problemas identificados. (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009). A referência e contra referência também fazem parte do acolhimento, podendo estar vinculadas a outros níveis de atenção secundários e terciários.

A organização do serviço da ESF deve priorizar ações de proteção e promoção à saúde dos sujeitos e de suas famílias, de forma integral, tendo como ponto central o estabelecimento de vínculos, a criação de laços de compromisso e de responsabilidade entre profissionais da saúde e comunidade, atendendo o cliente na própria UBSF ou em seu domicílio de acordo com a necessidade de cada família. O processo de trabalho deve estar voltado à participação popular, ser multidisciplinar e centrado na equipe de saúde da família, que tem em seus membros a definição de suas competências e co-responsabilidades. (SANTOS; MIRANDA, 2007).

A co-responsabilidade das equipes de saúde da família deve estar voltada para um processo de trabalho coletivo, incluindo uma rede integrada de relações nos serviços de saúde, procurando respostas aos possíveis problemas encontrados no cotidiano das famílias. Os problemas podem estar relacionados às suas condições físicas, materiais, emocionais, culturais e outros, gerando algum tipo de sofrimento, diante da situação vivenciada, tornando-se necessário que o profissional de saúde escute as queixas dos clientes na intenção de encontrar respostas ou participar da solução dos problemas evidenciados.

A vida das pessoas da comunidade, dos clientes, em geral, é permeada por muitas dificuldades. Progressivamente, manifesta a necessidade de expressar seus direitos. A comunidade está começando a lutar para conseguir sua educação, para tomar parte dela em suas próprias mãos (FREIRE; HORTON, 2003), para discutir também seus direitos à saúde, sendo ela constitucional.

A ação emancipatória da comunidade é o meio reflexivo, crítico e autocrítico contínuo; através dela se rompe com a barbárie dos padrões vigentes dominantes da sociedade e da civilização. Esse processo parte do contexto societário em que se

movimenta, do lugar ocupado pelos sujeitos, estabelecendo experiências formais ou não, em que a reflexão problematizadora, apoiada em uma visão consciente e política estabelece a construção de sua dinâmica. A ação emancipatória é central e nela identifica-se a aproximação com a EA, como um processo amplo e vinculado às esferas social, cultural, histórica, política e econômica e deve-se entender também que ela sozinha (EA) não dá conta, pois não transforma o mundo nem tampouco a sociedade. A EA, como uma educação emancipatória, promove a conscientização que ocorre nas relações do “eu” e do “outro”; esta ação é mútua, envolvendo a capacidade crítica, o diálogo e a assimilação de diferentes saberes e a transformação ativa da realidade e das condições de proteção e promoção da educação da saúde dos sujeitos envolvidos no contexto de suas vidas. (LOUREIRO, 2004).

Conforme está assegurado na Constituição Federal (art. 196):

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1999a).

Quando os clientes não se sentem esclarecidos pelo serviço de saúde, não aceitam que seus problemas de saúde não sejam resolvidos, pois, além do sofrimento que já comumente vivenciam, deparam-se, ainda, com um serviço de saúde que, na sua percepção, não os acolhe. A sociedade hoje está passando por um processo de transformação radical, onde os oprimidos não aceitam passivamente a ação dos opressores, o que possibilita que o ser humano enfrente melhor os desafios do seu cotidiano, desvelando a realidade e assumindo, assim, novas possibilidades de vida. (FREIRE, 2005).

A EA é considerada um elemento de transformação social, inspirado no diálogo, no exercício da cidadania e no fortalecimento dos sujeitos na superação da dominação e na compreensão do mundo em sua complexidade, da vida em sua totalidade e na busca de possibilidades de enfrentamentos. (LOUREIRO, 2004).

O profissional de saúde diante dos problemas vivenciados pelos clientes, nos serviços de saúde, de falta de respostas ou soluções para determinadas situações do cotidiano que ameaçam sua saúde, pode orientar e interagir junto aos clientes para que descubram possibilidades de enfrentamento dos problemas e, se necessário, encaminhá-los a outras instâncias. O profissional deve ser criativo à

medida que vai conhecendo a realidade ambiental das famílias e comprometendo-se com elas num processo dialógico. A dialogicidade começa quando se pensa no diálogo, antes mesmo que ele aconteça; quando se pensa qual o tipo de abordagem de promoção à saúde que se vai ter com aquele cliente, levando em conta sua realidade, para que a educação realmente ocorra. (FREIRE, 2005).

Em EA, é fundamental o conhecimento do cenário global. Ele mostra qual projeto pedagógico a ser adotado. Os grupos sociais possuem peculiaridades ligadas à situação parcial de seus ambientes e ao modo como interagem na percepção dos seus problemas. (LOUREIRO, 2008). A EA favorece a busca do empoderamento entre profissionais de saúde e a comunidade. O ambiente onde as famílias convivem e o profissional atua torna-se fundamental e deve ser valorizado nas reflexões e questionamentos sobre as condições de vida e de saúde, nas discussões do cotidiano em relação às dúvidas e conflitos dos clientes, ao seu entendimento de promoção da saúde, ao conhecimento e acesso aos serviços de saúde, ao conhecimento dos problemas socioambientais, ao seu entendimento de adoecimento relacionado ao meio onde está inserido, enfim, nas abordagens que permitam entender as ações do dia a dia relacionadas ao seu meio. A partir desse processo, os sujeitos podem empoderar-se no sentido de uma possível transformação das ações e, portanto, usufruir uma melhor qualidade de vida e de saúde.

Em seu território, o ser humano convive com diferentes atores sociais, com diferentes interesses, saberes, compreensões e necessidades, sendo comuns os conflitos gerados pelo uso do ambiente natural. Esses conflitos contribuem para a construção dos processos educativos e para a democratização do ambiente. A territorialidade é integradora entre o natural e o humano, pois é localizada histórica e espacialmente, permitindo a ação educativa, a compreensão e a transformação de relações sociais que são exercidas a partir de um determinado modo de produção e organização estabelecido em um espaço definido. (LOUREIRO, 2008). Os profissionais de saúde demonstram seu comprometimento quando pensam na promoção da saúde de seus clientes, considerando e valorizando também o meio, o ambiente onde estão inseridos.

O meio pode ser entendido como espaço, lugar determinado, onde os elementos naturais e sociais estão presentes, através das relações dinâmicas e em

interação (REIGOTA, 2004), estando o sujeito inserido nessas relações sociais e naturais. O conceito de meio estende-se também ao ambiente. O meio é natural e construído, implica um processo de criação permanente que estabelece e caracteriza culturas em tempo e espaços específicos. Transformando-se o espaço, os meios natural e social, o homem também é transformado nesse processo. As transformações (internas/externas) caracterizam a história social e a história individual, onde se visualizam e manifestam as necessidades à distribuição, à exploração e ao acesso aos recursos naturais, culturais e sociais de um povo. (REIGOTA, 2006). O ser humano, então, está inserido no seu meio ambiente, com as suas crenças, seus valores, preconceitos, ideologias, atitudes, hábitos, identificando, dessa maneira, a representação dos sujeitos envolvidos no processo educativo. Para se realizar a educação, é fundamental conhecer-se as concepções de meio ambiente das pessoas envolvidas na atividade proposta. (REIGOTA, 2006).

Meio Ambiente pode ser definido como:

o lugar determinado ou percebido, onde os elementos naturais e sociais estão em relação dinâmicas e em interação. Essas relações implicam processos de criação cultural e tecnológica e processos históricos e sociais de transformação do meio natural e construído. (REIGOTA, 2006, P.14).

Assim, a ESF entende o ambiente (território) como importante, ou seja, a família inserida em seu contexto socioambiental; o sujeito não deve ser abordado isoladamente, mas, sim, no contexto das relações sociais. O trabalho das equipes de saúde da família deve ser pautado no seu território levando em conta sua cultura, seu modo de viver e de se relacionar com outros sujeitos, suas crenças e credos, suas facilidades e dificuldades no próprio espaço (território) geográfico que ocupa. (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009).

Os trabalhadores destacam, através das suas falas, a importância da organização do serviço em relação às visitas domiciliares. Reconhecem que o processo de cuidado do cliente no domicílio é relevante e que os clientes participam dessa ação, desde que sejam esclarecidos e incentivados a cuidarem de sua saúde:

com certeza, o fato dos agentes irem na casa facilitou um monte. Essa parte de acessibilidade, de ter alguém indo na casa facilitou. Olha, tem um pessoal lá... eles não vem muito aqui. Desde que a gente começou a fazer vista domiciliar, ir lá, incentivar que as carteirinhas de vacinas fossem feitas, tava tudo atrasada das crianças, eles começaram a vir na

unidade. A gente percebe que aonde tu vai e explica, eles dão retorno. (A).

Tenho uma família que não dava muita bola pela questão da saúde de todos da casa. E depois que eu comecei a trabalhar; quando começou a estratégia na minha área, eles começaram a participar. Eles participam bastante, vem, acolhem bem as informações que a gente leva pra eles e é uma família super boa de trabalhar; na verdade, são várias, mas essa é que eu mais estou destacando. (B).

Com o trabalho da ESF, com certeza, melhorou porque é tudo mais fácil pras pessoas. A enfermeira, muitas vezes, vai lá fazer uma injeção porque a pessoa não tem condição de ir na unidade; as visitas domiciliares; as visitas do médico. (B).

A organização do processo de trabalho na UBSF não se constitui numa tarefa simples; a convivência entre profissionais da equipe de saúde da família, comunidade, e gestores torna-se um desafio e uma conquista diária. A ESF segue padrões e metas do Ministério da Saúde cujo alcance é avaliado pelos indicadores de saúde, assim como também pela produtividade mensal das equipes, numa tentativa de mudar o perfil epidemiológico das famílias, portanto, da coletividade. Entretanto, a realidade encontrada na prática, no mundo do trabalho, nem sempre está adequadamente apresentada nos manuais e normas do Ministério da Saúde. Há que se tomar cuidado para que não se tornem apenas tarefeiros ou executores de pacotes de serviço, estabelecidos verticalmente, o que muitas vezes não responde à realidade local (MIRANDA; SANTOS, 2007); daí a importância do modo como a equipe na UBSF se organiza frente às necessidades da comunidade em que atua.

O trabalho de promoção e prevenção na atenção básica confronta-se com a dificuldade de que os sujeitos mudem seus estilos de vida e/ou com o uso de abordagens simplistas e paternalistas de aconselhamento ou de recomendações. O cuidado deve tratar não somente do corpo, mas também focalizar os desejos e pontos fortes de cada sujeito, capacitando-o para assumir o exercício de sua autonomia e, portanto, seu empoderamento em relação a sua vida e sua saúde. (COSTA, 2009).

Os profissionais de saúde deste estudo parecem organizar suas ações e estratégias junto com a comunidade, de quem é cobrada também sua participação no seu cuidado e na gestão de sua saúde:

em relação às receitas, a gente teve uma médica que fazia receita; dois dias depois, era entregue. Qualquer horário que chegassem, eles pediam a receita e complicavam o serviço. Então, a médica sentou e viu essa dificuldade: 'não, receita, nós vamos liberar, mas vamos conversar com o conselho local de saúde e decidir com a comunidade'. Hoje tudo é resolvido com a comunidade e é passado no conselho. Pede a receita e dois dias depois, sai a receita a tarde; e tem que ser no turno da tarde, porque é o turno mais calmo. De manhã tem curativo, tem vacina, tem os agendamentos, que a prioridade é de quem marcou consulta. E aí, o que acontecia, era uma confusão de receitas de manhã e de tarde. (C).

Esses dias, chegou aqui uma senhora querendo a receita pela manhã: 'mas eu preciso da receita' e eu disse: 'então: a senhora não deixe terminar o seu remédio, por que é a sua saúde; a senhora tem que cuidar dela'. Isso é passado no conselho e nas reuniões com a comunidade. Faz ... anos que a gente tem esse conselho; então quer dizer que é uma questão de aprendizado. (C).

No início tudo que acontecia aqui, a ambulância era chamada pelos moradores. Nós já estávamos aqui e já tinha médico; eles chamavam; a gente cansava de explicar pra eles nas reuniões que enquanto estiver aberta a unidade, eles venham e procurem a unidade [] e de tanto falar e explicar..., agora, quando eles não podem vir, até nos mandam chamar em casa, porque sabem que não adianta chamar a ambulância, eles são trazidos para o médico vê-los [] antes usavam a ambulância como taxi. (D).

O trabalho realizado pela ESF não se limita, portanto a ações realizadas apenas dentro da UBSF; é necessário conhecer o ambiente onde o cliente está inserido, através das visitas domiciliares realizadas pelos profissionais da equipe. Trabalha-se também em parceria com a associação de bairros, conselhos, organizações sociais e a escola, para que todos possam estar envolvidos em busca de um melhor perfil epidemiológico, permitindo nortear ações locais, bem como

ajudar no estabelecimento de metas a serem atingidas como, por exemplo, eliminar um surto de hepatite A.

Os profissionais consideram, em suas falas, que devem atuar com a comunidade na prevenção das doenças e na promoção da saúde para modificar o perfil epidemiológico da comunidade:

os nossos índices são poucos; eu tive de 6 a 7 casos de hepatite notificados que chegaram na unidade. Foram casos poucos, mas fez com que eu fosse na Creche, em todas as escolas do bairro e fiz palestra; fui conversar e ensinar as crianças, sala por sala de aula, como lavar as mãozinhas e fiz todo aquele comentário de prevenção. Houve modificação. Todo tempo a gente ta trabalhando em cima disso. Agora estamos trabalhando também com os adolescentes e to vendo uma procura bem maior. (J).

Quantas mulheres que a gente faz CP (exame citopatológico) e que diagnosticam NIC 1, NIC 2, NIC 3, e aí faz uma atualização, faz um tratamento e aquele CA (câncer) não teve uma metástase, não teve repercussões devastadoras. Então, assim melhorou o atendimento geral. Nós somos SUS, melhorou o SUS. (J).

A gente tem se mobilizado bastante, a dengue, o sarampo, a hepatite. A gente vai pra rua e trabalha mesmo com o pessoal do PET (Programa de Educação pelo trabalho para a saúde) distribuir folders, dar orientações; vai na escola de sala em sala fazer oficinas com os alunos. As pessoas recebem bem a gente, a questão do lixo do banheiro. (U).

A organização do serviço ocorre através de práticas educativas dialógicas, em que a ESF se constitui em uma estratégia para alcançar melhores condições de vida, de acesso aos serviços de saúde, bem - estar e informação, assim como, para a construção da cidadania dos sujeitos na busca de sua autonomia. Os sujeitos exercem sua cidadania e sua autonomia quando os profissionais da ESF desenvolvem seu processo de trabalho voltado para o contexto socioambiental das famílias. Esse processo acontece quando as famílias são orientadas e esclarecidas sobre o atendimento de saúde, quando recebem acolhimento dos profissionais de saúde na UBSF e no seu contexto social, quando têm seus problemas reconhecidos e atendidos na UBSF e articulados aos demais níveis de atenção; suas queixas são

atendidas no intuito de solucioná-las ou de encaminhá-las, se necessário; são incentivadas ao controle social e a perceber e entender o meio ambiente em que estão inseridas. O conjunto dessas ações facilita uma relação dialógica entre profissionais de saúde e comunidade.

4.1.2 Reação dialógica como base

A relação dialógica como base constitui-se em pano de fundo para uma proposta educativa no sentido de que os profissionais conheçam a realidade da comunidade e, juntos (profissional/comunidade) façam uma reflexão do seu cotidiano nos serviços de saúde. O processo educativo pode permitir a discussão de estratégias e possibilidades de enfrentamento para a promoção da saúde, ou seja, exercício de sua autonomia, mediante posturas identificadas através das falas dos sujeitos participantes, o que parece ter sido relevante para o empoderamento da comunidade.

No processo de transformação social, as pessoas têm o direito de participar da produção do novo conhecimento, implicando a participação do povo no processo de poder conhecer e decidir o que é melhor para a promoção de sua saúde. O primeiro passo é saber o que as pessoas sabem e pensam de promoção à saúde para poder entender a maneira como falam e agem; o segundo passo é inventar, com elas, meios pelos quais possam ir além de seu modo de pensar. (FREIRE; HORTON, 2003).

A participação do povo nos serviços de saúde é tão importante quanto à dos profissionais no conhecimento do ambiente das famílias com quem trabalham. Esse encontro permite a troca de experiências e saberes e fortalece a relação dialógica. Assim, vai-se construindo o conhecimento de ambos. O profissional de saúde e o cliente começam a conhecer as verdadeiras causas do adoecimento, na maioria das vezes relacionadas ao seu ambiente, ficando mais fácil elaborar o projeto pedagógico de educação. As causas, ou seja, os motivos antes desconhecidos e muitas vezes não entendidos, através do diálogo podem ser compreendidas e criadas estratégias de enfrentamento para a solução dos problemas ambientais. O pensar com o sujeito proporciona e fortalece o novo conhecimento, o conhecimento no sentido mais amplo e planetário:

a EA permite gerar um sentido de responsabilidade social e planetária que considera o lugar ocupado, onde vivem e se relacionam, o meio onde as famílias estão inseridas, pelos diferentes grupos sociais, a desigualdade no acesso e no uso dos bens naturais e nos efeitos causados por esse processo as diferentes culturas e modos de entender a ameaça à vida no planeta, problematizando as ideologias e interesses sociais. Nossa história é construída em comunhão com o planeta, mas a fazemos em certas condições e no âmbito de uma determinada organização social, mas só podemos nos modificar a tais condições, quando reconhecemos e agimos nas diferentes esferas da vida entendendo a educação não como meio único para transformação, mas como um dos meios sem o qual não existe mudança. (LOUREIRO, 2004, p. 58).

Participar desse processo de conhecimento é entender que as pessoas podem ter outro tipo de “linguagem”, elas têm seu conhecimento e, portanto, o direito de divergir do que possa ser proposto pelos profissionais dos serviços de saúde.

4.1.2.1 Direito de divergir

O direito de divergir no processo saúde/enfermidade manifesta-se mediante a implementação de propostas participativas, dialógicas, críticas, reflexivas e problematizadoras, que favorecem ao cliente ser o protagonista no cenário da saúde. Os programas de promoção da saúde, hoje, no Brasil, vêm adotando práticas de educação popular, concretizando-se em duas linhas fundamentais: o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Inseridas nesse contexto, a educação popular em saúde constitui-se de ações locais e cotidianas predominantemente embasadas em valores defendidos por Freire, como a participação e o diálogo, o respeito à cultura, às representações sociais de saúde/enfermidade. Entretanto, apesar de sua concepção geral progressista, esses programas podem apresentar, na prática, perfis muito variados inclusive com a presença de abordagens verticais, higienizantes²⁰ e normatizantes. (VASCONCELOS, 2003).

Na ESF, é fundamental pensar que a prática do cuidado envolve e se fundamenta em uma comunicação dialógica. É necessário que o profissional seja desencadeador de ações educativas, esteja disposto a dividir, trocar, ensinar e aprender com as famílias. (FIGUEIREDO et al, 2010). Precisam-se criar espaços,

²⁰ Práticas de saúde tradicionais e autoritárias, centradas somente na cura das doenças.

onde se discuta saúde, através de reflexões e debates, e que a educação aconteça de forma horizontal com orientações e argumentos; diferentemente, pode-se criar obstáculos e dificuldades entre cliente e profissional da saúde, comprometendo o processo de educação em saúde e de promoção da saúde das comunidades.

Quando o processo dialógico não ocorre, não há comunicação e sem comunicação não há verdadeira educação. A educação autêntica não ocorre de A para B, nem de A sobre B e sim de A com B, mediatizados pelo mundo, que seria o universo desses clientes, suas visões de mundo, originando assim visões e pontos de vista. (FREIRE, 2005).

A EA é uma dimensão essencial do processo pedagógico; deve, então, estar situada na realidade do processo educativo do ser humano, enquanto ser da natureza, sendo definida a partir dos paradigmas circunscritos no ambientalismo e do entendimento do ambiente como uma realidade vital e complexa. (LOUREIRO, 2004, p. 92).

A forma mais eficaz e direta de exercer o controle democrático sobre o sistema de saúde é através da participação dos representantes de usuários, familiares, trabalhadores da saúde, gestores e representantes da sociedade civil nos conselhos e nas conferências de saúde nos diferentes níveis. (VASCONCELOS, 2003).

As UBSFs, por estarem próximas de seus usuários, oferecem espaço à sua participação em busca da construção conjunta do sistema de saúde. No entanto, pode ocorrer a não sensibilização da comunidade para uma participação efetiva e constante nas ações desenvolvidas, dificultando o diálogo entre profissional e cliente.

O cliente tem o direito de saber, de não aceitar o que lhe é imposto pelos profissionais da saúde, e os profissionais precisam encontrar estratégias mais satisfatórias para resgatar a relação dialógica. Resgatar essa relação implica estar apoiando práticas de saúde mais integradas ao modo de vida da população, encontrar caminhos, criar espaços de troca cultural e de diálogo.

Os profissionais deste estudo referem que vários clientes parecem desconhecer o modo como a ESF se organiza e atua em prol da prevenção de doenças, ainda não aceitam a visita do agente de saúde, costumam reclamar do tempo de espera por uma consulta de especialista e não gostam de deslocar-se até a unidade de saúde. Entretanto, quando esclarecidos acerca da justificativa de

determinadas atitudes e ações, à medida que entendem o processo de trabalho implementado, parecem aceitar o trabalho dos profissionais que lhes prestam assistência:

aquelas famílias mais afastadas, onde necessitam mais, nós estamos conseguindo que os agentes comunitários de saúde (ACS), consigam, chegar, abordar e visitar. Então, eu vejo mudança na aproximação dessas famílias junto à nós e junto à unidade, que antes não vinham ao serviço. Acho que a gente está conseguindo aos poucos. (N).

Ela tinha esse preconceito de vir. Eu lembro que quando eu entrei, (...) ela era fumante, tinha uma tosse seca, uma coisa assim...eu conversava com ela: 'vem consultar'. Ela dizia: 'não, tenho medo de injeção, tenho medo disso'. Aí consegui que ela viesse. Ela se cuida, conversei com ela. Ela tem que se cuidar pra cuidar do filho que depende dela. (Q).

Os profissionais deste estudo, após conhecerem o ambiente e a realidade dos usuários, reconhecem que seus conceitos de limpeza e hábitos de higiene são bastante diferenciados:

o conceito delas de limpeza é diferente do nosso. A gente vê o pátio; elas trabalham com material reciclado; tem cachorro no pátio; dizem que os bebês são limpos, que tomaram banhinho agora, mas a gente vê que não tá bem limpo. (U).

Tem mãezinha que tu via assim os bebezinhos com as mãozinhas toda sujas e tu perguntava pelo banho e elas diziam que tinham dado: 'Eu dou banho todos os dias'. Mas tu vias mães que lavavam a louça na mesma bacia que todo mundo tomava banho. (W).

As concepções de saúde podem divergir entre os sujeitos, nos diferentes espaços, e esse conhecimento (saúde) vai depender das relações dos seres humanos entre si e com o mundo. (BARRETO, 2003). O contorno ecológico, social e econômico em que se vive exerce enorme importância na prática. As condições materiais em que vivem os educandos (clientes), condicionam-lhes a compreensão do próprio mundo, sua capacidade de aprender e de responder aos desafios. Para se poder ensinar, ter-se que estar aberto ao contorno geográfico e, social da realidade dos educandos (clientes). (FREIRE, 1997).

As práticas educativas, numa concepção de educação ambiental e em busca do empoderamento das comunidades e dos usuários, devem estar pautadas no diálogo. O diálogo é um compromisso amoroso de ambas as partes; se não se ama o mundo e a vida, não se ama os homens; então não é possível o diálogo. (FREIRE, 2005). Esse processo dialógico nas práticas de saúde acontece quando os envolvidos (profissionais/comunidade) interagem com humildade, sem apropriação da verdade e sem autos-suficiência. É um encontro dos homens para a tarefa comum de saber agir. O homem dialógico é crítico, tem poder de criar, transformar e não perde a esperança. (FREIRE, 2005).

O processo dialógico na EA é entendido em seu mais amplo sentido, de troca e reciprocidade, tornando-se a base da educação. Ela é transformadora e popular; educa-se, dialogando consigo mesmo, com aquele que se identifica, com a própria comunidade, com os outros, com as forças da natureza, com o mundo e, sendo assim, tem-se a capacidade de transformar o conjunto das relações pelas quais se é definido como ser social e planetário. (LOUREIRO, 2004).

Esse encontro acontece quando se está prestando assistência ao cliente, escutando suas dúvidas, suas dificuldades com a comunidade e, simultaneamente, trocando idéias quanto ao que pode ser feito, fortalecendo estratégias que contribuam para a promoção e manutenção da saúde. Essas ações contribuem para que os clientes protagonizem, no cenário dos serviços de saúde, atos de cidadania em busca de seu empoderamento.

Ser crítico permite ter uma atitude aberta da realidade, com vistas a um pensar certo, mas que não se permitam ser “os donos da razão”. Não é possível ser dono da verdade. Diferentemente, o melhor caminho para despertar a capacidade de pensar certo, de ver com acuidade, de ouvir com respeito, de forma exigente, é se deixar exposto às diferenças, é recusar posições dogmáticas em que se admite como o proprietário da verdade. Há que se estar disponível e sensível a atitudes que a vida proporciona e aos seus contratempos; quanto mais se lida sem medo com as diferenças, sem preconceito, melhor se conhece e constrói seu próprio perfil. Esta disponibilidade curiosa com os outros, com a vida, com os seus desafios, são saberes necessários à prática educativa. (FREIRE, 1997).

Numa visão histórica e crítica da EA, as visões ecológicas de mundo devem ser discutidas, problematizadas e incorporadas no tecido social e nas suas

manifestações (simbólicas/materiais); contratempos e diferenças devem fazer parte do processo integrador sem imposição de uma única concepção hegemônica vista como verdadeira. (LOUREIRO, 2004).

A visão que o profissional de saúde tem de conhecimento em saúde pode repercutir em sua prática pedagógica. Então, precisa-se estar atento quando se trabalha com o propósito de educar. É necessário estar disposto a não apenas ampliar o conhecimento do usuário, mas, também, a ampliar o próprio conhecimento como profissionais da saúde e aprender a lidar com as diferenças e entender que as atitudes dos outros, seus pensamentos, podem ser diferentes, mas todos podem ter o direito “de ser”. (FREIRE, 1997). Podem-se questionar comportamentos e expor pontos de vista, para uma reflexão da realidade, mas não impor condições, como se fosse donos da verdade.

O ato de educar é um processo dialógico, crítico, problematizador das condições objetivas e subjetivas que constituem a realidade. Educar é emancipar a humanidade, criando espaços de liberdade diante das condições que se colocam no processo histórico. (LOUREIRO, 2004), é promover alternativas de enfrentamento para que se possa ir além dessas condições. É ampliar horizontes nos serviços de saúde para que o cliente e sua família tenham um atendimento voltado à saúde a partir da realidade de vida, do local, do cotidiano, da ação teórico-prática, para uma compreensão complexa e integrada do ambiente em diferentes contextos. Dessa maneira se estará contribuindo para a ampliação do conhecimento dos sujeitos e, portanto, para o seu empoderamento nos serviços de saúde.

4.1.3 Ampliação do conhecimento

A ampliação do conhecimento emerge das falas dos participantes deste estudo como relevante para o processo de empoderamento da comunidade, pois se exterioriza através de uma maior participação política, da cobrança dos seus direitos e, também, de uma maior adesão ao cuidado.

4.1.3.1 Participação política

A participação da comunidade nos espaços políticos é uma conquista e acontece a partir da ampliação do seu conhecimento. O trabalho da ESF está pautado, entre outras diretrizes, no trabalho em equipe multiprofissional e na participação da comunidade por meio do controle social. (Crevelim; Peduzzi, 2005). As propostas e estratégias de saúde podem ser construídas em parceria entre equipe de saúde e comunidade assistida, fazendo com que ambas conheçam a realidade do bairro e exerçam sua autonomia para poder participar nos espaços sociais vinculados ou não a comunidade a que pertencem.

Assim, neste estudo, a participação política no Conselho Gestor e no Conselho Municipal de Saúde é destacada pelos trabalhadores como relevante, denotando que se sustenta, fundamentalmente, na ampliação do conhecimento da comunidade:

[...] as pessoas que participam do conselho são diferenciadas, tem uma visão de saúde. Gostam de ler, tem o estatuto, vão no Conselho Municipal. Alguns tem pouca escolaridade, mas sabem tudo, assistem muita TV Cultura, sabem tudo da TV Câmara [...]. (D).

Hoje a gente não faz nada, nada mesmo, sem a participação da comunidade no Conselho Gestor. Não se troca horário de nada (consultas de puericultura, horário de atendimento médico, dias de exames ou grupos), número de fichas, sem chamar alguém do conselho. As mudanças na unidade são passadas no conselho local na reunião de comunidade. Faz cinco anos que a gente tem esse conselho, então quer dizer que é uma questão de aprendizado. (C).

Elas querem brigar pelos direitos delas, como é que eu vou explicar, elas querem, opinar, querem participar; querem saber o número de fichas que tem, querem saber por que não sai tantas fichas, aquela participação das rotinas da unidade. Elas têm algum encaminhamento, vão atrás; vêem que demora, vão a algo mais, saber o porquê da demora. (S)

As Conferências e os Conselhos de Saúde são considerados canais de participação política da comunidade. É a maneira que a sociedade encontrou de

fiscalizar as ações do Estado e, conseqüentemente, os recursos públicos, colocando-os na direção dos interesses da coletividade. (CORREIA, 2003).

No município, os CGLSs constituem-se em ferramentas importantes para o fortalecimento do controle social da saúde no município. Eles nasceram das propostas de democratização e descentralização das políticas sociais, estando respaldados pelas leis orgânicas de saúde. A participação é paritária nos segmentos da sociedade civil organizada e tem como objetivo avaliar, fiscalizar, acompanhar e deliberar sobre as políticas estatais implementadas. (CORREIA, 2005).

Os CGLSs podem ampliar o espaço do cliente como ator social. As temáticas sociais da sua realidade passam a ser discutidas no Conselho Municipal da Saúde e a população se fortalece e exerce sua autonomia, ocorrendo, também, ampliação do diálogo entre profissionais da saúde, gestores e comunidade. O serviço de saúde passa a ser descentralizado, podendo ser mais eficaz. (VASCONCELOS, 2003).

Sabe-se que o CGLS não é ainda uma realidade em todas as comunidades, mas é um caminho a ser percorrido em busca do empoderamento dos sujeitos através da participação da população. Nestes espaços de decisão, aumenta o exercício de poder das comunidades, de autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais.

Sabe-se que a autonomia não acontece com data marcada, é uma conquista, um amadurecimento do ser para si, é um processo, é vir a ser. A pedagogia da autonomia está centrada em experiências estimuladoras de decisão e de responsabilidades, vale ainda dizer, em experiências respeitadas da liberdade. (FREIRE, 1997).

O processo educativo ambiental busca a transformação social, englobando indivíduos, grupos e classes sociais. Culturas e estruturas são fundamentais para a base da construção da democracia de sociedades sustentáveis, assim como de novos modos de viver na natureza. (LOUREIRO et al, 2008). A ação participativa e problematizadora da realidade socioambiental nos serviços de saúde podem contribuir para a autonomia dos sujeitos.

A autonomia para o controle social significa a participação do povo nas decisões políticas do seu cotidiano. Uma participação política, em que os conselheiros possam entender a importância do coletivo, da sua participação nas decisões acerca das ações de saúde da unidade de saúde de seu bairro, em que

sejam capazes de exercer sua cidadania também no controle dos recursos de saúde de seu município.

Dessa forma, profissionais de saúde e comunidade empoderaram-se e participam junto com os trabalhadores da UBSF na construção de um Sistema Único de Saúde participativo e mais democrático, conhecendo melhor seus direitos, como destacado na fala desse profissional de saúde:

eu acho assim que isso é toda uma caminhada e eu acho bem esclarecida a minha comunidade. Eles têm um bom empoderamento, tenho toda semana exemplos disso. Então, digamos assim, eu acredito que 80%, pra não dizer 100%, mas 80% dos habitantes da comunidade tem empoderamento, por que? Porque eu tenho agente comunitário de saúde (ACS), que era do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), tenho agentes antigas com ... anos na saúde, então elas próprias fazem essa educação continuada, do empoderamento deles, dos direitos deles e fazem esse confronto Unidade – População. E a partir do conhecimento, eles tem mais acesso aos seus direitos. (J).

Neste estudo, os trabalhadores referem que a comunidade parece estar disposta a mudar sua realidade, interferindo nas políticas de saúde para que atendam aos interesses da maioria da população, como se pode visualizar na fala abaixo:

[...] uma usuária até veio se candidatar a presidente do bairro; chegou até a montar uma chapa, começou a montar uma chapa, pela questão de tentar modificar, de tentar levar adiante essa idéia da comunidade, do bairro, conseguir mais coisas, reivindicar mais coisas em matéria de saneamento, de iluminação, de limpeza, lixo, ônibus, dessas questões básicas assim. Essa foi uma das pessoas que chamou mais atenção, porque se posicionou bastante. (H).

É essencial trabalhar com a comunidade sabendo aproveitar suas experiências de vida no território. A sua participação é fundamental e as ações de saúde são desenvolvidas porque são realizadas em parceria, pois para que alguma situação mude no sentido de contribuir para uma melhor qualidade de vida e de autonomia é necessário que os moradores tenham consciência de seus direitos e deveres como cidadãos. A comunidade considera-se importante porque pode

decidir, já que são valorizadas suas opiniões, sendo assim, reconhecem seu poder para mudar a realidade. Passam de “pacientes” a clientes, protagonistas na solução dos principais problemas e na conquista dos direitos e bens sociais. Entendem o cuidado consigo e com o outro e só assim podem lutar por equidade e uma qualidade de vida para todos, tendo uma visão de coletividade. (PINHEIRO, 2008).

Assim, a comunidade demonstra que, a partir de um maior conhecimento dos espaços políticos que poderiam por ela ser assumidos, avança no sentido de ocupá-los, exercendo sua cidadania mediante sua participação política, seja nos conselhos e conferências representativos do sistema de saúde, seja na organização da UBSF. Para tomar decisões, é necessário conhecer, tomar consciência da situação vivida. Neste sentido, participar das ações de saúde requer conhecimento do que pode estar sendo feito e, para que ocorra esse conhecimento, a participação da comunidade nos espaços políticos é fundamental.

Tomar consciência da situação não é sinônimo de conscientização, a conscientização é mais do que uma tomada de consciência, consiste no desenvolvimento crítico. (FREIRE, 1980). A conscientização é um compromisso, uma consciência histórica, a inserção crítica na história, implica o homem assumir o papel de sujeito que faz e refaz o mundo (a sua história). Está baseada na relação consciência-mundo, quanto mais conscientizados se tornam, mais capacitados estão para ser anunciadores e denunciadores do mundo, graças ao compromisso que assumiram. (FREIRE, 1980).

A EA não atua exclusivamente no plano das idéias e no da transmissão de informações, mas sim na existência de um processo de conscientização que acontece, através do conhecimento pautado na ação, na capacidade de escolha de ter compromisso com o outro e com a vida. Assume uma postura dialógica entre os sujeitos; não se caracteriza num método para alguém, ou em nome de alguém, ou seja, alguém que não tem competência para se posicionar. (LOUREIRO, 2004).

O profissional de saúde passa a conscientizar-se quando adquire um olhar mais crítico possível da realidade e interfere para transformar essa realidade através do seu processo de trabalho. A partir desse processo, passa a ter condições de interagir com o cliente para que ele amplie sua consciência do mundo a sua volta e participe dele, através de atitudes de liberdade e de transformação, atitudes que se reflitam nas ações do seu cotidiano, fazendo história, ou seja, participando e

reivindicando os seus direitos de cidadania. O direito à cidadania é exercido nas relações sociais e fortalece os usuários a cobrarem seus direitos nos serviços de saúde.

4.1.3.2 O usuário cobrando seus direitos

A cobrança de seus direitos ocorre a partir do momento em que o profissional de saúde conhece os direitos dos usuários no SUS e procura desenvolver seu processo de trabalho comprometido para sua efetivação. A participação e o controle social são condições para a possibilidade de conquista e a garantia de outros direitos como saúde, trabalho, moradia, educação e transporte. A democracia é uma forma de vida em que a escolha dos governantes é uma consequência.

A ESF pode ser um espaço de construção de cidadania e de saúde no SUS. No entanto, nem todos os profissionais da saúde podem se encontrar prontos para esse diálogo, talvez por ainda estarem arraigados em posturas tradicionais da área da saúde. A população deve ter acesso a informações sobre sua saúde, construindo assim sua cidadania, buscando sua autonomia e devendo ser incentivada à participação social.

A democracia não é dada de presente, luta-se por ela; não é um processo de paciência bem comportado, é exercida com o povo mobilizando-se, organizando-se, conscientemente crítico. Acontece quando as classes populares não apenas sentem, mas sabem que estão sendo exploradas. Mesmo o povo solidificando a democracia contra qualquer aventura autoritária é também forjado à necessária disciplina sem a qual a democracia não funciona. As classes populares precisam, ao mesmo tempo em que se engajam no processo de formação de uma disciplina intelectual, ir criando uma democracia que vá além da pura democracia burguesa e liberal. Precisam de uma democracia que persiga a superação dos níveis de injustiça e de irresponsabilidade do capitalismo. É uma tarefa em que o ato de ensinar constitui-se no ato de aprender, tornando-se produtor do conhecimento que lhe foi ensinado. Esse processo exige uma disciplina que não se pode dicotomizar da disciplina política, indispensável à invenção de cidadania. (FREIRE, 2009).

A cidadania é uma invenção política, uma produção política. O exercício pleno da cidadania por quem sofre qualquer discriminação não é algo de que usufrua

como direito pacífico e reconhecido. É um direito a ser alcançado e cuja conquista faz crescer substantivamente a democracia. A cidadania implica o uso da liberdade de trabalhar, de comer, vestir, protestar sobre os serviços de saúde, de participação nos conselhos de saúde, de manter a família, usufruir dos serviços de saúde, enfim de “banhar-se não importando em que mar de seu país”. A cidadania não acontece por acaso, é uma construção permanente na sociedade. Quanto mais se respeitam os clientes, a família, a comunidade, as relações com colegas no processo de trabalho, mais se estará diminuindo a distância entre o que diz e o que se faz; assim, estar-se-á contribuindo para o fortalecimento de experiências democráticas e desafiando-se a lutar mais em favor da cidadania e de sua ampliação. Forjar-se-á a si próprio a indispensável disciplina intelectual com o fim de galgar o surgimento de obstáculos na formação profissional e na prática cotidiana, bem como a necessária disciplina política indispensável à luta para a invenção da cidadania. (FREIRE, 2011).

A prática dos profissionais de saúde deve estar voltada para o empoderamento dos sujeitos, no sentido de entender o SUS, não como um processo fracassado ou falido, mas como uma política pública de direito constitucional. O empoderamento dos sujeitos acontece através do “fazer” comprometido, dos profissionais de saúde diante das “queixas”, das angustias, dúvidas e críticas dos usuários dos serviços de saúde, no diálogo sem discriminação ou preconceito, na tentativa de compreender o sujeito e suas relações com o meio. O profissional de saúde deve respeitar a situação do usuário, seja ela qual for; não deve haver julgamento de atitudes, portanto deve exercer também sua autonomia, mas não autoritarismo; ele ensina, mas também aprende, considerando o saber popular.

O empoderamento compreende assegurar possibilidades de práticas de saúde mais inovadoras, de educação popular voltadas para o interesse da comunidade, compromete-se a incentivar a participação popular e o controle social; educação popular não é sinônimo de educação do povo, mas das políticas do povo, assim como a EA não é a educação de determinados ambientes, ela é planetária.

A EA tem a responsabilidade de construir uma nova ética que é ecológica na medida em que se defina no embate democrático entre idéias e projetos, que busquem a hegemonia na sociedade e no modo como esta produz e se reproduz, problematizando valores tidos como absolutos e universais. O que é justo, certo,

bom, moral, para uma comunidade determinada, pode não o ser para outra que esteja numa situação objetiva diversa. O conceito de ecocidadania e consciência ecológica superam os conceitos de cidadania e consciência crítica. A ecocidadania é um conceito utilizado para expressar os desdobramentos na vida diária, em um contexto que, de modo crescente, possibilita a tomada de consciência individual e coletiva das responsabilidades tanto locais e comunitárias, quanto globais. Esse conceito amplia o sentimento de pertencimento à humanidade e a um planeta único, identificado como cidadania planetária ou comopolita. A ecocidadania ecológica e globalizada implica, então, ter noções claras de direitos, deveres e responsabilidades cívicas, na participação desses direitos e deveres, na busca de uma sociedade sustentável, envolvendo o plano ideocultural e o político econômico, a cidadania plena, ou seja, a ecocidadania plena de fato. (LOUREIRO; LAYRARGUES; CASTRO, 2010).

Alguns participantes deste estudo parecem ainda não entender a participação e o controle social como condições de possibilidade de conquista e garantia de direitos e cidadania. Mostram-se críticos com algumas queixas dos clientes ligadas à insatisfação com as rotinas da unidade, e com sua pequena participação às reuniões da comunidade:

percebo que eles sabem que tem direito a médico. Que tem direito de ser atendidos onde querem. Então eles vêem direitos. Os deveres é bem complicado da gente ter que educar. (W).

Por favor vamos citar a ... que foi fazer queixa de mim antes de ontem na coordenação porque queria uma receita por telefone. Então, as vezes eles sabem e se acham no direito do impossível. (J).

A saúde na sua integralidade busca a articulação entre as várias áreas do conhecimento e as reais necessidades de saúde da população. Precisa-se investir em práticas participativas nos serviços de saúde, em que os debates sejam construídos junto com o cidadão, colaborando para o fortalecimento dos seus direitos nos serviços de saúde, com maior integração entre profissionais comprometidos e a comunidade nos movimentos sociais. Dessa maneira, os clientes passam a participar e a entender melhor seus direitos no serviço de saúde.

É indispensável garantir o acesso da população às informações necessárias ao controle social dos serviços de saúde, assegurando maior transparência às atividades desenvolvidas. (BRASIL, 1996).

O princípio da participação popular é direito do cidadão assegurado pela Constituição, e costuma ser aceito e defendido pela sociedade em geral. Contudo, acredita-se que tal princípio opera-se quase que espontaneamente, uma vez assegurados legalmente os espaços formais de sua implementação, através dos conselhos e conferências de saúde. Constata-se, no entanto, que essas instâncias, por estarem presas às questões gerenciais do sistema não dão conta de implementar a participação dos usuários na redefinição da maioria das ações de saúde executadas no dia-a-dia nos serviços de saúde. No cotidiano das práticas de saúde, o cidadão pode ainda ser desconsiderado pelo autoritarismo e pela prepotência do modelo biomédico tradicional que, ao invés de questionar as políticas públicas, tem reforçado estruturas geradoras de doença presentes na forma como a vida hoje se organiza. Para mudar essa realidade é necessário exercer a democracia da assistência nos serviços de saúde, com a participação ativa dos usuários e dos movimentos sociais na discussão das condutas. (VASCONCELOS, 2004).

Como demonstrado, os trabalhadores referem que a comunidade tem participado nas cobranças e nas reivindicações de seus direitos no SUS. Parecem entender o conceito de saúde de uma maneira mais ampla, não somente através da assistência médica, mas relacionando com questões básicas como saneamento, iluminação, limpeza, lixo, transporte.

Paralelamente, no entanto, manifestam sua necessidade de ajuda dos profissionais da saúde que lhes prestam assistência, no sentido de serem orientados a respeito das suas possibilidades de atuação política, no Conselho Gestor Local de Saúde (GGLS) e no Conselho Municipal de Saúde (CMS). Conseguem eleger suas prioridades, mas precisam ainda estar apoiados pela equipe de saúde para reivindicarem, colocarem e exercerem seus direitos. Os profissionais referem que os clientes reconhecem sua autonomia para enfrentar suas manifestações, porém mostram-se mais fortalecidos quando apoiados pela equipe de saúde:

[] Percebo mudanças em algumas pessoas que tem essa noção assim de reivindicar mais, de posicionar mais [] pela questão de tentar modificar,

de tentar levar adiante essa idéia da comunidade, do bairro mesmo conseguir mais coisas, reivindicar seus direitos; mais coisas em matéria de saneamento, de iluminação, de limpeza, lixo, ônibus; então dessas questões básicas. Essa foi uma das pessoas que chamou mais atenção assim porque se posicionou bastante. (H).

Nas reuniões da comunidade, quando a gente faz, eles se manifestam sobre o lixo; já falaram desse trânsito aqui na frente porque tem a preocupação de atravessar a rua, crianças, idosos, ta perigoso. Eles tem essa noção de reivindicar os seus direitos, só que não conseguem fazer sozinhos. Eles tem a noção que tem que pedir, tem que falar tudo, mas contam com a gente pra reivindicar os seus direitos. (H).

Eles tem autonomia pra falar com a gente, qualquer reclamação. Eu sou bem sincera com eles, digo que qualquer reclamação minha, ou da unidade, explico bem pra eles quem faz parte do Conselho, que é pra eles levarem até essas pessoas pra ta reivindicando no conselho local e lá também no conselho municipal de saúde. (I).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde em seu tema número um, “Saúde Como Direito” definiu saúde em um sentido mais amplo como:

resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986).

A ESF permite que se trabalhe na perspectiva do direito à saúde, no acesso aos serviços de saúde e na participação da comunidade nas ações de saúde. (CORREIA, 2005). Esse exercício é feito quando se investe na qualificação profissional para a transformação cultural e política nos padrões das práticas de saúde e na criação de uma infra-estrutura institucional que garanta condições materiais e administrativas para a realização de atividades educativas. (VASCONCELOS, 2004).

Trabalhar a autonomia dos sujeitos é respeitar que eles participem do seu cuidado, é conhecer seus direitos e discutir a assistência prestada em todos os níveis de atenção.

Os trabalhadores parecem perceber que, com o passar dos anos, a comunidade tem se mostrado mais participativa, demonstrando ter maior conhecimento de como proceder para encaminhar suas insatisfações em relação ao atendimento de saúde:

percebo pelas cobranças que os pacientes vêm tendo dentro da unidade, que a comunidade mudou, não é mais a mesma de quando iniciamos. Antes, não era assim; digamos assim, eles não sabiam o espaço; eram mais humildes, não querendo falar, mas eram diferentes, eram, agora não. Se tem um caso que não satisfaz eles, o que fazem? Vão pra coordenação, vão se queixar, já sabem os direitos, aonde tem que procurar. (J).

Os sujeitos, quando incentivados a falar sobre sua realidade, aparentemente, ampliam sua compreensão acerca de sua história, das suas possibilidades e capacidades de atuar no cenário de suas vidas, como atores sociais que “entram em cena” nas decisões de sua vida; empoderam-se de conhecimentos relativos à sua saúde, dos seus direitos constitucionais, que podem ser desconhecidos; então, saem do constitucional (que passam a conhecer através da Constituição) para o real. Os clientes parecem realizar um esforço de aprendizagem para construir o seu saber, estimulados por outros, porque o conhecimento é social. Conhecer é, portanto, também uma aventura pessoal, impossível de ser transferida de uma pessoa para outra. O conhecimento nasce da ação, é agindo que homens e mulheres se confrontam com a necessidade de aprender e constroem o conhecimento. (BARRETO, 2003).

O conhecimento é compartilhado entre a comunidade e os profissionais de saúde. Cada sociedade vive, organiza e produz suas ações. Essas ações, como já dito, podem ser realizadas pelos profissionais da saúde nos grupos educativos e também nos espaços políticos, nos conselhos locais de saúde, onde juntos trocam informações e ampliam o conhecimento dos seus direitos frente ao SUS.

Percebe-se com as falas dos profissionais deste estudo que, quando a comunidade está participando dos espaços sociais, ela sente-se valorizada. Nos espaços comunitários de participação popular, vai assumindo uma postura de reflexão e de empoderamento:

através das reuniões de grupos, eles vão cada vez mais tomando conhecimento e, como dizem em cada reunião, que sejam multiplicadores, que passem esse conhecimento pra dentro de casa, pros vizinhos, então isso vem crescendo.[] toda a mudança que ocorreu e ocorre é em cima do trabalho que a gente realiza. (J).

[] a gente tem aquelas pessoas que conseguem dentro da sua realidade, com as suas dificuldades sair, se empoderar, fazer valer e colocar suas dificuldades. [] nós temos pessoas que vem participar do conselho local e não são conselheiros; que vem porque querem saber seus direitos, gostam do espaço de participação [] as vezes, eles dizem pro pessoal da comunidade 'vocês falam mas não vão no lugar certo pra falar e reclamar que seria o conselho gestor local de saúde, pra gente poder decidir e ver o que melhor a gente poderia fazer para melhorar a saúde. (K).

Fui aprendendo a trabalhar com o conselho. Eu ficava abobada com as pessoas que ficavam dentro de casa, não sabiam os seus direitos, quase que nenhum. Ai comecei a trabalhar com eles, aquela parte dos direitos do SUS, [] eles tem que saber brigar pelos direitos deles, mas não é vir no balcão e dizer um monte de palavrão e falar aqueles desaforos, [] tem que participar do conselho pra saber seus direitos. Eu também aprendi junto com eles os direitos; até agora não sei muito bem, mas tem que participar junto com a comunidade; aqui eu sou um elo, [] eu disse pra eles e começaram a participar. (P).

A produção do conhecimento do homem é fruto das relações entre si e com o mundo. Eles precisam conhecer a situação em que se encontram, compreendê-la e pensar em alternativas para responder e selecionar as respostas mais adequadas. À medida que são desafiados a atuar, passam a refletir sobre sua realidade e, quanto mais refletirem de maneira crítica sobre ela, serão mais homens. (FREIRE, 1983). Como seres sociais se possui uma situação existencial, portanto, o ser constitui-se de múltiplas mediações; como sujeito social, a liberdade e a individualidade se definem numa existência coletiva. (LOUREIRO, 2008).

O trabalho realizado pelos profissionais, junto com a comunidade, pode contribuir para levar o cliente a uma reflexão crítica de sua realidade, elegendo os problemas encontrados (temas geradores) no seu contexto social, incluindo os

serviços de saúde (universo temático), adotando práticas desafiadoras para atuarem sobre eles. (FREIRE, 1983). Na EA, os temas geradores expressam as questões simbólicas e os conflitos existentes no ambiente onde é realizado o processo de trabalho, sendo reconhecidos como tais pelo conjunto dos atores sociais envolvidos no processo pedagógico, servindo de elemento sensibilizador, mobilizador e aglutinador das forças sociais que atuam na área adstrita da ESF, favorecendo a adesão ao cuidado. (LOUREIRO, 2004).

4.1.3.3 Adesão ao cuidado

A adesão ao cuidado constitui-se a partir da ampliação do conhecimento dos profissionais da ESF na construção de práticas educativas problematizadoras, em que os sujeitos sejam incentivados à cor-responsabilidade pela promoção de sua saúde. Os profissionais de saúde como trabalhadores sociais optam pela mudança e empenham-se em desvelar a realidade das famílias.

A educação e o cuidado são campos íntimos, entrelaçam-se em seus propósitos, consideram o sujeito como co-autor da sua história. A ESF não é apenas uma lógica política ou organizacional, é possibilidade, é estratégia de ação, é uma busca para um novo encontro, para o novo, para novos sentidos de vida e pode acontecer através do cuidado em grupo ou individual. (ARCHANJO; ARCHANJO; SILVA, 2007).

O papel do trabalhador social não é somente de mudança. Ele se desenvolve num domínio mais amplo, no qual a mudança é um dos aspectos, que atua com os outros aspectos na estrutura social. (FREIRE, 2011). O trabalhador da ESF busca desenvolver esse papel de atuação nas mudanças sociais e políticas quando constrói, junto com a família, certos cuidados, a partir do momento que participa da construção de vida do cliente.

Esse profissional, em sua fala, relata sua experiência de quando um cliente portador de transtorno mental passa a aderir ao seu cuidado através do tratamento:

tem um cliente nosso que é paciente psiquiátrico, antes de nós chegarmos aqui, era assim a revelia. Tomava remédio um mês, depois passava dois, três sem tomar. A mãe dizia que ele tomava remédio demais. E de tanto a gente orientar e falar que ele ia melhorar a saúde

dele, que não iria ter tantas baixas hospitalares, que não precisava ir de escolta da polícia para o hospital, todo aquele constrangimento, ele foi aprendendo, foi se dando conta. Hoje, ele está tomando o remédio direitinho e está controlado. Foi difícil porque nem aqui eles vinham, nós é que tínhamos que nos deslocar até a casa dele. Hoje mesmo ele teve aqui para pegar a receita; pra não faltar o remédio ele vem prontamente buscar pra não faltar. (D).

O cliente passa a cuidar melhor de sua saúde à medida que é incentivado a discutir seu plano de cuidados, exerce sua cidadania quando participa de atividades em grupo ou de atividades individuais, que acontecem na UBSF. Essa sensibilização para o cuidado deve partir da equipe de saúde que troca experiências e escuta o cliente e o acolhe na UBSF, sendo esse espaço em que diferentes profissionais exercem suas funções, trabalham em equipe, em busca de soluções dos problemas enfrentados pelos clientes no cotidiano do serviço de saúde. Nesse sentido, a partir de Freire, o trabalhador da ESF pode ser também considerado um trabalhador social, pois trabalha com outros na estrutura social.

Os indivíduos, em geral, atuando e refletindo, podem ser capazes de perceber o condicionamento de sua percepção pela estrutura em que se encontram; sua percepção começa a mudar, mesmo não significando ainda mudança social. É preciso perceber que a realidade social pode ser transformada porque é feita pelos homens, portanto, através deles pode ser mudada. A realidade não pode ser vista como uma sina, ou um fardo que só tem um caminho, não pode haver essa acomodação. (FREIRE, 2011).

O empenho de transformação de uma sociedade implica a organização consciente das massas populares oprimidas para uma consciência lúcida, devido aos grupos dominantes estarem comumente em defesa de seus interesses. Então, é necessário que o trabalhador social conheça a realidade do cotidiano em que atua, o “sistema” de força que enfrenta para conhecer o seu “viável histórico”, para ter conhecimento do que pode ser feito naquele momento, se faz o que se pode e não o que se gostaria de fazer. (FREIRE, 2011).

A EA popular transformadora deve estar vinculada ao cotidiano do educando, a sua desigualdade social e a sua situação de precariedade, no acesso a direitos elementares e bens materiais básicos vivenciados pela população. É preciso

articular a cotidianidade ao macrosocial, em uma atuação política que gere as transformações individuais e coletivas, e a possibilidade de que as experiências localizadas, bem sucedidas, universalizem-se. (LOUREIRO, 2004).

Quando se identificam situações - problemas enfrentadas no cotidiano, pode-se mapear ações em conjunto porque cada membro da equipe, com o seu saber, contribui para a construção de práticas preventivas de promoção, tratamento e reabilitação.

De acordo com Freire (1980, p. 40):

a realidade não pode ser modificada, senão quando o homem descobre que é modificável e que ele pode fazê-lo. É preciso, portanto, fazer desta conscientização o primeiro objetivo de toda educação: antes de tudo provocar uma atitude crítica, de reflexão, que comprometa a ação..

Quando se apresenta o tema a ser trabalhado (tema gerador) na EA “de fora para dentro”, sem considerar o interesse e o respeito dos sujeitos envolvidos, existe pouco resultado do público alvo e praticamente pequeno desdobramento das ações realizadas. Sendo assim, é fundamental que os temas reflitam os problemas e interesses consensuais, após um processo participativo, trabalhando-os de modo contextualizado. Os problemas enfrentados na EA somente ganham sentido quando percebidos na prática a partir do conjunto de relações que os constituem. (LOUREIRO, 2004).

Deve se investir em práticas profissionais mais realistas baseadas na reflexão crítica dos sujeitos. O saber em saúde não deve ser monopolizado pela equipe de saúde, deve ser difundido para que se construa na população maior capacidade de enfrentamento dos problemas de saúde e para instrumentalizar a comunidade para que assim possa se prevenir de agravos em saúde por intermédio de um viver mais saudável. (COSTA, 2009).

A realidade apresentada pelos profissionais em suas falas diz que existe preocupação em relação à prevenção e ao tratamento das enfermidades e que a comunidade está preocupada com o seu cuidado, participando dessas ações de saúde junto à equipe:

eles tem bastante noção assim de prevenção, que têm que tomar antitetânica por que aqui é muito esporão de bagre; então, estão preocupados com isso, de tomarem as vacinas; tem noção que a criança tem que tomar vacina, que tem que prevenir do câncer do colo de útero.

Um rapaz que veio essa semana, aqui, tomar a antitetânica porque fez um esporão de bagre, com dezoito anos. A técnica de enfermagem foi ver a carteira dele, ele tem a carteira de criança ainda; e a carteira é novinha, tem todas as vacinas em dia. Bem cuidada assim; então é um exemplo. (C).

Se a gente fizer a comparação do início do trabalho da estratégia aqui dentro, de número de acidente vascular cerebral, de número de infartos; eu digo essas duas doenças assim oh, a redução que teve nesse índice é por quê? Porque existe a estratégia aqui. (J).

Tem uma família que eu comecei a dizer que a criança tava gorda, mas que não queria dizer nada; que não comia direito. Eu comecei a dizer que ela estava mal alimentada e realmente a gente tinha feito um hemograma, tinha anemia, e explicar.. Mas hoje eu acho que a família (avó) se dá conta, não precisava dar tanta bolacha, tanto farináceo, tanto carboidrato. Eu penso que isso é melhor; ela entendeu que a alimentação da criança tava trocada. (R).

A qualidade de vida e a promoção da saúde entrelaçam-se de maneira que não é possível pensar em saúde sem acesso a condições saudáveis de vida; a educação em saúde não se limita a desenvolver hábitos de higiene na população. A educação problematizadora está empenhada na libertação dos homens, no diálogo, estimula a reflexão e a ação verdadeiras dos homens sobre a realidade. (FREIRE, 2005).

Uma EA transformadora e problematizadora não visa interpretar a realidade, informar e conhecer a realidade, ela visa compreender e teorizar a atividade humana, ampliar a consciência e revolucionar a totalidade que é constituída e pela qual se é constituído. Politicamente significa reconhecer os sujeitos do processo educativo como atores de transformação social, que se definem vinculados ao modo de produção, à vida cotidiana particular e coletiva, à cultura, ao Estado, devendo participar com suas especificidades no trabalho pedagógico e comunitário. (LOUREIRO, 2004).

A educação visa à autonomia do cliente, à democratização do saber; à cidadania; à solidariedade; à responsabilização pela própria saúde (empoderamento), pela comunidade e pelo outro; à inclusão social; à aceitação de

multiplicadores de conhecimento, sobre os riscos em saúde e o modo de evitá-los e às ações intersetoriais. (COSTA, 2009).

Percebe-se, nas falas dos profissionais, que existe preocupação, por parte dos clientes, com a promoção da saúde e a prevenção de doenças, o que pode ser evidenciado na sua atenção com a: prevenção de doenças crônicas através de uma alimentação mais saudável, de doenças infectocontagiosas na infância, evitáveis através da vacinação; assim como no uso de preservativo e na adesão ao pré-natal:

puericultura... Hoje só faltou um, daqui a pouco mais, ta chegando. Puericultura, pode estar chovendo, que estão todos aí. E nós temos um caderno, vou te mostrar; aqui, tenho todas as crianças, desde o começo; se precisar fazer busca ativa. (D).

Das DSTs, nos temos um rapaz que nos ajuda a distribuir. Se as pessoas tem vergonha de pegar na unidade, com a gente, pega com ele, no baile ou na casa dele. Ele tem um livro e aponta quantos deu. A prevenção aqui é muito boa. Vacinas, como eu te disse, o calendário das crianças é impecável. (D).

Então, sabe, a gente fez um grupo de gestantes. O trabalho que a gente faz, a respeito da amamentação, tem um número grande de mães que tão amamentando até o sexto mês. Então acho que é tudo fruto de um trabalho em equipe. (N).

Na alimentação, a gente dá as orientações sobre o que devem comer; tem pessoas que são bem acessíveis; nessa parte, eu já vi bastante melhora. Deles usarem aquela informação que a gente ta passando pra eles. Aí, depois, diz: 'eu comecei a me alimentar assim.. e tal e melhorei da pressão'; tem vários, não sei dizer quantos. (E).

Se sente valorizado pelo sistema, quando se sente cuidado, quando as decisões são discutidas com eles e não são impostas. Quando tu explicas porque que tem que cuidar da higiene da casa, que vai diminuir as doenças; a gente mostra pra ele o que ele ganha naquele cuidado, naquele auto cuidado. Acho que se tu conversar com ele e mostrar pra ele outros caminhos, que não é uma determinação nossa, imposta, e sim dele, a gente consegue. (N).

As transformações históricas e sociais que a sociedade vem sofrendo, ao longo das décadas, tem mudado o perfil epidemiológico na produção e distribuição social dos problemas de saúde. Então, torna-se fundamental que se adote práticas de saúde mais saudáveis, participativas e democráticas, pois a prática assistencialista ocupa-se somente com a cura, com a adesão ao tratamento e a obtenção de condições de sobrevivência. A preocupação de quem trabalha no contexto da educação é possibilitar o desenvolvimento de habilidades para a vida. (ARCHANJO; ARCHANJO; SILVA, 2007).

A adesão ao cuidado é um trabalho realizado pelos profissionais da ESF e deve estar pautada no compromisso com a sociedade para a vida, uma vez que atende as famílias em seu contexto socioambiental através das relações sociais, em busca da transformação da realidade de forma individual e coletiva. O homem, inserido em um contexto histórico, é um ser comprometido com o mundo e com os homens; tem, também, o compromisso como profissional, além de tudo, tem uma dívida que assume ao fazer profissional. (FREIRE, 2011). Na EA, existe o respeito às diferenças de idéias e ao modo de viver em sociedade, porém, torna-se fundamental uma visão de ambiente, como complexidade do mundo. (LOUREIRO, 2004).

4.2 FRAGILIDADES NO PROCESSO DE EMPODERAMENTO DAS COMUNIDADES

Esta categoria compõe - se de duas subcategorias: Fragilidades na Equipe de Saúde da Família e Fragilidades nas Políticas Públicas de Saúde.

4.2.1 Fragilidades na equipe de saúde da Família

A ESF constitui-se em um processo de trabalho que implica a reorientação do modelo assistencial, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em UBSF, promovendo suas atividades em território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e a resolução de problemas socioambientais identificados. No entanto, essa prática nem sempre acontece como o esperado, devido a algumas fragilidades vivenciadas pelos profissionais de saúde.

Os profissionais da ESF não devem ter a pretensão de solucionar tudo nem todos os problemas de saúde, mas estar conscientes de que uma atenção básica de qualidade é parte fundamental desse processo. (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009). Orientar para a promoção da saúde não é tarefa fácil, pois não depende somente do profissional que orienta, depende principalmente dos sujeitos que recebem a orientação, os quais podem não aceitar as orientações recebidas, ou, até mesmo, não entender o que está sendo exposto, prejudicando e interferindo de forma negativa em seu cuidado. (FIGUEIREDO et al, 2010).

Na saúde da família, a família é o centro de atenção e entendida a partir do ambiente onde se vive, fazendo-se necessário também entender a idéia de saúde da família para que se tenha êxito no processo de trabalho. O conceito de saúde da família prevê a participação de toda a comunidade em parceria com a equipe na identificação de prioridades, no acompanhamento da avaliação de todo o trabalho realizado, sem privilégio para ninguém e sem discriminação. (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009).

As famílias podem entender ou mesmo ter uma concepção diferenciada de saúde e qualidade de vida. Então, não é correto estabelecer uma relação autoritária, opressora e de obediência com a intenção de mudar práticas e hábitos.

4.2.1.1 Busca da obediência

A busca da obediência no processo de trabalho manifesta-se mediante uma relação opressora, deixando de ser de cooperação para tornar-se de dominação. A educação autoritária é uma estrutura social de dominação, tornando homens, em objetos, negando-lhes a condição de sujeito que lhes é própria.

A expansão da ESF levou a uma profunda inserção de profissionais a esse novo modelo, mas ainda existem muitas fragilidades, como a pouca ênfase da saúde pública na discussão e no aperfeiçoamento dessas práticas. Os cursos de formação profissional em saúde, em seus diferentes níveis, e a educação permanente promovida pelas Secretarias de Saúde pouco tem priorizado a discussão de construir coletivamente as novas soluções sanitárias necessárias. O que se tem assistido, na maioria dos serviços de saúde, é a reprodução de ações educativas extremamente opressoras e centradas propriamente na recomendação de hábitos individuais. Essa forma de trabalho educativo boicota a participação popular, faz calar os sujeitos e afasta o processo de transformação social, que poderia ocorrer através do diálogo de saberes e da reflexão crítica de suas realidades de vida e saúde. (VASCONCELOS, 2004).

O educador deve saber que sem curiosidade não se aprende nem se ensina. O exercício da curiosidade é um direito dos sujeitos. A curiosidade domesticadora alcança a memorização mecânica dos objetos, afastando o aprendizado real ou o conhecimento do objeto. A construção do conhecimento implica o exercício da curiosidade, da capacidade crítica de comparar e de perguntar. A dialogicidade não nega momentos de explicações. A curiosidade faz o educando perguntar, atuar e reconhecer. (FREIRE, 1997).

Diante das falas dos profissionais deste estudo podem-se observar práticas ainda “domesticadoras”, que alcançam somente a memorização mecânica, afastando o aprendizado real ou o conhecimento, sem reflexão crítica dos acontecimentos. Os profissionais, por meio de ameaças de multas e xingamentos, buscam a obediência dos clientes com a intenção de melhorar sua qualidade de vida e de saúde. Desconhecem, aparentemente, o direito do cliente de não aceitar o que lhes está sendo imposto:

tenho várias famílias que eu digo que tudo vai ter multa. Eu ameaço com multa. Deixou água parada, digo que a prefeitura vai dar multa porque pode dar mosquito da dengue. E o lixo, eu to fazendo a mesma coisa; olhem cuidem porque pode dar mosquito, rato essas coisas e podem levar uma multa da prefeitura, se ela vir fiscalizar. Eu acho que isso que eles se tocaram e vão limpar para eles não vir multar. (B)

Quando eu peguei a ser agente comunitária dela eu comecei a dizer 'essas crianças todas sujas' [] agora, ela ta no terceiro filho, ela ta cuidando. Ela só amamentava até os dois meses e tirava porque ia deixar o peito caído; agora o bebê ta cinco meses e ta mamando ainda. Ela dá mamadeira, mas pelo menos ela não tirou a teta, isso porque eu xingo ela também ameaço; ela agora ta mais caprichosa. (O).

É necessário estar atento às responsabilidades de educador. A postura do educador tem que ser de respeito à pessoa que queira mudar, mas não pode desconhecer o seu direito de rejeitá-la. O papel do educador é assegurar o direito a comparações, escolhas de decisão, além de estimular a assunção deste direito ao cliente. (FREIRE, 1997).

EA e ciência são formações críticas e precisam ser relacionadas de modo a compreendermos sob que condições o saber científico se desenvolveu, a favor de quem e para quê, apropriando-se da base do instrumento e da reflexão necessária para a educação. (LOUREIRO, 2004).

Todo o cidadão ou cidadã tem o direito à liberdade, de divergir do desconhecido. O processo de empoderamento dos sujeitos ocorre a partir do amadurecimento das relações sociais. Em muitos estados e municípios, a tradição de participação da sociedade civil ainda é fraca, os conselhos são inexistentes na prática, podem ser apenas estruturas formais manipuladas pelas forças políticas dominantes. Sua efetivação real constitui um processo de luta e conquista em parceria com gestores comprometidos, com organizações profissionais, com organizações populares, de usuários/ familiares.

É de grande relevância a construção de estratégias tanto para a capacitação dos conselheiros (comunidade), quanto de suporte para sua atuação nos conselhos que representam, estratégias fundamentais para o empoderamento do próprio conselho bem como de seus representantes. O processo de educação popular em

saúde, os cursos de capacitação e os projetos de assessoria à prática dos conselheiros são de enorme relevância para o empoderamento das comunidades. (VASCONCELOS, 2001).

A prática dos profissionais de saúde nos CGLSs e no CMS também é considerada relevante para o empoderamento das comunidades. Entretanto, a participação dos profissionais de saúde nos conselhos nem sempre é uma decisão do profissional, podendo ser imposta pelos gestores de saúde. Apesar dos profissionais de saúde comporem parte do CGLS, ainda existem resistências em relação a sua participação efetiva por parte deles mesmos. Estar no conselho não é sinônimo de atuação nas políticas públicas; sendo assim, os profissionais de saúde podem não conhecer de fato a verdadeira função de atores sociais no “cenário” das políticas públicas.

Atribui-se esse fato a questões culturais e à área da saúde ainda estar arraigada a conceitos autoritários, nos quais o cliente é considerado “paciente”, desconsiderando-se sua participação no cotidiano dos serviços de saúde. O profissional é quem “deve saber o que é melhor para o seu paciente” uma vez que estudou para tal, uma atitude autoritária e vertical de educação em saúde.

São identificadas dificuldades nas falas dos profissionais que participaram deste estudo quando percebem que a prioridade da comunidade pode não ser a mesma sua. O profissional, por fazer parte do CGLS, acha-se no direito de impor o que a comunidade deve fazer no seu bairro, optando, então, por decidir o que é melhor para o outro numa visão vertical, de obediência:

nós, do conselho gestor, o que a gente queria que eles fizessem era alguma coisa tipo, eu falei isso em uma reunião. Trazer aqueles tambores que tem pra separação do lixo, nós temos vários terrenos vazios, arruma e faz ali uma estação pra seleção que o morador vai ali e coloca ou chama pra selecionar. Não adianta. Tem um monte de terreno e não tem uma praça. Falta de cuidado com a comunidade (G) .

Olha, se for pra se aproveitar, eles tão aí. Realmente. Por que até o bingo que eu queria que o conselho gestor fizesse, se não fosse a gente fazer, não saía. Eles só fazem queixas nas reuniões. É queixa porque a gente tem poucas fichas e querem fichas o dia inteiro; não entendem o que é

prevenção, promoção. Nas reuniões, é só cobrança, não há sugestões.
(G).

O ato de ensinar e de aprender é difícil, sobretudo exigente, mas também pode ser prazeroso. É preciso que os educandos descubram e sintam a alegria dessa prática. O papel do educador nesse cenário é de autoridade e competência. Competência é importante na sua função, o profissional que não leva a sério a sua prática, não se atualiza, ensina mal o que sabe. O profissional deve, também, lutar por condições materiais de serviço indispensáveis a sua prática (serviços de saúde). Se não luta, não colabora para a formação de outros sujeitos e anula-se como profissional. Entretanto, a prática não pode resultar de um trabalho feito nos sujeitos (clientes) pelo profissional. Mesmo que o profissional tenha sua orientação, seu estímulo, sua autoridade, ela deve ser construída e assumida pelos próprios sujeitos (clientes). (FREIRE, 1997).

Ainda é comum na EA contradições, não a considerando uma prática que deva ser construída e assumida com os sujeitos. Observam-se objetivos como: “tornar consciente”, “levar conhecimento a”, “e ensinar a cuidar do ambiente”, padrões ecologicamente incorretos (educação bancária). A ausência de reflexão histórica, em uma visão freireana, configura um empobrecimento teórico da EA. (LOUREIRO, 2004). Pode-se dizer que:

a ausência de reflexão histórica configura um empobrecimento teórico da Educação Ambiental, a começar pelo próprio entendimento do sentido que a educação ganha na relação sócio-natureza e sua atuação no cenário de reversão da degradação ambiental e da crise civilizatória instalada. (LOUREIRO, 2004, p. 38).

4.2.1.2 Ameaças e medo

Os profissionais da ESF têm limites e possibilidades que envolvem sua cultura, religião, crenças, saberes e práticas que podem ser diferentes às das famílias. (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009). A ESF não pode ser definida como proposta de atenção simplificada, mas como um alargamento da atenção primária em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas possíveis do cotidiano de vida da população, com maior ênfase aos grupos mais vulneráveis. (VASCONCELOS, 1999). Por ser uma prática educativa, não deve ser pautada em condutas de ameaças e de medo, passando a constituir-se, assim,

em relações dominadoras, afastando os sujeitos do desvelamento da realidade, pois formas autoritárias de educação dificultam a aprendizagem. O respeito à autonomia e à dignidade é imperativo, ético de cada um e não um simples favor que se pode ou não conceder uns aos outros. (FREIRE, 1997).

A EA atua com base no princípio da responsabilidade com o outro, no bom senso e não no plano da imposição, da normatização e da culpabilização individual, objetivando a coerência de valores e condutas nas ações que se realizam. A ética não se define como um modelo prévio a seguir de valores e condutas, distante da história que desconsidere a fala dos que estão marginalizados, querendo ajustá-los a realidades e padrões definidos por certos grupos sociais, cujos princípios são apresentados como únicos e válidos para a humanidade, em qualquer ambiente do planeta. (LOUREIRO, 2004).

Posturas autoritárias podem mascarar o processo educativo. No momento em que se está no seu território, como nas visitas domiciliares, os usuários podem concordar com o que está sendo dito, o que não significa que acreditem ser o correto para eles; portanto, não modificam sua prática. Possivelmente, demonstram concordância e aceitação pelo receio de não serem bem atendidos, quando necessitarem da unidade de saúde e dos profissionais que lá trabalham, optando por ceder às determinações sem questionarem suas dúvidas, prosseguindo com medo do desconhecido.

Percebe-se, nas falas dos profissionais, sua preocupação com práticas normatizadoras. Na busca do que reconhecem como correto e, às vezes, através de ameaças entendem que estão contribuindo na educação de seus clientes:

comecei a trabalhar o ambiente, a família, que a gente não tem que cuidar só do corpo, tem que cuidar da casa. Comecei a batalhar nas visitas que eu ia com os estudantes; eles começaram a passar (os estudantes) e eles viam (comunidade) um jaleco branco e já modificavam um pouquinho. (O). Acho que eles não tão nem aí para prevenção. É um trabalho que tu vai orientar, mas quando tu volta no outro mês, tá a mesma coisa. Então eu ameaço com multa. O lixo, eu digo se eles não limparem, a prefeitura vai multar. Tudo eu ameaço com multa. (B).

Há que se ter cuidado para não negar a cultura popular, o saber “feito”, o senso comum, resultantes das diferentes visões de mundo da classe popular.

A proposta de EA abre novos horizontes para a compreensão do processo educativo, no sentido de articular mudanças de percepção da realidade. A proposta é compreender as especificidades dos grupos sociais, o modo como produzem seus meios de vida, como são estabelecidas as condutas e para que o diálogo se estabeleça na problematização do mundo e na ação. A EA é baseada em processos teórico - práticos, políticos, culturais e sociais, os quais redefinem os valores da sociedade, valores que podem ser adequados ou não a uma vida digna e sustentável. (LOUREIRO, 2008).

4.2.1.3 Manipulação do cuidado

A manipulação na prática do cuidado pode ocorrer quando os profissionais de saúde, através do seu processo de trabalho, manipulam os clientes, negando o desvelamento da realidade. Acontece quando não desafiam os grupos populares a perceberem os riscos ou perigos de situações concretas, não despertando novos saberes que poderiam encorajá-los a interferir e modificar sua realidade. A manipulação interfere na realidade, obscurece, enquanto a educação libertadora ilumina a realidade, estimulando o sujeito a desvendar os mitos da sociedade. No desvelamento, os sujeitos mudam sua compreensão da realidade, sua percepção da realidade. (FREIRE; SHOR, 2006).

Na ESF, os profissionais atuam em diferentes “cenários” com a responsabilidade de mudar o perfil epidemiológico, mas é através da visita domiciliar que estão mais próximos à realidade das famílias, sendo necessário estarem atentos a não desconsiderarem o saber de experiência feito.

De modo geral, os profissionais estão mais acostumados a atender nas UBSF, para onde o cliente se desloca em busca de atendimento submetendo-se às rotinas da unidade. Já no atendimento domiciliar, as rotinas, os horários e o comportamento do profissional são predominantemente determinados pelos próprios clientes. Não se pode invadir o seu ambiente, estabelecendo regras, como modificar a disposição dos móveis, retirar tapetes, abrir janelas sem primeiro entender por que a organização do ambiente doméstico configura-se desse modo, podendo estar assim por muitos anos. Torna-se fundamental ouvir do cliente o que é possível ser feito. Se a intenção do profissional for alterar hábitos, rotinas ou comportamentos

deve-se ter cuidado para não desrespeitar seu território. O cliente tem que exercer essa autonomia na sua casa. (SANTOS; MIRANDA, 2007).

Neste estudo, foram identificadas práticas reconhecidas como autoritárias por parte dos profissionais da saúde, especialmente nas visitas domiciliares, quando não respeitam o ambiente do cliente e da família e o seu direito de decisão, impondo-lhes mudanças:

teve uma situação que eu fui, que até às vezes eu conto aqui pras gurias: as crianças, estavam sempre com um problema respiratório. E eu ia na casa e via que era uma fumaceira, e era do fogão a lenha. Eu ajudei a mãe a tirar o fogão a lenha de dentro de casa . Depois, no outro mês que eu voltei, o pai da criança estava. Eu costumo sempre deixar agendada as visitas que são mais longe, e ele tava esperando e perguntou porque que eu tirei o fogão de dentro de casa dele. Ficou furioso que eu tinha tirado. Daí eu expliquei pra ele: 'não, porque elas estão sempre com problemas respiratórios, quem sabe o senhor tape o furo do fogão pra ele não fazer tanta fumaça. (B).

Para o tratamento dos possíveis agravos de saúde, é fundamental que o profissional de saúde conheça o ambiente de vida do cliente, suas potencialidades terapêuticas e as de seus familiares, assim como seu suporte social. Desta maneira, é possível adaptar o seu plano de cuidados à realidade do cliente, permitindo que não se tenha obstáculos, favorecendo um ambiente mais harmônico. (SANTOS; MIRANDA 2007).

Não se pode desconsiderar, desprezando como imprestável, o que os educandos trazem consigo de compreensão de mundo nas mais variadas dimensões de sua prática no contexto social de que fazem parte. O seu universo é muito importante, sua fala, seus hábitos e saberes em torno da saúde. O respeito ao saber popular implica necessariamente o respeito ao contexto cultural, sendo a localidade dos educandos o ponto de partida para o conhecimento que vão criando do mundo. (FREIRE, 2008).

A manipulação e o controle são desnecessários quando atuamos como trabalhadores sociais que optam pela mudança, embora exista a necessidade de conhecer o “viável histórico” dos clientes. (FREIRE, 2011). O processo histórico é um movimento coletivo com o mundo, onde os sujeitos adquirem conhecimento e

desvelam a realidade. Ele está diretamente envolvido com o meio, onde os sujeitos estão inseridos, nas famílias, no trabalho, nos serviços de saúde, nas relações sociais. As relações sociais são, portanto, relações históricas construídas. (LOUREIRO, 2004).

Trabalhar o planejamento familiar é responsabilidade do profissional de saúde. As relações sexuais são relações sociais historicamente construídas em determinadas estruturas modelos e valores. A cidadania também ocorre através do conhecimento da fisiologia do corpo, da sexualidade, dos seus direitos, dúvidas e questionamentos, sendo responsabilidade do planejamento familiar o auto-conhecimento dos homens e das mulheres. O empoderamento da sexualidade acontece quando é respeitado esse direito de cidadania entre homens e mulheres.

É responsabilidade do poder público oferecer informações e acesso a métodos e técnicas tanto para concepção, quanto para a anticoncepção, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2006). O processo educativo ocorre através do diálogo e dos questionamentos dos clientes a respeito do planejamento familiar, mas pode não acontecer caso se adote posturas autoritárias e manipuladoras que dificultam o exercício de cidadania.

A pílula permite a mulher planejar o seu futuro, o período e o número de filhos que deseja ter, mas o homem também tem responsabilidade no planejamento familiar:

tu tem controle de anticoncepcional. Tu consegues manipular aquelas gurias, pra usarem. As mulheres mesmo, tem muitas que não querem ter filho e aí tu insiste; o marido, as vezes, manipula elas, mas tu consegue fazer. (I).

Numa visão freireana, o profissional educador nunca manipula, mas também não lava as mãos acerca da responsabilidade que possui. Assume um papel diretivo necessário para educar. Essa diretividade não é uma posição autoritária de comando de “faça isso” ou “faça aquilo”, mas sim, uma postura para dirigir um trabalho sério sobre o que se quer ensinar, para que os sujeitos (clientes) reflitam sobre a intimidade da existência do que vai ser feito. Essa posição é chamada por Freire de radical democrática sem o exercício de autoritarismo por parte do profissional e sem licenciosidade dos sujeitos. A manipulação cria mitos, nega e falsifica a realidade. (FREIRE; SHOR, 2006).

A ausência de crítica política e análise estrutural dos problemas vivenciados possibilitam que a EA seja estratégica na perpetuação da lógica instrumental do sistema vigente, permitindo reduzir o “ambiental” a aspectos de gestão e comportamentos. Dessa forma, reproduzem equívocos na sociedade, impedindo a ação educativa de ser um pilar na construção de processos democráticos e participativos, voltados para a qualidade de vida e a consolidação de nova relação sociedade-natureza, em um sistema que assegure as condições materiais de igualdade social para que isto ocorra em bases efetivamente sustentáveis. (LOUREIRO, 2010).

4.2.2 Fragilidades nas políticas públicas de saúde

Fragilidades nas Políticas Públicas de Saúde emergem das dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde da ESF em articular as Políticas Públicas de Saúde (SUS) com seu processo de trabalho, no que se refere à dicotomia entre o real e o Constitucional. As políticas públicas brasileiras, por muitos anos, apresentaram um caráter autoritário e conservador, suas propostas eram verticais, dificultando a participação social. A ESF pode ser o “cenário” para a compreensão de ambiente, contextualizando-o à realidade das famílias e estimulando práticas comunitárias na intenção de fortalecer a sua participação nas políticas públicas.

A família pode significar a realização de um modo de vida. As relações de cuidado, as relações de parentesco, as divisões das tarefas, a busca do lazer de forma alguma podem ser compreendidos por análises centradas apenas na dinâmica econômica da sociedade. A valorização da família é forte nas classes populares, é o resultado do modo como os indivíduos vêem sua condição de classe, seus desejos, projetos e limites e não o produto da imposição de valores próprios de outras categorias. É nela que se elabora, em grande parte, um conhecimento um pouco mais crítico sobre a sociedade, uma avaliação das classes sociais, da conjuntura social e das condições para modificá-la. Em família se possui uma estratégia de sobrevivência para o presente, constrói-se um projeto para o futuro e avalia-se o passado. (VASCONCELOS, 1999).

Muitas vezes, a população pode estar acostumada com uma situação que já vem vivenciando há anos, sem perceber que pode melhorar ou piorar, que pode ser

vigilante de sua própria saúde. É nesse contexto que os profissionais da ESF podem fazer a diferença, através do processo educativo e da busca do exercício da cidadania. Juntos, profissionais e comunidade, podem fazer essa reflexão de como está sendo vivenciado o saneamento básico, de onde vem a água que abastece o seu domicílio, o destino do lixo, a distribuição de renda, a iluminação das ruas, o trabalho, o transporte, a educação e outros. (FIGUEIREDO et al, 2010).

Questões relacionadas à saúde estão asseguradas na Constituição Federal de 1988, e, a partir dela, o Estado é considerado o Estado Democrático de Direito. Foram elaboradas leis que regulam, fiscalizam e controlam as ações e os serviços de saúde e o povo ampliou sua possibilidade de participar mais ativamente nas questões públicas. (DALLARI, 1998). As Leis nº 8.080 e nº 8.142/90 foram fundamentais nesse processo de proteção, participação e defesa da saúde do povo brasileiro. Aos municípios também ficou determinada a elaboração de suas próprias normas, garantindo, assim, o direito à saúde de seus munícipes, através da Lei Orgânica Municipal.

De acordo com a Lei Orgânica Municipal do município do Rio Grande – Estado do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE, 1990):

Art. 186 - A saúde é direito de todos e dever do Município, através de sua promoção, proteção e recuperação, bem como o controle e a fiscalização de ações públicas à saúde.

Art. 189 – É dever do Município promover a extensão progressista do saneamento básico a toda população urbana e rural, bem como a condição básica da qualidade de vida, da proteção ambiental e do desenvolvimento social.

Art. 195- Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, impondo-se ao Poder Público e à coletividade, o dever de defendê-lo, preservá-lo e restaurá-lo para as presentes e futuras gerações, cabendo a todos exigir do Poder Público a adoção de medidas nesse sentido.

O município pode ter autonomia para instituir outras formas democráticas de acesso às informações sobre a realidade social; uma das maneiras é através da divulgação dos orçamentos de domínio público no incentivo à participação social, por meios dos Conselhos de Saúde. Tais estratégias podem ser usadas pelos profissionais de saúde e comunidade para a discussão de seus problemas socioambientais.

Uma fragilidade identificada nos profissionais deste estudo relaciona-se ao seu desconhecimento das políticas públicas ou o desuso dessas estratégias na abordagem e no diálogo com a comunidade para discutir problemas socioambientais

do cotidiano, o que demonstra uma aparente falta de clareza da situação de risco vivenciada pelas famílias. As políticas públicas podem ser enfrentadas pelos profissionais de saúde junto com a comunidade no sentido de fiscalizar e atuar no controle social, participando desse modo na saúde pública, como atores sociais.

Na fala dos profissionais de saúde, observa-se que responsabilizam a comunidade pelo manuseio inadequado do lixo, não relacionando tais ações à fragilidade das políticas:

aqui, a coleta é uma vez por semana; então não se vê tanto lixo atirado como no interior. O problema deles (no interior) é que eles queimam ou enterram; eles querem é se desfazer do lixo, é cultural. Aqui, na volta, a gente não vê isso; é uma vez por semana. (A).

Eles colocam lixo em qualquer lugar. A coleta seletiva é a cada quinze dias e lá bem pro meio do interior, muitas vezes, é uma vez por mês. Mesmo assim, tem gente que enterra porque demora muito o caminhão. Antes, eles jogavam tudo fora, mas como tem que juntar eles enterram, jogam no mato; é muito difícil esperarem o caminhão. (B).

Após a implantação da ESF tem-se notado um número crescente de profissionais inseridos no cotidiano de trabalho da saúde da família, por diversos interesses. No entanto, parece ainda não ocorrer uma discussão acerca das relações entre os profissionais, gestão pública e a população local da área adstrita. Essa realidade pode ser transformada através do processo de reflexão do “ser mais” e do exercício da cidadania dos profissionais de saúde junto com a comunidade, mediante a ampliação do conhecimento, o esclarecimento de suas dúvidas, empoderando-se do processo saúde/ enfermidade.

Em alguns municípios, a ESF significou mais uma modificação institucional, no sentido de uma nova divisão de trabalho entre os profissionais, deslocamento do local de atuação, acréscimo na remuneração da equipe e outros. Não foi possível observar uma maior aproximação com o cotidiano das famílias, passando a denominar-se de saúde da família práticas tradicionais de abordagem individual ou de relação com os grupos comunitários. (VASCONCELOS, 1999).

Não é possível fazer uma reflexão sobre a educação sem refletir sobre o próprio homem. É preciso começar esse processo pensando sobre si mesmo e assim encontrar na natureza do homem algo que possa constituir o núcleo

fundamental no qual se sustenta o processo de educação. A educação é um processo inacabado, por isso educa. O homem, por ser um ser inacabado, está em busca constante do “ser mais”. Ele é o sujeito de sua própria educação e não objeto dela. Por isso, ninguém educa ninguém, esta busca deve ser feita com outros seres que também procuram “ser mais” e em comunhão com outras consciências. A educação tem caráter permanente, não existem seres educados e não educados, estão todos se educando, não podendo existir relação de dominação na educação. (FREIRE, 2011).

Da mesma forma, acontece com o ambiente; não se pode dominar o ambiente, não se tem o controle total da natureza, uma vez que se é parte dela. É inimaginável que a humanidade tenha conhecimento absoluto do que ocorre na natureza, seria uma situação de domínio total. Precisa-se entender que a humanidade não domina a natureza, mas interage com ela. A dimensão ideocultural é também um aspecto importante, porém não é o único nem o determinante, devendo vir associado a mudanças estruturais, assegurando uma sociedade sustentável nas múltiplas dimensões que compõem a vida. (LOUREIRO, 2010).

Entretanto, diante de todas estas conquistas, existem na atualidade questões que devem ser enfrentadas, pois impedem o exercício legal e essencial da autonomia. Este fato ocorre pela própria condição de cidadania do povo. Uma das questões é a miséria ainda existente em muitas comunidades, e a outra o medo que as pessoas têm da violência que marca a vida de muitos grupos sociais ainda discriminados; pessoas marcadas fisicamente; ou por situações materiais de carência extrema, que não tem condições de participar livremente do processo político e de exercer sua cidadania. (SANTOS, 2006).

Os profissionais da ESF desenvolvem seu processo de trabalho, em sua maioria, em áreas consideradas de risco, onde os clientes desenvolvem estratégias de sobrevivência para a manutenção da vida. Os profissionais têm grandes desafios, pois atendem o cliente e sua família no seu contexto socioambiental, sendo o ambiente fator determinante para a vida e para as relações sociais.

O perfil, a formação dos profissionais, a participação e o comprometimento, podem interferir na construção do processo educativo, e na implementação e efetividade dos princípios da ESF, pois se refletem no planejamento, no desenvolvimento e na avaliação das ações.

O profissional da ESF refere que tem dificuldades em trabalhar com algumas famílias, cujas condições de vida são extremamente precárias, destacando que o Serviço de Vigilância exige certas condições de higiene para realizar o serviço:

nós temos dificuldades em organizar o lixo de algumas famílias, porque eles são “catadores”; até que são bem organizadinhos, mas tem pilhas de lixo. Chega a ter um paredão de garrafas pet, tinha carrapatos, bichos de pé, mas até para chamar a vigilância para colocar veneno, o pátio tem que estar organizado. Então, eu disse que enquanto não organizassem, não dava para terminar com os bichos e eles conseguiram se organizar e foi feita a limpeza. Era uma epidemia, vinham até as canelas da gente. Apesar de serem “catadores”, o lixo todo no seu devido lugar. (V).

A transformação desses “cenários” de dificuldades com que se depara nos serviços de saúde pode ser enfrentada através do fortalecimento dos profissionais em suas atividades, na busca de uma formação profissional mais comprometida com as políticas públicas.

Ainda, o termo saúde da família perde a sua especificidade, não se tem mostrado clara a diferenciação entre várias situações de risco vivenciadas pelas famílias ou entre diversos contextos familiares em que se situam os vários problemas de saúde. Acontecendo assim, não se distinguem as diferentes estratégias e abordagens necessárias. Nas visitas às famílias, a atenção fica dirigida ao que os diversos programas priorizam: o controle de hipertensão, diabetes, a amamentação e outras. Essas ações, por um lado, facilitam a expansão e por outro simplificam e empobrecem seu alcance por não considerarem e trabalharem com a complexidade das manifestações locais dos problemas de saúde. O desafio da ESF é a capacidade de integração com os serviços locais de saúde bem estruturados, redefinindo qualitativamente seu modelo de atuação. (VASCONCELOS, 1999).

Já esse profissional refere uma situação de maior fragilidade, onde as famílias sobrevivem do lixo, se quer tem condições de produzir seu lixo, encontrando no lixo alheio, um meio de sobrevivência. A situação é definida pelo profissional como de miséria, não apresentando o mínimo de recursos básicos, ambientais:

tem uma parte da minha área que é perto do lixão, que é a parte mais pobre. Eles vivem do lixo, são recicladores. Mas ao mesmo tempo eles não separam o lixo, porque a situação deles é de miséria. Eles têm uma

torneira de água para dez famílias, num pátio e as casas são de madeira. Madeira reciclada, assim, vai juntando os pedaços e montam, e o chão é batido. Então não tem como ter higiene, não tem como orientar higiene e limpeza, se eles vivem num ambiente daqueles, eles põem fumaça dentro de casa para matar as moscas. (F).

Nas famílias que vivenciam situações de miséria, torna-se constrangedora a abordagem conjunta de alguns problemas individuais e sociais. Os serviços públicos devem ser flexíveis para responder de forma diferenciada às diversas formas de apresentação dos problemas sociais. A metodologia da educação popular inova no sentido que não separa as dimensões sociais da cultura e do saber, no buscar relacionar problemas específicos com o contexto político e econômico. A ESF, na medida em que lida com famílias fragilizadas, necessita repensar sua tradição autoritária e normatizadora de relação com o mundo popular para não os massacrarem. (VASCONCELOS, 1999).

Ensinar exige a convicção de que a mudança é possível. Um dos saberes indispensáveis para quem chega a realidades marcadas pela traição ao direito de ser é olhar para o futuro e discutir os problemas. É ver a história como possibilidade e não como determinação, desafiar os grupos populares para que percebam criticamente sua situação concreta. A experiência da miséria é uma violência e não a expressão da preguiça popular, não pode ser vista como destino certo ou vontade de Deus, como algo que não possa ser mudado. O papel do educador popular não é somente constatar, é de interferir como sujeito de ocorrências no mundo da história, da política, da cultura e ser capaz de contribuir para mudar a realidade. Mudar é difícil, mas é possível, através da programação de nossa ação política pedagógica, não importando qual seja o projeto com o qual há comprometimento. Ninguém pode estar no mundo, com o mundo e com os outros de forma neutra. (FREIRE, 1997):

e preciso, porém, que tenhamos na resistência que nos preserva vivos, na *compreensão* do futuro como *problema* e na vocação para o *ser mais* como expressão da natureza humana em processo de estar sendo, fundamentos para a nossa *rebeldia* e não para a nossa resignação em face das ofensas que nos destroem o ser. Não é na *resignação* mas na *rebeldia* em face das injustiças que nos afirmamos. (FREIRE, 1997, p. 87).

Em relação à questão ambiental, ainda torna-se necessário que exista no mínimo uma gestão dos recursos condizentes com uma política que se proponha a satisfazer as necessidades biológicas básicas como alimentação, ar puro, água

potável. A democracia não pode ser pautada exclusivamente nas eleições, pois dificulta esse controle direto da sociedade civil de participação popular ativa na definição de mecanismos que assegurem a qualidade ambiental, favorecendo somente aos interesses dos grupos dominantes (econômico- privados). Necessita-se de uma democracia que promova a democratização da vida pessoal, de flexibilidade e diálogo transparente no plano do casamento, da amizade, da sexualidade e das relações de parentescos. A instituição de espaços públicos de diálogo inicia-se nesse nível constituindo- se os serviços de saúde um ambiente propício para essas discussões. O espaço de conflito, de tensionamento e de diálogo que esses serviços proporcionam, seja entre si, ou com o governo, é de fundamental importância para a articulação direta entre sociedade civil e governo. (LOUREIRO; LAYRARGUES; CASTRO, 2010).

A ESF é um local de muitas fragilidades, alguns profissionais têm se empenhado em ser criativos na superação de problemas cotidianos, mesmo que muitas vezes adotem estratégias fragmentadas, sem articulação com a gestão da ESF e sem apoio dos órgãos públicos.

A ESF não é uma proposta simplificada e econômica para áreas rurais e urbanas e para pobres; é extensão da atenção primária à saúde em prol de práticas públicas mais próximas da realidade das classes populares. Os conselhos são espaços de participação popular para que as propostas e problemas socioambientais sejam discutidos na intenção de solucioná-los.

Profissionais deste estudo, no entanto, embora façam parte dos conselhos, pouco têm levado a discussão da dimensão comunitária a debates junto aos seus gestores. Algumas intervenções são realizadas em nível local (comunidade), mas com pouca articulação dos profissionais com a gestão e os órgãos públicos, o que dificulta e compromete o empoderamento dos sujeitos envolvidos.

No sentido de coletivo, melhorou a limpeza do lixo. Antes era um lixão nos pátios, mas a gente fez um trabalho de manifestação com a prefeitura no ano passado. Pedimos para prefeitura colocar o “entulho” lá e depois juntamos o lixo e a prefeitura levou. Acho que esse manifesto foi um ganho pra eles e pra mim. Eles conseguiram ver que o lixo estava fazendo mal pra eles. Na verdade foi uma conversa que a gente teve e eles conseguiram ver que aquilo estava fazendo mal para eles. Porque

tinha rato, tinha tudo que é tipo de bicho, uma criança fincou um prego no pé. Acho que tivemos um avanço muito grande com essa manifestação. (I).

Eu fiz um trabalho através de questionários fazendo perguntas sobre a realidade do bairro, agora vou fazer de novo porque sei que o caminhão da secretaria não entra no beco. Então fizemos faixas e chamamos o caminhão. Ele ficou distante do beco, mas recolhemos todo o lixo, tenho fotos do trabalho da gente juntando pneus, lixo e tudo. Tentamos sensibilizar as crianças que são o futuro de tudo isso aqui, tentamos usar o lado sentimental e econômico porque no verão a riqueza deles é o camarão e no inverno a tainha; tudo sai daquele mar. (J).

Realizar projetos em comunidades; significa estimular a compreensão global da realidade em que se vive, socializando a informação e o diálogo entre diferentes saberes, mudando condutas locais. No entanto, faz-se necessário, também, favorecer a organização e a mobilização para propostas de intervenção às políticas públicas, de cobrança e diálogo com governos e iniciativas privadas. Sem esse propósito, as ações ficam fragmentadas, e a questão geradora da prática educativa perde a sua complexidade. É preciso atuar em esferas coletivas, políticas e problematizadoras da realidade, com ações que revertam a lógica e a degradação. (LOUREIRO, 2004).

A ESF necessita abrir novos horizontes, a qualificação profissional é fundamental, mas não é o único caminho. Tanto se discute o perfil dos profissionais da ESF, mas qual é o perfil ideal? O perfil de percepção ingênua ou de percepção crítica? O profissional com percepção ingênua é aquele para quem tudo está certo e vai bem, não identificando problemas. A produtividade da UBSF seria sempre crescente, não questionando por melhores condições de trabalho, não interferindo no cenário comunitário onde assiste famílias em condições desumanas, não se envolvendo no controle social, não se preocupando com o desconhecimento do povo, não percebendo as dificuldades da equipe de saúde da família, principalmente a dos Agentes Comunitários de Saúde que devem se manter neutros nas questões das políticas públicas, enfim, aquele que não traz problemas para a gestão de saúde, ou seja, tem uma visão ingênua da realidade. Numa visão freireana, o profissional com percepção crítica acredita que a mudança é possível, ou seja,

“mudar é difícil, mas possível”. Essa mudança pode ocorrer na ESF, através da educação popular, onde profissionais e gestores estejam dispostos a realizar um processo de trabalho, apoiados em um processo pedagógico que considere o saber (popular) anterior de seus educandos, voltado para o ambiente e para a vida social dos sujeitos, levando em conta a luta de classes pela sobrevivência e pela transformação da realidade. Uma proposta pedagógica em que os sujeitos vão adquirindo entendimento e autonomia sobre o seu real papel na natureza e na sociedade. Uma educação que não transmita conhecimentos, mas abra espaços culturais de negociação entre os diversos atores que compõem a sociedade. As organizações políticas são necessárias para a construção do conhecimento e para o desvelamento da realidade.

Como educador, precisa-se ir “lendo” cada vez mais a leitura do mundo que as classes populares, com quem se trabalha, fazem; não é possível desconsiderar o seu saber feito, a sua compreensão de presença no mundo. Uma educação oposta à mitificação da realidade consiste em fazê-la passar pelo que ela não está sendo e pode ocorrer através da escola ou não. Nela se fala no respeito à pessoa humana, mas a mesma não é respeitada por não ser reconhecida como ser humano, sendo dominada e “coisificada”. Diz agir comprometido com a libertação dos homens, mas age de acordo com os mitos das classes dominantes que negam a humanização dos homens. Analisa o mecanismo social de repressão, por meio igualmente repressivo, freia o educando de falar o que pensa e sabe. Diz ser revolucionária, mas ao mesmo tempo não acredita nas classes populares oprimidas. A educação que mitifica a realidade dos homens acredita na humanização dos homens, mas quer a manutenção da realidade social em que os homens se acham desumanizados. (FREIRE, 2011).

Na EA, a participação com bases materiais asseguradas é o eixo essencial para o caminho da democratização e para a concretização de um modelo alternativo de desenvolvimento. A qualidade de vida depende das condições materiais objetivas, da igualdade social e da distribuição de renda (LOUREIRO; LAYRARGUES; CASTRO, 2010).

Na maioria das UBSF, a preocupação com as questões socioambientais e participação popular ainda são muito tímidas, no sentido que ainda reproduzem práticas do sistema tradicional e autoritário e normativo de educação. As

coordenações de educação, comunicação e promoção da saúde das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde têm-se dedicado a organizar eventos de interesse político, campanhas e palestras de massa, sem investirem na reorientação da relação cultural dos profissionais. A preocupação é de manter rotinas e o aumento da produtividade mensal que, embora sejam importantes, não são suficientes para reorganizar e mudar o modelo de atenção à saúde e efetivar os princípios do SUS (de universalidade, integralidade e equidade) preconizados pelo Ministério da Saúde. Não se atinge tais princípios sem investir na reorientação cultural dos profissionais. O que se assiste é a realização de processos educativos isolados e fragmentados nas UBSF, “batizados” como educação popular. (VASCONCELOS, 2004).

Através das falas dos profissionais, percebem-se abordagens individualistas de culpabilização e responsabilização dos clientes, com intervenções desarticuladas da responsabilidade pública e afastadas da decisão de participação social e popular:

eu vejo que o pessoal ainda é muito individualista. Porque tem muitos que limpam, mas tem essas valetas, claro, seria o caso da prefeitura fechar, mas tem esse campo aqui do lado que eles não cuidam. Eles vêm e jogam lixo, nós cansamos de ver o pessoal vindo fazer a limpeza e na mesma hora tem uma carroça, ou do outro bairro próximo largando o lixo aqui na volta. E nas casas, também, tem umas com a higiene bem precárias. (M).

A gente teve um surto de hepatite A, mas tinha a questão do esgoto a céu aberto, a gente orienta as famílias para não ficarem andando no esgoto de pés descalços. Essas famílias passaram a se cuidar mais a ter mais cuidado. (N).

Os gestores em geral enfatizam, em seus discursos, a importância de desenvolverem ações educativas para a promoção da saúde. Entretanto, tem-se notado pouco investimento em políticas que busca a difusão do saber popular. (VASCONCELOS, 2004). A transformação cultural dos sujeitos faz parte da práxis educativa. No processo de trabalho, devem-se priorizar práticas de acordo com o seu contexto socioambiental, pois a reflexão acontece a partir do momento em que o homem passa a compreender a sua realidade, levantando hipóteses para, assim, transformá-la. O processo de trabalho dos homens não é adaptação à sociedade,

ele é transcendente. Muitas vezes, o homem pode ser chamado de rebelde e indócil (FREIRE, 2011), mas faz parte do processo de criação dos homens. A práxis educativa permite aos homens serem eles mesmos, desenvolvendo a consciência crítica e a transformação da realidade que se fazem cada vez mais urgentes no processo de trabalho dos profissionais da ESF.

“Os homens são capazes de agir conscientemente sobre a realidade objetivada. Isso se traduz em “práxis humana”: a unidade indissolúvel entre a ação do homem e a sua reflexão sobre o mundo”. (FREIRE, 1980, p. 26). Como um ser de práxis, o homem, ao responder aos desafios do mundo, cria o seu próprio mundo, o mundo histórico cultural, de opinião, de valores, de idéias, de instituições, da linguagem dos sinais, dos significados dos símbolos, da ciência, do saber, da religião, das artes, do mundo das suas relações de produção; finalmente, o mundo humano. (FREIRE, 2011).

Na EA, não é mais possível descontextualizar os temas e acreditar ingenuamente que se pode reverter os problemas ambientais apenas com a diminuição *per capita* do consumo ou com mudanças de hábitos familiares e comunitários, colocando a responsabilidade no indivíduo e afastando a responsabilidade da estrutura social e do modo de produção. É preciso ir adiante e pensar em outros projetos pedagógicos, demonstrando que existem níveis de responsabilidade pela escassez, muito além da esfera pessoal e de situações isoladas. Educar para transformar é agir conscientemente através de processos sociais que se constituem conflitivamente por atores sociais que possuem projetos distintos de sociedade, que se apropriam material e simbolicamente da natureza de modo desigual. A EA emancipadora é reconhecer os sujeitos sociais e atuar junto deles em suas especificidades. A práxis educativa transformadora fornece ao processo educativo condições para a modificação dos indivíduos e dos seus grupos sociais, trabalhando a partir da realidade do cotidiano, visando a superação das relações de dominação e de exclusão que caracterizam e definem a sociedade capitalista globalizada. O potencial crítico e transformador permite o desvelamento da realidade, nas ações políticas e coletivas, garantindo a autonomia individual na formação de valores e pensamentos. (LOUREIRO, 2004).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ESF é um novo modelo de reorganização nas práticas de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo seu processo de trabalho vinculado ao ambiente das famílias, com enfoque na promoção da saúde e na participação comunitária, em busca do seu empoderamento. Trabalhar EA junto a ESF significa um caminho a ser percorrido em vista do nosso compromisso com a sociedade na tentativa de construir propostas de saúde coletivas em que os “pacientes” passam a ser sujeitos de ação na sua história de vida e da saúde.

Os CGLSs são espaços fundamentais para o empoderamento dos sujeitos através da participação da população, são espaços de decisão, que possibilitam o exercício de poder das comunidades, de autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais.

Este estudo desenvolveu-se com o propósito de compreender a seguinte questão de pesquisa: Como o trabalho realizado pela Equipe de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família contribuiu para o processo de empoderamento da comunidade? A partir dessa questão, as falas dos profissionais de saúde foram analisadas, na intenção de dar sustentação à tese: O trabalho desenvolvido pelos trabalhadores de saúde da equipe da ESF, nas unidades que possuem CGLS, contribuiu para o empoderamento da comunidade.

Sendo assim, foi possível constatar que: o exercício de autonomia dos clientes como expressão do seu empoderamento concretiza-se através da organização do serviço da ESF e da relação dialógica como base das relações construídas entre os profissionais da saúde da família e a comunidade e da ampliação do conhecimento dessa comunidade. Os profissionais da ESF parecem entender a importância do esclarecimento da comunidade acerca do modo como a ESF se organiza e se articula ao serviço nos seus variados níveis de atenção; destacam o acolhimento como fundamental na organização dos serviços da ESF; reconhecem que o processo de cuidado no domicílio é importante e relevante e que os clientes participam dessa ação, quando são esclarecidos e incentivados ao cuidado de sua saúde; organizam suas ações e estratégias junto com a comunidade e entendem a participação dos clientes no seu cuidado e na gestão de saúde como relevantes; acreditam que devem atuar com a comunidade na prevenção das

doenças e na promoção da saúde, na intenção de modificar o perfil epidemiológico da comunidade. O conjunto dessas ações tanto visa facilitar uma relação dialógica entre profissionais de saúde e comunidade, como se concretiza através do diálogo.

A relação dialógica como base constitui-se em pano de fundo de uma proposta educativa no sentido de que os profissionais conheçam a realidade da comunidade e, juntos (profissional/comunidade), façam uma reflexão do seu cotidiano nos serviços de saúde. O direito de divergir no processo saúde/enfermidade manifesta-se mediante a implementação de propostas participativas, dialógicas, críticas, reflexivas e problematizadoras, as quais favorecem que o cliente seja protagonista no cenário da saúde.

Os usuários, quando esclarecidos acerca da justificativa de determinadas atitudes e ações relacionadas ao processo de trabalho da ESF, parecem aceitar o trabalho dos profissionais de saúde; os profissionais de saúde, quando ampliam seu conhecimento acerca do ambiente e da realidade dos usuários, parecem aceitar que seus conceitos de limpeza e hábitos de higiene são diferenciados. Essas ações de troca, expressão de uma permanente e contínua relação dialógica, contribuem para a ampliação do conhecimento dos usuários e dos profissionais da saúde e para o empoderamento da comunidade nos serviços de saúde.

A ampliação do conhecimento emerge como relevante para o processo de empoderamento da comunidade, pois se exterioriza através de uma maior participação política, da cobrança dos seus direitos e, também, de uma maior adesão ao cuidado. A participação política no Conselho Gestor e no Conselho Municipal de Saúde é destacada pelos trabalhadores da ESF como relevante, denotando que se sustenta, fundamentalmente, na ampliação do conhecimento da comunidade. Os profissionais de saúde e comunidade empoderam-se e participam juntos na construção de um Sistema Único de Saúde participativo e mais democrático, conhecendo melhor seus direitos. Os trabalhadores da ESF referem que a comunidade parece estar disposta a mudar sua realidade, interferindo nas políticas de saúde para que atendam aos interesses da maioria da população.

A cobrança dos direitos dos usuários é fortalecida quando o profissional de saúde também conhece e reconhece os direitos dos usuários no SUS e procura desenvolver seu processo de trabalho comprometido com sua efetivação. Alguns

participantes deste estudo, no entanto, parecem ainda não entender a participação e o controle social como condições para a conquista e garantia de direitos e cidadania.

Os profissionais referem que os clientes reconhecem sua autonomia para enfrentar suas manifestações, porém, mostram-se mais fortalecidos quando apoiados pela equipe de saúde. Os trabalhadores parecem perceber que, com o passar dos anos, a comunidade tem-se mostrado mais participativa, demonstrando maior conhecimento de como proceder para encaminhar suas insatisfações em relação ao atendimento de saúde. Quando a comunidade participa dos espaços sociais, ela sente-se valorizada, assumindo uma postura de reflexão e de empoderamento.

A adesão ao cuidado constitui-se a partir da ampliação do conhecimento dos profissionais da ESF na construção de práticas educativas problematizadoras, em que os sujeitos são incentivados a ser co-responsáveis pela promoção de sua saúde. Os profissionais da ESF referem que existe preocupação em relação à prevenção e ao tratamento das enfermidades e que a comunidade está preocupada com o seu cuidado, participando dessas ações de saúde junto à equipe.

Existem fragilidades na equipe da ESF que foram evidenciadas neste estudo. A busca da obediência dos usuários no processo de trabalho manifesta-se mediante uma relação opressora, não de cooperação, mas de dominação. Profissionais da ESF, aparentemente, desconhecem os direitos do cliente e, na busca do que reconhecem como correto, desenvolvem práticas autoritárias e manipuladoras, não respeitando o ambiente dos clientes.

Fragilidades nas Políticas Públicas de Saúde emergem das dificuldades dos profissionais de saúde da ESF de articular as Políticas Públicas de Saúde (SUS) com seu processo de trabalho, no que se refere à dicotomia entre o real e o Constitucional, comprometendo o empoderamento dos sujeitos e a promoção da saúde. São observadas fragilidades nas políticas públicas quando os profissionais de saúde responsabilizam a comunidade pelas condições em que vivem, por suas condições de saúde e pelo modo como cuidam do ambiente, não relacionando tais ações a fragilidade das políticas públicas.

Algumas reflexões foram importantes na construção deste estudo. Frente a muitas expectativas e sonhos em trabalhar EA, e inserir a EA ao meu processo de trabalho na ESF, ao iniciar este estudo, percebi que meus sonhos foram

gradativamente concretizando-se, mediante uma proposta que passou a ser coletiva. Paralelamente, muitos obstáculos existiram como minha jornada de trabalho na ESF, de quarenta horas de dedicação exclusiva, conforme preconiza o Ministério da Saúde; e o não entendimento por parte de alguns profissionais de saúde em relação ao estudo, considerado como uma utopia.

Entretanto, ao finalizar essa pesquisa, entendo que tais dificuldades foram necessárias e impulsionaram-me a continuar na caminhada proposta, porque “o caminho se faz caminhando”. Identifico-me e reconheço-me na questão de pesquisa deste estudo, pois acredito que, apesar das fragilidades encontradas no SUS, ele é uma realidade e deve ser encarado e assumido, através do comprometimento de profissionais de saúde, que acreditam poder contribuir na busca de políticas públicas mais justas entre diferentes atores sociais.

Dessa forma, emponderar-se é possível e necessário, devendo ser um processo coletivo. O empoderamento é assegurar possibilidades de práticas de saúde mais inovadoras, de educação popular voltada ao interesse da comunidade; é incentivar a participação popular e o controle social. Educação popular não é sinônimo de educação do povo, mas das políticas do povo, assim como a EA não é a educação de determinados ambientes, mas é planetária.

A tese defendida, que o trabalho desenvolvido pelos trabalhadores de saúde da equipe da ESF contribuiu para o empoderamento da comunidade, foi confirmada mediante a constatação de que os trabalhadores de saúde estão empenhados, mesmo que de diferentes maneiras, a contribuir para promover a qualidade de vida e de saúde dos clientes. Acreditam no empoderamento dos sujeitos e reconhecem o CGLS como uma ferramenta fundamental na transformação social e política na ESF, mesmo com algumas fragilidades.

Este estudo constitui-se em um desafio no cenário da ESF, especialmente por apresentar duas recomendações que reconheço como fundamentais: 1) Servir de base e estímulo para uma articulação no município entre gestão, profissionais de saúde e comunidade, para uma proposta de educação popular, na tentativa de contribuir para o empoderamento dos sujeitos envolvidos, de modo que o SUS passe do Constitucional ao real no município do Rio Grande. 2)- Que os CGLS sejam implantados nas demais Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) a partir da motivação e do conhecimento dos trabalhadores de saúde.

O educador crítico pode demonstrar que a mudança é possível. “É difícil, mas é possível”. Deve testemunhar seu gosto pela vida, sua esperança em um mundo melhor, sua capacidade de lutar e seu respeito às diferenças. A oportunidade que se tem no local de trabalho é apenas um momento, mas um momento importante que precisa ser autenticamente vivido.

Para finalizar considero que a realização deste estudo permitiu uma reflexão acerca do meu compromisso como profissional enfermeira e como ser humano, com a sociedade e, principalmente, com as classes populares e as possibilidades de empoderamento desenvolvidas nessas comunidades, a partir do trabalho das equipes de Saúde da Família. O cenário atual, nas áreas de territorialização das equipes de Saúde da Família, na maioria das vezes, apresenta múltiplos riscos sociais e ambientais e de miséria, cujas condições de saúde dos sujeitos são insalubres, necessitando ser modificadas.

Esse trabalho pode representar um novo despertar para os profissionais de saúde, no sentido de entender o SUS como uma política pública de direito constitucional e os serviços de saúde como um novo “cenário”, onde atores sociais: profissionais de saúde, gestão pública e intensa participação popular, juntos, possam transformar as políticas públicas, através de práticas coletivas de enfrentamento no cotidiano da saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; STOTZ, Eduardo Navarro. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Revista Interface**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 259-74, 2004.

ARCHANJO, Resende Daniela, ARCHANJO. Resende Léia; SILVA. Lincoln Luciano da (Orgs.). **Saúde da Família na Atenção primária**. Curitiba: Ibpex, 2007.

AROUCA, Sérgio. A Reforma Sanitária Brasileira. Tema. **Radis**, Rio de Janeiro, n. 11, p. 2-4, nov. 1988.

BAQUERO, Marcello; BAQUERO, Rute. Trazendo o cidadão para a arena pública: Capital Social e empoderamento na produção de uma democracia social na América Latina. **REDES**, Santa Cruz do Sul, v. 12, n. 1, p. 125-50, jan./abr. 2007.

BARCELOS, Valdo. Navegando e traçando mapas uma construção à pesquisa em educação ambiental. In GALIAZZI, Maria do Carmo; FREITAS, José Vicente (Org.), Ijuí: Unijuí, 2005. 216p.

BARRETO, Vera. **Paulo Freire para educadores**. 5. ed. São Paulo: Arte & Ciências, 2003. 138p.

BARROS, Elizabeth. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 68p.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 6.938**, de 31 de agosto de 1981. Dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6938.htm. Acesso em 30 jun. 2011.

BRASIL. Congresso Nacional. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 jun. 2011.

_____. Congresso Nacional. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm. Acesso em: 20 jun. 2011

_____. Ministério da Saúde. IX Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. **Municipalização é o caminho**. Brasília, 1992. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1125. Acesso em: 20 jun.2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Disponível em: www.conselho.saude.gov.br/res. Acesso em 18/06/2011.

_____. **Constituição de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. 21ª. ed. São Paulo: Saraiva, 1999a.

_____. Congresso Nacional. **Lei nº 9.795**, de 27 de abril de 1999b Dispõe sobre a Educação Ambiental, institui a Política Nacional de Educação Ambiental e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial- imprensa nacional.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Princípios e Conquistas**. Brasília: SUS, dez. 2000. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em: 25 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 40 p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/diretrizes_miolo.pdf. Acesso em: 25 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais: Pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão**. Série Pactos pela Saúde. v. 1, 2. ed.. Brasília, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Série Pactos pela vida. v. 4. 4. ed. Brasília. 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **A Participação Popular no Exercício do Controle Social na Comunidade de Nossa Senhora da Vitória**. Ilhéus/BA. ARAUJO, Marilene Santos de Oliveira, COSTA, Mônica Maria da Silva Moura. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em 20/05/2009.

_____. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional da Saúde. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 15/jun/2011.

CAMPOS, Luciana; WENDHAUSEN, Agueda. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe de estratégia de saúde da família. **Texto e Contexto**., Florianópolis, v.16, n.2. p. 271-79, 2007.

CORDEIRO, Joselma Cavalcanti. **A promoção da Saúde e a Estratégia de cidades saudáveis**: um estudo de caso no Recife-Pernambuco. 2008. 261f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz- CPqAM/FIOCRUZ/MS, Recife, 2008.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. **Desafios para o Controle Social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. 20. ed. v. 1. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2005. 280p

COSTA, N.R.A. & ROSSETTI-FERREIRA, M.C. Acolhimento Familiar: uma Alternativa de Proteção para Crianças e Adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 1, 2009.

COSTA, Elisa Maria Amorim da. Educação em Saúde. In: COSTA, Elisa Maria Amorim da; CARDONE, Maria Herminda. **Saúde da Família**: uma abordagem multidisciplinar. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2009.

CREVELIM, Maria Angélica; PEDUZZI, Marina. Participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-31, 2005.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **A constituição brasileira e o Sistema Único de Saúde**. In: **Incentivo à participação popular e controle social no SUS**: textos técnicos para conselheiros de saúde/NESP; UnB. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 68p.

DIAS, Genebaldo Freire. **Educação Ambiental**. Princípios e Práticas. 4. ed. São Paulo: Gaia, 1994.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FARIAS, Adriana Medeiros. Alfabetização e educação popular no contexto das políticas públicas. In: Simpósio Estadual de Alfabetização de Jovens, Adultos e Idosos, 1., 2006, Pinhão. **Anais...** Curitiba: SEED/PR, 2006. p. 14-21.

FEIJÓ, Maria Cristina de Carvalho. **Raízes da violência**: a importância da família na formação da percepção, da motivação e da atribuição de causalidades de adolescentes infratores e de seus irmãos não infratores. 2001, 239f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida ete al. Entre a filosofia e as políticas públicas: o que saber o SUS. In: FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de; TONINI, Teresa. (Orgs.). **SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva**. São Caetano do Sul: Yendis, 2010.

FREIRE, Paulo; SHOR, Ira. **Medo e Ousadia**. O Cotidiano do Professor. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3. ed. São Paulo; Moraes, 1980.

_____. **Extensão ou comunicação**. 7. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1983. 93p.

_____. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 6. ed. São Paulo, Paz e Terra, .1997.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 46. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra: 2005. 934p.

_____. **Pedagogia da Esperança: um encontro com a pedagogia do oprimido**. 15. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

_____. **Professora Sim tia não: cartas a quem ousa ensinar**. 1. ed. São Paulo: Olho d'água, 2009. 132p.

_____. **Educação e Mudança**. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, Paulo; HORTON, Myles. **O caminho se faz caminhando: Conversas e mudança social**. (organizado por Brenda Bell, John Gaventa e Jonh Peters), Petrópolis: Vozes, 2003.

GADOTTI, MOACIR. **Histórias das idéias pedagógicas**. São Paulo: Ática. 2001. 319p.

GALIAZZI, Maria do Carmo; FREITAS, José Vicente de (Org). **Metodologias emergentes de pesquisa em educação ambiental**. Editora Unijuí. Ijuí, 2005. – 216 p.

GUEDES, Gilmar Barbosa. A escola de ensino médio público noturno: uma conjuntura favorável ao protagonismo estudantil coletivo em contraposição ao protagonismo juvenil via empoderamento. 2007. 156f. Tese (Doutorado em Educação)- Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

GUIMARÃES, Mauro. **A Formação de educadores ambientais**. Campinas: Papirus, 2004.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schulter Buss. **A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire**: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de saúde da família. 2006. 296f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2006.

JACOBI, Pedro. Educação ambiental, cidadania e sustentabilidade. In: **Caderno de Pesquisa**, São Paulo, n. 118, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 23 nov. 2011.

LOCKE, John. **Ensaio acerca do entendimento humano**. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

LOUREIRO, Carlos Frederico Bernardo. **Trajetória e Fundamentos da Educação Ambiental**. São Paulo: Cortez, 2004.

LOUREIRO, Carlos Frederico Bernardo; AZAZIEL, M. Áreas protegidas e “inclusão social”: problematização do paradigma analítico-linear e seu separatismo na gestão ambiental. In: Irving, M. de A. (Org.). **Áreas protegidas e inclusão social**: construindo novos significados. Rio de Janeiro: Aquarius, 2006.

LOUREIRO, Carlos Frederico Bernardo. Proposta pedagógica Educação Ambiental no Brasil. In: BRASIL. **Salto para o Futuro: Educação Ambiental no Brasil**. Brasília: Ministério da Educação, 2008.

LOUREIRO, Carlos Frederico Bernardo et al. **Educação ambiental e gestão participativa em Unidades de Conservação**. 3.ed. Rio de Janeiro: Ibama/NEA/Rio de Janeiro, 2008.

LOUREIRO, Carlos Frederico, LAYRARGUES, Philippe Pomier, CASTRO, Ronaldo Souza de. (Orgs.). **Sociedade e meio ambiente**: a educação ambiental em debate. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MARTINS, José de Souza. **Exclusão social e a nova desigualdade**4. ed.. São Paulo: Paulus, 2009.

MIRANDA, Sônia Maria Rezende Camargo, SANTOS Álvaro da Silva (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri: Monole, 2007.

MAZZOTTI, Alda Judith Alves. Repensando Algumas Questões Sobre o trabalho Infante-juvenil. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, n. 19, Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação, p. 87-98, jan./abr. 2002.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a declaração de alma-ata e movimentos posteriores. **Rev Latino- Am Enfermagem**, São Paulo, v.12, n.3, p. 447-48, maio /jun. 2004.

MERHY, Elias, Emerson. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde. In: FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e Democracia a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; MIRANDA, Ary Carvalho de. **Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2002.

MINAYO. Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

MORAES, Roque; GALIAZZI, Maria do Carmo. **Análise Textual Discursiva**, Ijuí: Unijuí, 2007.- 224 p.

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, maio/jun 2009.

MOREIRA, Janine et al. Educação Popular em Saúde: a educação libertadora mediando a promoção da saúde e o empoderamento. **Revista Contrapontos**, Itajaí, v. 7, n. 3, p. 507-21, set./dez. 2007.

NEDER, Carlos. Atribuições dos Conselhos de Saúde e de seus conselheiros In: BRASIL. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde/NESP; UnB. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 68p.**

PEREIRA NETO, André de Faria: O Controle Social na Saúde: a representatividade dos usuários na bibliografia científica. In: Congresso da Federação Nacional dos Médicos, 9, 2008, Canela. **Anais...** Canela, 2008.

NETO, Eleutério Rodrigues, A reforma sanitária e o sistema único de saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde/NESP; UnB. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 68p.**

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, Alma-Ata. URSS, set. 1978. In: Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/upload>. Acesso em: 27 maio 2011.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Carta de Ottawa**. 1ª Conferência Internacional sobre promoção da saúde; 1986. In: Disponível em: http://www.opas.org.br/promoção/upload_arq/ottawa. Acesso em: 3 mar. 2011.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Adelaide**. 2ª Conferência Internacional sobre promoção da saúde; 1988. In: Disponível em: http://www.opas.org.br/coletiva/upload_Arq/Adelaide. Acesso em: 3 mar. 2011.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Sundsvall**. 3ª Conferência Internacional de promoção da saúde; 1991. Suécia. In: Disponível em: http://www.opas.org.br/coletiva/uplod_arq/Sundsvall. Acesso em: 20 mar. 2011.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Quarta conferência internacional De promoção da saúde. **Declaração de Jacarta**, Indonésia, 21-25 de julho de 1997. In: Disponível em: www.opas.org.br/coletiva/upload. Acesso em: 3 mar. 2011.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. Representação no Brasil. Setor de Embaixadas Norte Lote 19, Brasília. DF-70800-400. Brasil, 1999.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da saúde. Atenção primária ambiental. Washington, DC, 2000.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Bangkok**. 6ª Conferência Internacional de promoção da saúde; 2005. Tailândia. In: Disponível em: [HTTP://www.opas.org.br/coletiva/uplod_arq/Bangkok](http://www.opas.org.br/coletiva/uplod_arq/Bangkok). Acesso em: 20 mar. 2011.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei nº 11.730**, de 09 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a Educação Ambiental, institui a Política Estadual de Educação Ambiental, cria o Programa Estadual de Educação Ambiental, e complementa a Lei Federal nº 9.795, de 27 de abril de 1999, no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/legiscomp/arquivo.asp?Rotulo=Lei%20n%C2%BA%2011730&idNorma=1001&tipo=pdf>. Acesso em 25 jun. 2011.

SANTA MARIA (RS). **Lei nº 45.501**, de 3 de abril de 1990. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/docs/leis/lom>. Acesso em: 3 abr. 2011

OZÓRIO, Lúcia. Educação Popular e Saúde: elogio à comunidade. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 7, n. 2, p. 96-103, jul./dez. 2004.

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária brasileira e o sistema único de saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2008.

PAULINO, Ivan; BEDIN, Livia PAULINO, Livia Valle. **Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Ícone, 448p. 2009.

ROCHA, Paulo de Medeiros et al. An assessment of the Family Health Program in municipalities of Northeast Brazil: old and new challenges. **Cad. Saúde Pública**

[online]. 2008, v..24, n.1, p. 69-78. ISSN 0102-311X. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300012>. Acesso em 01 jul. 2011.

QUARESMA, Sílvia Jurema; BONI, Valdete. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Florianópolis, v. 2, n. 1(3), p. 68-80. jan./jul. 2005.

REIGOTA, Marcos. **Meio ambiente e representação social**. São Paulo: Cortez, 2004.

REIGOTA, Marcos. **O que é Educação Ambiental**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

RIO GRANDE. Lei Orgânica Municipal 1990. Disponível em:
www.riogrande.rs.gov.br/smec/wp.../lei_organica-rio_grande.pdf. Acesso em 20 mar 2011.

SACHS, Ignacy. **Desenvolvimento**: incluyente, sustentável, sustentado. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

SAMPAIO, Luis, Fernando Rolim; LIMA, Pedro Gilberto Alves de. **Apoio ao Programa Saúde da Família**. Biblioteca virtual. Jan, 2004.

SANTOS, Agnaldo dos. Construção das Políticas Públicas: processos, atores e papéis. In: **Observatório dos Direitos do Cidadão**: Participação Cidadã. Polis, 2006.

SANTOS, Álvaro da Silva; MIRANDA, Sônia Maria Rezende Camargo. (Orgs.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri.: . Manole ., 2007.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar sistema único de saúde (SUS). **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 49, n 4, out./de. 2009.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Bases Teórico-Methodológicas da Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais**: Idéias gerais para elaboração de um projeto de pesquisa. 2. ed. Porto Alegre:.. Ritter dos Reis, 2001.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Tipologia e desafios dos dispositivos participativos e de empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores no Campo da saúde mental no Brasil recente. In: _____. **Educação popular e a atenção à Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

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

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias.** São Paulo: Paulus, 2003 (Alternativa).

VASCONCELOS, Eymard. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67- 83, 2004.

VELA, Hugo; PEREIRA, Jane. **Pensamento Prático em Educação Ambiental: o caso de Paraíso do Sul/RS.** Santa Maria: Imprensa Universitária, 2000.

VERDI, Marta; CAPONI Sandra. Reflexões sobre a Aprovação da Saúde numa Perspectiva Bioética. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 82-8, jan./mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a11v14n1.pdf>. Acesso em: 30 set. 2011.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; POZ, Mario Roberto Dal. A reforma de sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

WENDHAUSEN, Águeda. **O duplo sentido do controle social (des) caminhos da participação em Saúde.** Itajaí: Águeda Wendhausen, 2002.

WONG UN, Júlio Alberto. **Visões de comunidade na Saúde: comunidade, interexistência e experiência poética.** 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-ENPS-FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso Planejamento e Métodos.** 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A – Guia de entrevista gravada com profissionais da ESF

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL DOUTORADO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL

Primeira parte:

Dados de Identificação dos sujeitos:

Nome:

Idade: Profissão:

Tempo de Atuação na área da saúde:

Tempo de atuação na ESF:

Ocupação:

Apresentação do conceito de empoderamento: um processo no qual os sujeitos e a comunidade adquirem controle sobre assuntos de suas próprias vidas, criando consciência das suas habilidades e competências para produzir, criar e gerir, ou seja, participar nas decisões relativas à assistência à saúde, sendo o protagonista do seu cuidado. (BARRETO, 2003). Após o entendimento do conceito de empoderamento os coordenadores das unidades serão solicitados a responder aos seguintes questionamentos:

Segunda Parte (Perguntas abertas):

1- Você percebe evidências de empoderamento nas famílias? (se resposta afirmativa) Quais as manifestações de evidências de empoderamento, que você percebe nas famílias da comunidade?

2- Como você vê a participação das mães no cuidado da criança em relação ao cuidado de higiene com as crianças? (banho, roupa limpa, corte de unhas e outros)? Você poderia apontar algumas famílias em que percebe essas mudanças?

3- Como tem acontecido o cuidado da comunidade em relação ao lugar onde ela mora? (Organização do seu lixo, limpeza da casa, limpeza do ambiente, a importância que a comunidade tem com o coletivo). Você poderia apontar algumas famílias em que percebe essas mudanças no sentido de demonstrarem maior cuidado com o seu ambiente?

4- Quais as mudanças ocorridas em relação à prevenção de doenças adquiridas? Você poderia apontar algumas famílias em que percebe essas mudanças?

5- O que observa nas famílias em relação ao cuidado com a saúde? Você poderia apontar algumas famílias em que percebe essas mudanças?

6- Com o trabalho realizado pela equipe de SF com as famílias pode ter contribuído para o empoderamento da comunidade? Você poderia apontar algumas famílias em que percebe essas mudanças?

7- Acredita que a comunidade tem contribuído nas ações de saúde? As reuniões com a ESF e a comunidade têm contribuído para melhorar a saúde da comunidade? Com o trabalho realizado pela ESF houve melhora no atendimento no SUS? Por quê? Você poderia apontar algumas famílias em que percebe essas mudanças?

8- Na sua opinião quando o cliente adquire empoderamento de sua saúde e de sua vida?

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido para os usuários

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL

Eu, Denise Duarte Grafulha da Costa (RG:1041133561, Tel:(53) 3231-7074, denise01dgc@hotmail.com), venho respeitosamente, através do presente, solicitar sua colaboração no sentido de participar do estudo que será por mim desenvolvido com o título: **“O EMPODERAMENTO DAS COMUNIDADES E A EDUCAÇÃO AMBIENTAL”**.

O objetivo deste é compreender o Processo de Empoderamento da comunidade a partir do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde nas equipes de saúde da família que possuem CGLS.

Pretendo realizar entrevistas com os profissionais da saúde que fazem parte do CGLS. Essas entrevistas serão gravadas para que posteriormente os dados possam ser analisados.

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada dos objetivos, da justificativa, e da metodologia do trabalho através de observação participante. Fui igualmente informado(a):

- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca de qualquer questão referente ao trabalho;
- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do trabalho, sem que me traga qualquer prejuízo;
- Da segurança de que não serei identificado(a) e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
- De que serão mantidos todos os preceitos éticos e legais durante ou após o término do trabalho;
- De que o consentimento livre e esclarecido será emitido em duas vias, sendo uma cópia entregue ao participante da pesquisa e a outra cópia ficará com o pesquisador;
- Do compromisso de acesso a todas as informações em todas as etapas do trabalho bem como da análise da coleta de dados.

Nome do (a) participante:

Local e Data:

Assinatura do Participante:

Assinatura do Pesquisador:

Orientadora Valéria Lerch Lunardi: (48) 32 09 85 72

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ de acordo com o presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro estar devidamente informado(a) sobre a natureza da pesquisa, intitulada: **“O EMPODERAMENTO DAS COMUNIDADES E A EDUCAÇÃO AMBIENTAL”**.

Fui igualmente esclarecido(a) do objetivo proposto e metodologia que será desenvolvida nessa pesquisa. Concordo em participar dela e que as informações que eu prestar sejam utilizadas em sua realização.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da responsável: _____

Local e data: _____

Data da saída do estudo: _____

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via com a participante da pesquisa.

Pesquisador: Denise Duarte Grafulha da Costa 32317074

Orientadora: Valéria Lerch Lunardi (48) 32 09 85 72

APÊNDICE C – Declaração de responsabilidades pela condução científica do projeto

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL

DECLARAÇÃO (pesquisador/a responsável)

Declaro que no desenvolvimento da pesquisa: “**O EMPODERAMENTO DAS COMUNIDADES E A EDUCAÇÃO AMBIENTAL**”, cumprir-se-ão os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Declaro ainda, que não há conflitos de interesses entre o/a (os/as) pesquisador/a (es/as) e participantes da pesquisa. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto em questão.

Rio Grande,/...../.....

Denise Duarte Grafulha da Costa
(Pesquisador/a Responsável)
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Valéria Lerch Lunardi

**APÊNDICE D - Declaração da secretária municipal de saúde, para execução do
projeto de pesquisa**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL

DECLARAÇÃO (Responsável pela Instituição)

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: “**O EMPODERAMENTO DAS COMUNIDADES E A EDUCAÇÃO AMBIENTAL**”, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Declaro, também, que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto de tese e autorizo a sua execução nos termos propostos.

Rio Grande,/...../.....

Secretária Municipal de Saúde

APÊNDICE E – Ofício solicitando autorização junto a secretaria municipal de saúde,
para implementação da pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL

Sra.
Zelionara Pereira Branco
Secretária Municipal de Saúde

Prezada Senhora,

Como aluna do Curso de Doutorado em Educação Ambiental da FURG venho por meio deste solicitar a vossa autorização para desenvolver meu projeto de tese, intitulado **O EMPODERAMENTO DAS COMUNIDADES E A EDUCAÇÃO AMBIENTAL**". Esta pesquisa será realizada numa abordagem qualitativa, através de entrevistas nas UBSFs que possuem CGLS, com profissionais da saúde que fazem parte do CGLS, sob a orientação da Dra Valéria Lerch Lunardi.

Tenho como objetivo de pesquisa: Compreender o Processo de Empoderamento da comunidade a partir do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde nas equipes de saúde da família que possuem CGLS.

Comprometo-me em garantir o sigilo profissional, quanto à privacidade dos sujeitos envolvidos, bem como quanto aos dados confidenciais que envolverem a instituição.

Assumo o compromisso ético de devolver-lhes os resultados deste estudo, tão logo se finde.

Na certeza de contar com vosso apoio desde já agradeço por esta oportunidade, colocando-me à disposição para possíveis esclarecimentos.

Atenciosamente,

Denise Duarte Grafulha da Costa
Ciente. De acordo.
Secretária Municipal da Saúde

**APÊNDICE F – Ofício solicitando autorização junto a coordenação da estratégia
saúde da família, para implementação da pesquisa**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL

Sra.
Suzi Bromberg
Coordenadora da ESF

Prezada Senhora,

Como aluna do Curso de Doutorado em Educação Ambiental da FURG venho por meio deste solicitar a vossa autorização para desenvolver meu projeto de tese, intitulado “**O EMPODERAMENTO DAS COMUNIDADES E A EDUCAÇÃO AMBIENTAL**”. Esta pesquisa será realizada numa abordagem qualitativa, através de entrevistas nas UBSFs que possuem CGLS, com os profissionais da saúde que fazem parte do CGLS, sob a orientação da Dra Valéria Lerch Lunardi.

Tenho como objetivo de pesquisa: Compreender o Processo de Empoderamento dessa comunidade a partir do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde dessa equipe.

Comprometo-me em garantir o sigilo profissional, quanto à privacidade dos sujeitos envolvidos, bem como quanto aos dados confidenciais que envolverem a instituição.

Assumo o compromisso ético de devolver-lhes os resultados deste estudo, tão logo se finde.

Na certeza de contar com vosso apoio desde já agradeço por esta oportunidade, colocando-me à disposição para possíveis esclarecimentos.

Atenciosamente,

Denise Duarte Grafulha da Costa
Ciente. De acordo.
Coordenadora da ESF

**ANEXO - Ofício de apresentação do projeto ao comitê em pesquisa na área da
saúde – CEPAS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL

Rio Grande, 20 de novembro de 2009.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde - CEPAS

Prezados Senhores

Vimos através deste apresentar o projeto intitulado: “**O EMPODERAMENTO DAS COMUNIDADES E A EDUCAÇÃO AMBIENTAL**”, para avaliação e aprovação para execução da pesquisa. Informo também, o local de realização da pesquisa para a coleta de dados, que serão as **Unidades Básicas de Saúde da Família que possuem CGLS – UBSF** no ano de 2011 a partir da liberação do CEPAS. O projeto terá como pesquisadora responsável a doutoranda Denise Duarte Grafulha da Costa, e-mail: denise01dgc@hotmail.com ; Fone: (53) 3231.7074.

Declaro estar ciente do conteúdo integral deste projeto.

Coloco- me à disposição para possíveis esclarecimentos.

Valéria Lerch Lunardi
(Orientadora)

Denise Duarte Grafulha da Costa
(Pesquisadora responsável)