

NADIA FERRETTI

**SAÚDE SOCIOAMBIENTAL E CONSELHO LOCAL DE SAÚDE: um**  
estudo no âmbito da Estratégia Saúde da Família no município do Rio  
Grande/RS

RIO GRANDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL  
2009

NADIA FERRETTI

**SAÚDE SOCIOAMBIENTAL E CONSELHO LOCAL DE SAÚDE: um estudo no âmbito da Estratégia Saúde da Família no município do Rio Grande/RS**

Dissertação para avaliação da Banca Examinadora, no Mestrado em Educação Ambiental, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG/RS

Área de Concentração: Educação Ambiental Não-formal

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marta Regina Cezar-Vaz

RIO GRANDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL  
2009

F387s Ferretti, Nádia

Saúde socioambiental e conselho local de saúde: um estudo no âmbito da Estratégia Saúde da Família no município do Rio Grande/RS / Nádia Ferretti; Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marta Regina Cezar-Vaz. - 2009.  
122 f.

Dissertação (Mestrado em Educação Ambiental) – Programa de Pós-Graduação em Educação Ambiental. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2009.

1. Educação 2. Meio ambiente 3. Saúde pública I. Título II. Cezar-Vaz, Marta Regina

CDU: 504:37

## **Dedicatória**

Dedico esta dissertação e a realização deste curso a várias pessoas que me ajudaram, mas também a mim, pelo empenho na realização e pelo desejo de evoluir pessoal e profissionalmente para contribuir com o melhor relacionamento das pessoas com o ambiente e entre si.

Evoluir pessoalmente, no sentido de estar aberta a renovações e construção de novos valores oferecidos nesta caminhada, a partir das vivências e saberes aprendidos, com a finalidade de compreender e contribuir para sua efetivação.

Evoluir profissionalmente, no sentido da constante preocupação de que o relacionar das áreas da Saúde e da Educação Ambiental, neste estudo, não se perdesse em meio a discursos dissociados ou margeados da realidade, procurando colaborar de modo concreto com as suas propostas de aproximação e com o melhor desenvolvimento dos meus trabalhos na área da Saúde Coletiva.

## **Agradecimentos**

Ao procurar saciar a minha vontade de aprender mais e buscar o desconhecido, abrindo mão de algumas seguranças de que dispunha, como trabalho e família, precisei, por parte dos *meus pais*, do apoio econômico e da confiança que realizaria um bom trabalho. Obrigada por acreditarem em mim, mesmo que para um mundo que parecia distante dos seus.

De início, e para permanecer nesta caminhada, já em Rio Grande, foi fundamental a colaboração de algumas pessoas inestimáveis, que vim a conhecer ou que já faziam parte da minha vida e que me estimularam a participar dos trabalhos docentes e projetos de pesquisa. Agradeço especial e respectivamente à Dra Vera Lúcia de Oliveira Gomes e ao meu companheiro de vida, Fábio, que sempre me ouviu e discutiu assuntos decorrentes das minhas aulas, para que eu melhor organizasse minhas idéias.

E da minha orientadora, o que dizer? Confiou em mim, para que juntas desenvolvêssemos este estudo, mesmo até então não me conhecendo; confiou em mim a responsabilidade de lecionar uma das suas disciplinas de graduação; e confia em mim para a continuidade de nossos trabalhos. Que, mesmo à distância, converso em meus pensamentos, porque suas frases me surgem como guias de orientação nos momentos em que as dúvidas me instigam. E, mais, algumas vezes, como guias de vida, como a frase que me acompanhou nesta caminhada: “Não fazer de conta!” Muito obrigada.

Para as aulas do curso, a ansiedade era grande. O meu interesse maior era relacionar a área em aprendizado com a minha área da saúde e não vagar a outra área. Com o decorrer das aulas, a minha satisfação aumentava, porque os conteúdos são estudados de modo a possibilitar sua transcendência às mais diferentes áreas, pensando-os nas suas especificidades. Ouvi, a cada aula, rabiscando em meus cadernos, como poderia aproximar esses conhecimentos da área da saúde. Este co-relacionamento foi me estimulando a desenvolver o curso com muito prazer. Obrigada aos professores do Mestrado em Educação Ambiental (EA), da FURG, por contribuírem com o crescimento da qualidade de várias áreas e profissões por esta característica.

Para realizar o mestrado em EA, não apenas estudei em Rio Grande, mas morei dois anos nesta cidade. Dois anos muito felizes, graças às pessoas a quem anteriormente agradeeci e também à cidade linda por suas peculiaridades de arquitetura, riqueza de águas, simplicidade da pesca, da cultura da população, que é acolhedora, assim como às entidades e sujeitos que participaram da minha pesquisa. Agradeço a todos vocês, assim como aos colegas do LAMSA, aos funcionários do programa de Pós-graduação em EA e de Enfermagem e a seus

professores; à CAPES, à banca de qualificação deste estudo e às demais pessoas que posso não ter mencionado neste espaço, por serem muitas as valorosas contribuições humanas nesta caminhada.

A unanimidade comporta uma parcela de entusiasmo, uma de conveniência e uma de desinformação.

Carlos Drummond de Andrade

## Fotos

Bairro A



Bairro B



Foto C



## **Lista de abreviaturas e siglas**

ACS - Agente Comunitário de Saúde  
APA - Atenção Primária Ambiental  
APS - Atenção Primária da Saúde  
CEPAS - Comitê de Ética e Pesquisa na Área da Saúde  
CISAMA - Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente  
CLS - Conselhos Locais de Saúde  
CMS - Conselhos Municipais de Saúde  
CNS - Conferência Nacional de Saúde  
CNUMAD - Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, conhecida por ECO 92 ou Rio 92  
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
CONASEMS Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
COPASAD - Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável  
DST Doenças Sexualmente Transmissíveis  
EA - Educação Ambiental  
EANF - Educação Ambiental Não-formal  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
FURG - Fundação Universidade Federal do Rio Grande  
GTI - Grupo de Trabalho Interministerial  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano IDH  
LAMSA - Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde  
MEC - Ministério da Educação  
NEPES - Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde  
NISIS - Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
OPAS - Organização Pan-americana da Saúde  
PIB - Produto Interno Bruto  
PPI - Programação Pactuada e Integrada  
PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde  
RS - Rio Grande do Sul  
SIDA ou AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica  
SMS - Secretaria Municipal de Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde

**Resumo:** As estratégias de integração comunitária e fortalecimento da intervenção civil, a exemplo dos Conselhos Locais de Saúde, podem atuar na melhoria da gestão das variáveis socioambientais que interferem na saúde e qualidade de vida. Nesta valoração, nosso estudo de caso, na linha de pesquisa da Educação Ambiental Não-Formal, ateu-se ao processo de produção da relação ‘saúde, ambiente e educação’ durante a construção de um Conselho Local de Saúde (CLS), no âmbito da estratégia Saúde da Família (ESF). Os dados obtidos no trabalho de campo foram submetidos à análise hermenêutica dialética do processo de trabalho e das relações humanas em Marx e Engels, e ao Saber e Racionalidade Ambiental, teorizados por Leff. Foram utilizados, como instrumentos para coleta de dados, a observação participante, a entrevista semi-estruturada gravada e o levantamento documental, respeitando a Resolução CNS 196/96. A aproximação dos referenciais teóricos permitiu-nos considerar que, enquanto a ‘relação saúde, ambiente educação’ mostrou-se única e similar na concepção *discursiva* de distintos segmentos que compunham o CLS, a *produção* de sua relação nos limites da ação mostrou-se diferenciada entre os mesmos. Os agentes do controle social, a exemplo dos sujeitos de nossa pesquisa, estão mantendo seu trabalho nas modalidades permitidas pelo arranjo dos instrumentos disponíveis ao seu alcance. Com o arranjo posto, as divergências entre os interesses individuais e coletivos são reforçadas segundo algumas particularidades e facilidades, como as de tratar a saúde pelo reforço de ações educativas, preventivas e reivindicatórias de modo desentrosado, e, abdicando-se das medidas capazes de promover a saúde. Os modos de compensação desenvolvidos pelos sujeitos de pesquisa, então, ao mesmo tempo em que podem significar uma forma de enfrentamento à inércia diante das condições adversas ao trabalho, também podem descaracterizar a realidade situacional local e ficar aquém da produção da saúde socioambiental.

Palavras-chaves: saúde, ambiente, educação, conselhos

**Abstract:** The strategies of community integration and strengthening of civil action, the example of Local Health Councils, can act to improve the management of social variables that affect the health and quality of life. In this valuation, our case study, the research line of Non-Formal Environmental Education, at the production process of the 'health, environment and education' during the construction of a Local Health Council (CLS), under Family Health Strategy (FHS). The data obtained in the fieldwork were submitted to analysis of the hermeneutic dialectic process of labor and human relations in Marx and Engels, and the Environmental Knowledge and Rationality, theorized by Leff. Were used as instruments for data collection, participant observation, the semi-structured interview and written survey document, respecting the Resolution CNS 196/96. The comparison of theoretical references allowed us to consider that as a 'relative health, environmental education' was shown to be unique and similar in design discourse distinct segments constituting the CLS, the production of their relationship within the limits of action proved to be differentiated between them. The agents of social control, like the subjects of our research, are keeping their work in ways allowed by the array of tools available to them. With the arrangement made, the differences between the individual and collective interests are reinforced by some features and facilities, such as to treat the strengthening of health education, preventive and reivindicatórias so desentrosado, and nil are the measures to promote health. The modes of compensation developed by the subjects of research, then, while they may represent a way of confronting the inertia in the face of adverse conditions at work can also weakened the local situational reality and get behind the social production of health.

**Key words:** health, environment, education, advice

## SUMÁRIO

<b>ILUSTRAÇÕES</b> .....	<b>07</b>
<b>LISTA DE SIGLAS</b> .....	<b>08</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>09</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>10</b>
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>1.1 Objeto de Estudo</b> .....	<b>17</b>
<b>1.2 Problema de Pesquisa</b> .....	<b>17</b>
<b>1.3 Pressupostos da Pesquisa</b> .....	<b>17</b>
<b>1.4 Objetivos da Pesquisa</b> .....	<b>18</b>
<b>1.5 Indicação das bases Bibliográficas</b> .....	<b>18</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>20</b>
<b>2.1 Modelos de Atenção à Saúde e a Relação com o Ambiente</b> .....	<b>20</b>
<b>2.2 Recentes Enlaces entre Saúde e Ambiente na Saúde Coletiva: a Necessidade de Operar a Integração de Distintas Modalidades de Trabalho</b> .....	<b>26</b>
<b>2.3 Principais Entraves acerca da Operacionalização dos Conselhos de Saúde</b> .....	<b>30</b>
<b>2.4 Educação Ambiental Não-Formal, Saúde e Ambiente</b> .....	<b>34</b>
<b>2.5 Os Conselhos Locais de Saúde (CLS) na Ambiência da Estratégia Saúde da Família (ESF): Uma Revisão Bibliográfica</b> .....	<b>36</b>
<b>2.6 O Conselho Municipal e os Conselhos Locais de Saúde no Município do Rio Grande-RS</b> .....	<b>40</b>
<b>2.7 Caracterização da Comunidade do CLS na Ambiência da ESF</b> .....	<b>42</b>
<b>3 RECURSOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>44</b>
<b>3.1 Tipo de Pesquisa</b> .....	<b>44</b>
<b>3.2 Abrangência da Pesquisa</b> .....	<b>44</b>
<b>3.3 Sujeitos da Pesquisa</b> .....	<b>44</b>
<b>3.4 Indicação das Bases Teóricas</b> .....	<b>48</b>
<b>3.5 Coleta dos Dados</b> .....	<b>47</b>
<b>3.6 Análise dos Dados</b> .....	<b>48</b>
<b>3.7 Ética da Pesquisa</b> .....	<b>49</b>
<b>4 TRABALHO DOS DADOS</b> .....	<b>50</b>

<b>4.1 A PRODUÇÃO DA SAÚDE SOCIOAMBIENTAL POR UM CLS: um estudo no âmbito da ESF no município do Rio Grande/RS.....</b>	<b>50</b>
4.1.1 Introdução .....	50
4.1.2 Apresentação dos resultados: Práxis Produtiva; Práxis e Consciência; Solidariedade e a Relação Individual/Coletiva; Solidariedade Externa.....	53
4.1.3 Discussão dos Resultados.....	78
<b>4.2 Educação e Trabalho na Abordagem Ecológica da Saúde: análise dos saberes e ações desenvolvidos na construção de um CLS na ambiência da ESF.....</b>	<b>88</b>
4.2.1 Apresentação dos Resultados .....	88
4.2.2 Discussão dos Resultados.....	98
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>108</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>112</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>119</b>
<b>APÊNDICE 1: Roteiro de Entrevista .....</b>	<b>120</b>
<b>APÊNDICE 2: Termo de Consentimento.....</b>	<b>121</b>

## APRESENTAÇÃO

Interessei-me em realizar este estudo de caso, na tarde de terça-feira, do dia quatorze de novembro de dois mil e seis.

Na sala de reuniões de uma Unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF), num conhecido bairro do município do Rio Grande/RS, estavam dois colegas de trabalho integrantes do LAMSA<sup>1</sup>, convidados a colaborar com o processo inicial de construção de um Conselho Local de Saúde (CLS), por meio de instrumentos teóricos, como a discussão de algumas leis em torno do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos Conselhos de Saúde.

Diferente dos demais, minha presença no encontro era simplesmente a de uma ouvinte. Não era um dos estudantes que tinha a responsabilidade de provocar discussões sobre o tema, nem uma das conselheiras já eleitas pela comunidade a participar desse processo.

Porém, eu também já fazia parte do LAMSA e inclusive já havia conversado com minha orientadora de que gostaria de trabalhar com a temática do controle social na saúde, sabendo por ela da incipiência desse processo, previamente à reunião, apresentei-me e pedi licença para a condição de ouvir e minutar as principais discussões daquele dia, como colega de trabalho dos demais estudantes.

Posteriormente, ao final da reunião, o grupo indicou ser interessante elaborar uma ata e aproveitar a minha minuta para transcrição da primeira reunião do CLS em construção, para que não se perdesse o início da história desse processo que eles estavam empenhados em fazer. Esta seria a ata de número dois e a primeira, referente ao dia da eleição dos conselheiros, foi anexada a esta.

Anterior a minha participação nessa reunião, minha orientadora e eu havíamos pensado em uma proposta de projeto de dissertação que tratasse do trabalho conjunto desenvolvido entre as ESF e CLS, a qual referia-se a um subprojeto de um projeto maior do LAMSA. Atingiria, assim, em torno de cinco Conselhos Locais de Saúde (CLS) já instituídos ou em processo de instituição em Rio Grande/RS, enfatizando as atividades que desenvolviam com a Estratégia Saúde da Família correspondente.

Entretanto, algo me instigou naquela tarde ensolarada de terça-feira. Os estudantes, junto aos conselheiros representantes da unidade de saúde e representantes da comunidade, agitaram assuntos referentes ao conceito e compreensão da saúde e doença.

---

<sup>1</sup> LAMSA, vinculado ao Departamento de Enfermagem, da Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG, desde 1996, cadastrado no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq em 2001 e coordenado pela Dra. Marta Regina Cezar-Vaz.

Entre as motivadas e descontraídas falas dos conselheiros partícipes, permanecia uma lacuna para a explicação da ausência de linearidade entre o conhecimento que expressavam acerca dos fatores associados às doenças da comunidade, no entorno da relação entre saúde, ambiente e educação, e os projetos e reivindicações que pretendiam desenvolver por meio do CLS.

Precisamente essa incoerência, esse desvio ou fenômeno é que me instigou a conversar com minha orientadora e redirecionarmos este projeto de trabalho.

Refletimos que talvez um olhar breve e quantitativo do estudo com vários CLS e suas ESF não nos permitiria apreender e compreender a complexidade que se apresentava nas peculiaridades corriqueiras das vivências cotidianas de seus trabalhos.

Preferimos, então, dispensar um longo tempo e dedicação ao acompanhamento de um estudo de caso, entendendo que essas qualidades se sobreporiam ao número reduzido da população de sujeitos que poderia constituir ativamente esse processo. Somado a essas razões a intenção em desenvolver a proposta vinculada a linha de pesquisa pretendida - Educação Ambiental não Formal, do Programa de Pós-Graduação em Educação Ambiental.

# 1 INTRODUÇÃO

A abordagem ecossistêmica da saúde humana pressupõe um processo contínuo e envolvente de construção e avaliação das estratégias de integração comunitária e fortalecimento da intervenção civil, como forma de melhorar a gestão das variáveis socioambientais que interferem na saúde e qualidade de vida (CEZAR- VAZ et al, 2006a).

A proposta, que ora se apresenta, segue esta proposição, uma vez que alvitra dar continuidade aos estudos sobre a relação saúde, educação e ambiente que vêm sendo desenvolvidos na ambiência do Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde. Identifica-se na linha de pesquisa Educação Ambiental Não-formal (EANF)

Assim, o presente estudo caracterizou-se pela base empírica da práxis<sup>2</sup> na relação entre saúde, educação e ambiente, na organização comunitária do Conselho Local de Saúde (CLS), na ambiência da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Esta intenção está ligada à proposta do Ministério da Saúde de fortalecimento das instâncias locais da assistência como forma de estabelecer vínculos com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade entre profissionais e grupos sociais e a comunidade em geral na produção da saúde.

Neste contexto, visualiza-se a ESF com sua matriz teórica circunscrita ao campo da Saúde Coletiva. A ESF atua predominantemente sobre os problemas das coletividades em áreas como a da educação em saúde, o saneamento, o controle de doenças contagiosas e de vetores, as intervenções sobre o meio ambiente, a prevenção de fatores de risco, e mais recentemente, a promoção à saúde (CAMPOS 2003).

Os profissionais da Estratégia Saúde da Família e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade a partir de decisões conjuntas desenvolvidas nos Conselhos Locais de Saúde.

O anseio é que esta incursão ao cotidiano comunitário do trabalho na atenção da Saúde da Família também traga contribuições para a área da Saúde Coletiva no que concerne ao processo da produção de saúde socioambiental<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Assumimos aqui o entendimento de “práxis” como “no Marxismo, o conjunto das atividades humanas tendentes a criar as condições indispensáveis à existência da sociedade e, particularmente, à atividade material, à produção prática”. AURELIO, Dicionário Eletrônico - Séc XXI. Editora Nova Fronteira. Desenv. Téc. MGB Informática Ltda. Versão 3.0. Nov. 1999.

A criação do Conselho Municipal de Saúde é prevista de acordo com a Lei Federal nº 8.142/1990, e estabelece, como uma de suas atribuições, a obrigatoriedade de apoiar, normatizar e estruturar a organização dos Conselhos Locais de Saúde, sendo esses decretados e regidos por leis municipais (BRASIL, 2006).

Os Conselhos Locais, portanto, são instâncias hierarquicamente antecedentes aos Conselhos Municipais de Saúde e compõem-se de representantes dos moradores de bairros e de profissionais de saúde, em especial nos locais em que existe a ESF.

Essa ambiência expõe como sujeitos e coletivos relacionam-se e como desenvolvem suas concepções e ações conjuntas para uma melhor condição de vida local. Ao fazerem isso, expressam uma racionalidade socioambiental no campo da Saúde Coletiva, na mesma direção do alerta que Leff (2001) faz para os movimentos sociais ambientalistas, ou seja, de não cair “no interesse de grupos da área política” (p.109).

Os CLS têm, dentre outras funções peculiares aos decretos municipais individuais, a orientação dos investimentos, produção e prestação de serviços à saúde, avaliação da política de saúde e indicação de prioridades para as ações de saúde a serem executadas pela unidade de sua área de abrangência (BRASIL, 2006).

Desse modo, a participação popular em coletivos representa, assim, um movimento social articulado para criar novas possibilidades de satisfazer necessidades, desejos e interesses comunitários num processo de construção norteado pelo espaço/tempo em que se expressa.

Os Conselhos Locais de Saúde podem ser incluídos também como meio de conquista à qualidade de vida, em que a questão da produção de condições socioambientais apresenta-se como condicionante de saúde.

Aqui se aposta no trabalho do CLS como processo educativo para formação de multiplicadores de racionalidade ambiental, a fim de vigilância<sup>4</sup> do seu próprio ambiente, por meio da reorientação dos diferentes grupos de sua comunidade.

---

<sup>3</sup> O termo “Produção da Saúde Socioambiental”, com o sentido do tratamento disposto em: CEZAR\_VAZ et al. Saber Ambiental: Instrumento Interdisciplinar para a produção de saúde. Revista Texto & Contexto em Enferm 2005 Jul-Set; 13 (3):467-72. Disponível em: [www.textoecontexto.ufsc.br/include/getdoc.php?id=150&article=63&mode=pdf](http://www.textoecontexto.ufsc.br/include/getdoc.php?id=150&article=63&mode=pdf) –

<sup>4</sup> O sentido da vigilância do ambiente a que nos referimos no campo das políticas públicas de saúde é uma demanda relativamente recente no Brasil. Nesse sentido, tem um conceito ampliado de exposição, tratado não como um atributo da pessoa, mas do conjunto de relações complexas entre a sociedade e o ambiente, central para a definição de indicadores e para a orientação da prática de vigilância ambiental. BARCELLOS; Christovam, QUITÉRIO; Luiz Antônio Dias. Revista de Saúde Pública 2006; (40) 1: 170-7 <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27131.pdf>

Uma das formas de desenvolver “essa consciência” seria, por exemplo, a suficiência do questionamento à insalubridade da vida através de leituras da realidade no contexto do capitalismo e da globalização (LOUREIRO, 2004).

A esse processo atribuiríamos um caráter voltado a estimular a integração entre saúde, ambiente e educação, com o fortalecimento da corresponsabilidade e da participação da população na promoção da saúde<sup>5</sup> e da qualidade de vida (BRASIL, 2005).

### **1.1 Objeto de Estudo**

O objeto da pesquisa constitui-se do campo de diálogos e atuação dos indivíduos que participam da construção de um CLS na ambiência da ESF, em relação ao processo que conjugam à relação “saúde, ambiente e educação”.

### **1.2 Problema de Pesquisa**

A compreensão humana da relação entre saúde, ambiente e educação intervém no planejamento das ações em saúde. Essa compreensão, por vezes, tem maior autoridade quando produzida por gestores locais de saúde, como profissionais e usuários no espaço dos conselhos.

Nesta valoração, nosso problema de pesquisa questiona: Como se dá o processo de produção da relação ‘saúde, ambiente e educação’ durante a construção de um Conselho Local de Saúde (CLS), no âmbito da estratégia Saúde da Família (ESF)?

### **1.3 Pressupostos de Pesquisa**

Indicamos que nosso pressuposto motivador de pesquisa, o qual encaminha a investigação ao confronto com a realidade empírica, é o de que o controle social por meio dos

---

<sup>5</sup> A expressão Promoção da Saúde foi usada pela primeira vez em 1974, pelo Ministro da Saúde do Canadá, Mark Lalonde, num documento chamado *The New Perspectives on the Health of Canadians* (Novas Perspectivas Sobre a Saúde dos Canadenses). Pelo documento há clareza e ênfase na idéia de que é necessário o investimento em recursos econômicos, das lideranças governamentais, que auxiliem nas mudanças estruturais e no ambiente, para que o indivíduo consiga melhores resultados das aplicações dos conhecimentos educacionais em saúde, ou propriamente comportamentais; e ainda que esses investimentos tenham que vir planejados pelas populações que se beneficiarão dos mesmos. MINISTER OF SUPPLY AND SERVICES CANADÁ. MARC LALONDE. *The New Perspectives on the Health of Canadians*. 1981. 77 p. CAT. No. H31-1374. ISBN 0-662-50019-9. Disponível em: [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde\\_e.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde_e.pdf) Acessado em: 13.05.2007.

CLS pode assinalar discussões relacionadas aos princípios da Educação Ambiental frente às possibilidades e limites dos planejamentos e execuções coletivas das atividades emergentes e cotidianas.

Acreditamos também que os diálogos nos CLS possam construir concepções e estratégias de qualidade de vida<sup>6</sup> e reivindicações acerca da Promoção da Saúde através da avaliação dos fatores condicionantes do processo saúde/doença local.

#### **1.4 Objetivos da Pesquisa**

O objetivo da pesquisa é compreender o processo de produção da relação entre saúde, educação e ambiente durante a construção de um CLS, na referência do trabalho desenvolvido conjuntamente entre a Equipe Saúde da Família e os sujeitos da comunidade.

Isto implica entender se a relação entre “saúde, ambiente e educação não formal” nos CLS envolve mais que a simples reivindicação de investimentos econômicos, mas a construção de um “saber ambiental” (LEFF, 2001).

A expressão desse saber poderia ser diagnosticada, por exemplo, pela análise crítica das necessidades comunitárias e seus apontamentos resolutivos para isso, ou como consciência de uma saúde ambiental local.

É oportuno mencionar também que a investigação de forma delineada, científica e ética das informações de construção de um CLS por meio desta pesquisa pode contribuir para o registro desse processo pelo interesse focalizado das informações.

#### **1.5 Indicação das Bases Bibliográficas**

O estudo bibliográfico desenvolvido nessa pesquisa teve a finalidade de retratar a historicidade da relação saúde, educação e ambiente, para em fase de trabalho de dados, pensar um conceito de saúde vinculada ao processo de trabalho, a educação e as categorias do saber e racionalidade ambiental.

Ao relacionarmos um novo conceito de saúde, a que denominamos saúde Socioambiental, para a área da saúde Coletiva, em específico, queremos dizer que cabe a ela,

---

<sup>6</sup> “[...] o conceito de qualidade de vida é caracterizado por imprecisões. O estudo das relações entre saúde e qualidade de vida evoca necessariamente uma articulação entre condições objetivamente definidas (estado de saúde, serviços e recursos disponíveis, bens, redes sociais de apoio) e o universo de representações (avaliação do estado de saúde, satisfação com os serviços, recursos, bens materiais e redes sociais de apoio), ou seja, entre as dimensões objetiva e subjetiva da existência”. (PORTO et al, 2002, p. 117/118)

uma complexidade de modalidades de atenção à saúde, sejam, curativas, educacionais, preventivas de doenças e promotoras de saúde, pensadas as relações complexas do trabalho.

Contudo, o conceito de saúde socioambiental só é possível de ser pensado porque existe a acentuação das atividades curativas em unidades da atenção individual a saúde, como nos atendimentos hospitalares. Isso significa, que esses dois pólos não são concorrentes e sim, complementares e se reforçam por suas distinções.

A evolução do conceito de saúde envolve, por sua vez, o conhecimento das modalidades de trabalho desse setor. Ressalvamos a distinção de modalidades de trabalho em Candeias <sup>7</sup> (1997, 1998, 2003) por entender que o domínio de um conceito favorece a sua avaliação prática, evitando que as evoluções passem a ser apenas em dimensão teórica.

---

<sup>7</sup> CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: -Dina & FREITAS, Carlos Machado. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. pp. 39-53. CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev. Saúde Pública, Apr. 1997, vol.31, no.2, p.209-213. CANDEIAS, N. M. F. Evolução histórica da educação em saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1925 a 1967. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 1998; 22 (4): 347-65.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Modelos de Atenção à Saúde e a Relação com o Ambiente

Neste capítulo, abreviamos as principais relações entre saúde e ambiente, no transcurso entre os Movimentos Sociais na Saúde, aos Conselhos Locais de Saúde (CLS).

Adiantamos que, em se tratando de uma revisão teórico-bibliográfica acerca do controle social na saúde, Macedo (2005) já desenvolveu um trabalho com o objetivo específico dessa temática, no período advindo da Carta Constitucional de 1988, o que em muito contribui também para nosso delineamento de períodos históricos dos acontecimentos.

Porém, nessa trajetória proposta, a distinção de trabalho está no fato de indicarmos as mudanças ocorridas nas propostas de saúde no Brasil a partir dos movimentos sociais, mas com a atenção à relação '*saúde, educação e ambiente*'.

Pincelando os tratamentos que o ambiente teve na saúde pública, desde o século XII, citaremos alguns resgates a fim de mostrar que os problemas ambientais e sua interface com a saúde estão presentes nos discursos e práticas sanitárias desde a Antiguidade; cada período, porém, tem um modelo de interface oscilando entre a força do mercado e a participação popular.

No século XVII, em meio ao fortalecimento do comércio, à proliferação de centros urbanos e com o surgimento da teoria do processo infeccioso, a saúde consolidou sua vinculação às práticas com o foco no controle das doenças transmissíveis, de agentes causais e seus modos de transmissão (WALDMAN, 1998). Ou seja, com o paradigma microbiano, o *ambiente* foi valorado pela potencialidade de abrigar os germes e as bactérias, então, a educação teve seu sentido do foco na limpeza. Dentre os principais ambientes que mereciam atenção, discriminavam-se os domésticos.

Com o processo de industrialização e urbanização, que incidiu nas condições de vida e trabalho da população entre meados dos séculos 18 e 19, a aparência de higiene das pessoas e dos lugares foi reforçada como principal estratégia de saúde, porque o *ambiente* urbano passou a ser identificado como “objeto medicalizável” (FREITAS, 2003, p.139).

No século XIX, com um fundo de preocupação com a proteção da força humana de trabalho, da qual dependia a economia no período da industrialização, os esforços nas questões relacionadas à fiscalização sanitária manifestaram mais atenção à higiene voltada às reformas das cidades e dos espaços de trabalho (MOTTA E SOARES, 2007).

Nesse período, os serviços de saúde, no Brasil, atuavam com práticas de Educação em Saúde pelo julgamento de “bom comportamento” e de responsabilidade de cada indivíduo. Esse modelo ficou conhecido por “polícia médica”, em que a higiene e vacinação das pessoas eram fiscalizadas e impostas como obrigação. Essas medidas tinham por maior interesse que o intercâmbio do setor exportador cafeeiro não fosse prejudicado pelo medo do contágio com doenças (MOTTA e SOARES, 2007).

A resistência da população em geral a essas medidas resultou em reivindicações. Em 1941, o Ministério da Educação e Saúde solicitou ao Presidente da República a convocação das Conferências Nacionais de Saúde e Educação. Isso porque, embora as conferências já houvessem sido instituídas por lei, até então não haviam ocorrido.

Assim, na saúde, o modelo sanitarista permaneceu até a legislação da década de 20. Mas, com os agravantes da expansão da medicina previdenciária, que excluía a maioria da população dos atendimentos à saúde e que restringiam a assistência ao pronto-atendimento, a população inquieta, ajudou a provocar algumas mudanças:

- Por meio das conferências, sob o Decreto nº 6.788, de 30 de janeiro de 1941, foram firmados princípios e entendimentos que articulassem os ministérios da Educação e Saúde. A I Conferência Nacional de Educação tratou dos problemas da educação escolar e extraescolar; enquanto a I Conferência Nacional de Saúde (CNS) focou: a organização sanitária estadual e municipal; a ampliação e sistematização das campanhas nacionais de combate à hanseníase e à tuberculose; a determinação das medidas para o desenvolvimento de serviços básicos de saneamento; o plano de desenvolvimento de obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.

- Em 1963, a III CNS propôs a implantação da municipalização da assistência à saúde no Brasil para corrigir as inadequações da centralização que deixava desprotegida grande parte da população por propor medidas estranhas às realidades locais (ANAIS, 1992).

Conforme essa conferência, a saúde apresentava-se inseparável do processo nacional de desenvolvimento, o que fica claro nos indicadores dos níveis de saúde estreitamente relacionados ao grau de desenvolvimento econômico, social, político e cultural da comunidade (BRASIL, 1992).

O que em princípio significava a abertura dos espaços à cogovernança civil na saúde acabou sendo um retrocesso imposto pelo golpe militar de 1964. Nesse regime, focou-se o modelo de cuidados estritamente individuais, a formação quantitativa de médicos e a construção de grande número de hospitais, laboratórios e serviços privados (MOTTA e SOARES, 2007).

Nessa década, a Epidemiologia focou-se à concepção epidemiológica da História Natural da Doença pela tríade “Hospedeiro-Ambiente-Agente”, de Leavell & Clark. Essa tríade deu margem para os norte-americanos fazerem análises críticas à criação de modelos alternativos em saúde, sufocando e restringindo os demais modelos de atenção à saúde (TAMBELLINE & CÂMARA, 1998; PIGNATTI, 2004).

Os efeitos e conseqüências dessa política fizeram emergir uma grande insatisfação popular. Sob forte pressão social, na década de 70, inicia-se, então, a reorganização do movimento social pela via dos diferentes movimentos, cada qual com suas expressões e instrumentos (MOTTA e SOARES, 2007).

As associações de moradores de bairros e favelas, os movimentos de mulheres, os sindicatos, a Igreja e as correntes políticas de oposição ao regime passaram a denunciar o caos da política de saúde pública e dos serviços previdenciários, cobrando do governo um diferenciado modelo de saúde, enfatiza o autor.

No final da década em foco, nos municípios governados por opositores do regime militar, foram implementadas experiências políticas inspiradas na assistência primária à saúde. Além de oferecerem cuidados básicos para populações pobres, tinham como objetivo envolver usuários em decisões tomadas nos serviços de saúde municipais (CORTES, 2002).

A partir desse mesmo período, a relação entre os problemas ambientais e a saúde teve maior expressão nos movimentos sociais, sanitários e ambientalistas. Segundo Freitas (2003), a recuperação da dimensão social e política dos problemas ambientais ocorreram a partir do crescimento dos movimentos contestatórios e ambientalistas entre os anos 60 e 70.

O movimento social sanitário concebeu, a problemática relação entre os problemas ambientais e a saúde, como decorrência dos processos político-sociais. Os ambientalistas, além disso, associaram a saúde pública também aos perigos ambientais advindos, por exemplo, da poluição química e radioativa.

Em meio ao contexto que se mostrou, agencia-se a VII Conferência Nacional de Saúde, sob Decreto nº 84.106, de 20 de setembro de 1979, com o tema principal “A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”.

O objetivo foi de promover o debate de temas relacionados à implantação e ao desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), com enfoque nas questões do saneamento e da habitação na participação comunitária. Entretanto, e a título de observação, até o advento da conferência, a população ainda não se fazia convidada a esses espaços de discussão.

Em discurso na conferência, o então Ministro de Estado da Saúde concebe a saúde como parte do setor social, por considerá-la como requisito indispensável para o desenvolvimento econômico-social. Segundo ele, o enfoque de que os gastos no setor saúde constituem investimento de elevada rentabilidade social (MS ANAIS 7º CNS, 1980).

A partir do final dessa década e durante toda a de 80, dentro da Epidemiologia, e mais restritamente da Vigilância em Saúde, houve também o crescimento da área de Saúde do Trabalhador, em que ficou explícito o elo existente entre as questões do ambiente e o sistema de saúde, abrindo o caminho para a incorporação de uma Saúde Ambiental moderna no setor (CÂMARA & GALVÃO, 1995, TAMBELLINE & CÂMARA, 1998).

No início do século XIX, a Epidemiologia proporcionou uma ampliação da relação saúde, educação e ambiente, no sentido da ênfase de que a intromissão do homem nos ecossistemas é que cria as condições de doenças causadas por agentes. Assim, diferentemente do século anterior, a Epidemiologia procurou alterar a visão ecológica restrita e tradicional do ambiente biótico-abiótico, para o de vetores. O ambiente continua cunhado no controle de vetores, mas no enfoque ecossistêmico (TAMBELLINE & CÂMARA, 1998; PIGNATTI, 2004).

Nesse período, pessoas com experiências institucionais tentam colocar em prática algumas diretrizes da reforma sanitária, como descentralização, participação e organização. A Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz, incorporou-se como espaço de atuação da abordagem marxista da saúde. Vários projetos de saúde comunitária, como clínica de família e pesquisas comunitárias, começaram a ser elaborados.

O Movimento Sanitário, utilizando-se de estudos e pesquisas, começou a denunciar os efeitos do modelo econômico na saúde da população, em defesa da Reforma Sanitária para reorganização dos serviços de saúde a partir de princípios como a democratização, a participação popular e a universalização dos serviços (MOTTA e SOARES, 2007).

Enquanto o Movimento Sanitário e o Movimento Médico privilegiavam a ação institucional, o Movimento Popular privilegiava a organização de redes movimentalistas locais. O Movimento Popular procurou manter uma atuação independente, ainda que seu início tenha coincidido com a mobilização no interior das Universidades e nos aparelhos de Estado (MOTTA e SOARES, 2007).

Passado o período militar, com a convocação da Assembléia Nacional Constituinte em 1986, o Movimento Sanitário se aliou com a frente parlamentar ligada à saúde e disso surgiu “Saúde: um direito de todos e dever do estado”, na VIII CNS.

Na verdade, a VIII CNS foi resultado de um processo que iniciou desde as pré-conferências preparatórias municipais e estaduais, com as marcantes participações populares (CORTES, 2002). Delas participaram 4.000 pessoas, entre elas, 1.000 delegados, instituições do setor saúde, instituições representativas da sociedade civil, dos grupos de profissionais e dos partidos políticos e da população em geral (usuários) (MS, RELATÓRIO FINAL 8º CNS, 1986).

Dentre suas principais discussões, ressaltamos a que ampliou o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, e constituindo-se no que se está convencendo chamar a Reforma Sanitária.

Nesse sentido, tratou-se da organização dos serviços por meio de pilares de sustentação, dos quais ressaltamos: a descentralização da assistência, a integralização das ações em saúde, a participação da população, o planejamento e a fiscalização da assistência à saúde, o fortalecimento do papel do município e a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde.

Na relação entre a Saúde e a Previdência, houve o consenso de que a Previdência Social deveria se encarregar das ações próprias do “seguro social”, como pensões, aposentadorias e demais benefícios, e a saúde estaria entregue a um único órgão, com características novas, em nível federal - o MS. O setor seria financiado por várias receitas, oriundas de impostos gerais e incidentes sobre produtos e atividades nocivas à saúde (CORDEIRO, 2004).

Em retrospectiva, Minayo (2002) resume todo o período de 74 a 86 em relação à articulação saúde e ambiente. Informa ter havido, nesse período, três propostas ampliadas de saúde, referindo-se à estrutura social, econômica, política e organizacional do setor, na tentativa de explicar as complexas relações entre os ambientes e os padrões de qualidade de vida que determinada sociedade atinge (p.176).

Uma dessas propostas, o modelo de Lalonde (1974), foi adotado na saúde pública do governo canadense. Indica que cada um dos componentes relaciona-se com todos os outros, mas guardam suas especificidades na modulação dos efeitos de diferentes agentes ou de promoção da saúde. Os quatro elementos seriam: estilo de vida, serviços de saúde, biologia humana e ambiente.

A Lei nº 8.080/90, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), destacou e reforçou, como fatores determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, “a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o

acesso aos bens e serviços essenciais”. Além disso, salienta que “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (BRASIL, ART 3º, 1990).

A partir de então, o campo de atuação do SUS passou a incluir as ações inerentes: à vigilância sanitária; à vigilância epidemiológica; à participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; à colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o trabalho; ao controle e à fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; à participação no controle e na fiscalização da produção, do transporte, da guarda e da utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos, entre outros (BRASIL, 2007).

Contudo, Minayo (2002) tem precaução com essa situação, ao dizer que:

No processo de criação do Sistema Único de Saúde, a partir da Lei 8.080, a preocupação central está voltada para a adequação e universalização de modelos de assistência médica individual, sendo tênue e pouco vigorosa a preocupação com a saúde coletiva e ainda em menor grau, a relação entre saúde e ambiente (p. 13).

Em 1986, por meio da Conferência Mundial da Saúde, em Ottawa, houve indicativos de rompimento da separação tradicional da Saúde Pública/Coletiva, da Clínica, pela ênfase nas medidas de Promoção da Saúde. A Promoção da Saúde procurou reforçar as propostas dos Ambientes Saudáveis, dos serviços sociais de saúde, e as iniciativas individuais capazes de atender a cultura popular peculiar aos locais em que residiam os envolvidos.

Contudo, foi a VIII CNS, no Brasil, que focou a gestão local da saúde na importância da participação coletiva dos usuários. O círculo foi representado pelos elementos: (c) intersetorialidade, controle social, universalização, descentralização.

Destacamos que, graças à discussão envolvendo dois itens acerca da temática “saúde como direito”, houve a provocação da instituição dos Conselhos de Saúde, tanto nacional, como estadual, regional, municipal e local. Mas foi precisamente com a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que regulamentou formalmente a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e também tratou das transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Logo após, em 1994, iniciaram as iniciativas para a elaboração da Política Nacional de Saúde Ambiental, com o processo preparatório para a Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável (COPASAD) (BRASIL, 2007).

Nesse contexto, nasce o modelo de Vigilância em Saúde, que teve origem no movimento da Reforma Sanitária e de Saúde Coletiva, com o enfoque do coletivo e da participação através dos Conselhos Locais de Saúde (FRANCO & BASTOS, 2002).

O que vimos até aqui permite inferir que a questão saúde e ambiente, historicamente, tanto esteve envolvida nas questões da economia de mercado como da atitude popular por meio dos movimentos sociais.

Nesse contexto, o processo de estruturação do SUS (Sistema único de Saúde) caracteriza-se como um sistema contra-hegemônico a um modelo político econômico predominantemente excludente (XI CNS, 2000).

## **2.2 Recentes Enlaces entre Saúde e Ambiente na Saúde Coletiva: a Necessidade de Operar a Integração de Distintas Modalidades de Trabalho**

Apresentamos aqui os eixos de estruturação mais recentes da relação entre ‘saúde e ambiente’ na área da Saúde Coletiva, por meio de uma seleta revisão bibliográfica, com o objeto de formular um parecer acerca de como está se organizando o processo de trabalho em saúde, nessa perspectiva.

Na atualidade, o setor saúde tem procurado desenvolver ações pensadas ao ambiente, por meio de leis, modalidades de trabalho e articulações setoriais.

Este estudo pretende rastrear e cronometrar os principais acontecimentos relativos à interface saúde e ambiente no processo de trabalho da área da Saúde Coletiva, tanto com a finalidade da atualização do leitor, como para construir um parecer deste contexto atual em relação a essa conexão.

A Saúde Coletiva tem apresentado diferentes interpretações, mas aqui tratamo-la, conforme Campos (2000), ao compreender que a Saúde Coletiva não abarca um paradigma teórico por reconhecer o trabalho complementar das demais áreas da saúde em relação a sua.

Não sendo suficiente, mas parte de um conjunto de campos que constituem a saúde, ela não é transcendente. Seu trabalho somente é característico porque há a existência dos demais campos da saúde que também produzem saberes e tecnologias (CAMPOS, 2000).

A Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (CNUMAD), conhecida por ECO 92 ou Rio 92, realizada no Rio de Janeiro, no ano de 1992, deu origem ao documento Agenda 21 e configurou-se como um pacto internacional sobre recomendações para menor degradação ambiental e social (MINAYO, 2002).

A Agenda 21 reconhece a importância do nível local na concretização de políticas públicas sustentáveis, por isso incentivou os países a fazer suas próprias agendas 21. O Brasil adaptou, inclusive, agendas locais.

A investida do Ministério da Saúde na proposta da Promoção da Saúde, incorporou as questões como a criação de ambientes favoráveis à saúde; o Projeto Cidades Saudáveis, lançado em 1986, pela Organização Mundial da Saúde; e a definição na Agenda 21 (FREITAS, 2003)

Da articulação saúde e ambiente construíram-se princípios aportados do movimento ambientalista, como a relação de se atuar localmente e de se entender as questões globais, as questões de atitudes de gênero nas relações no manejo ambiental, e a intervenção sócio-sanitária (MINAYO, 2002).

Entretanto, a análise de trabalhos empíricos produzidos por pesquisadores da América Latina, que adotaram o enfoque ecossistêmico da saúde, apontam para uma insatisfatória produção científica na forma de considerar a interface ecossistemas e saúde humana, e até menor, tentando integrar essa interface pelo desenvolvimento de aproximações da saúde ecossistêmica (MINAYO, 2002).

Ressalta, ainda, que a maioria dessas aproximações não fez referência às estratégias de participação coletiva. Lembra ainda de considerar que esse processo envolve grande diversidade e conflitos de valores dos sujeitos, o que mereceria atenção.

A esse respeito, Freitas (2007) ainda faz uma crítica contundente, ao afirmar que na América Latina assuntos de sobrevivência anulam-se frente a projetos de visual ecológico ou até mesmo a integridade de ecossistemas, sem a associação ou consideração com/das variáveis sociais, econômicas, culturais e políticas.

Comparando essa informação no caso de participação social de coletivos como os CLS, as discussões que partam de dificuldades e soluções locais possibilitariam evitar a aplicação de projetos descontextualizados com os interesses daquela comunidade e de “desperdícios”.

Em complemento a questão das diferenças particulares com que se relacionam indivíduo e natureza em distintos locais, Tambelline & Câmara (1998) e Cezar-Vaz (1996) entendem que a relação do ser humano com a natureza está cada vez mais distante, mediada pelo processo de trabalho e os instrumentos que se impõem entre essa relação.

Logo, a operacionalização do trabalho entre saúde e ambiente deve discutir os sistemas de produção e consumo, porque “os níveis de saúde encontrados nas coletividades

são conseqüências do jogo complexo de interações que se desenvolvem no interior de formações sociais definidas” (TAMBELLINI & CÂMARA, 1998, p. 52).

Das tentativas de ampliação do conceito de saúde, a qualidade de vida vem sendo pensada à prática objetiva da saúde ambiental. Como justificativa, entende-se que uma pessoa portadora de doença pode estar tão bem adaptada ao meio em que vive ao passo de sentir-se saudável. Nessa compreensão há um processo de sinergia e adaptação, em que ambas as dimensões de saúde humana e ambiental encontram-se articuladas e promovendo um mecanismo de compensação.

Esta forma diferente de pensar o conceito de saúde, ou seja, de Saúde Ambiental, levou à configuração de novas possibilidades de intervenção técnica na Saúde Coletiva, sob influências de instituições como a Organização Mundial da Saúde (OMS) (TAMBELLINI & CÂMARA, 1998).

Entretanto, na sua efetiva implantação e desenvolvimento no setor saúde, entraves têm prejudicado sua realização, dentre os quais

(...) o baixo aporte de recursos financeiros, além dos instrumentais e humanos em quantidade e qualidade insuficientes para as atividades requeridas; a ausência de uma legislação específica e clara que dê conta de maneira ampla e detalhada da questão ambiental e seus desdobramentos relativos às diferentes esferas da vida e da sociedade (...) (TAMBELLINI & CÂMARA, 1998, p.51).

Mais recentemente, realizou-se no ano de 2000, em Ottawa, Canadá, a Reunião Hemisférica de Ministros da Saúde e do Meio Ambiente das Américas. A reunião, que resultou da Cúpula de Quebec, de abril de 2001, teve como objetivos construir pontes entre os setores da saúde e do meio ambiente, assentar ações conjuntas em atividades de cooperação e contribuir para a Cúpula Mundial do Desenvolvimento Sustentável, a se realizar em Joanesburgo em agosto de 2002.

No evento reconheceu-se a prioridade da ação no âmbito de cada um dos países e fez-se referência explícita da importância dos laços estratégicos entre as comunidades da saúde e do meio ambiente e destas com os setores públicos e privados e com a sociedade civil (OMS).

Nesse ano de 2007, de 16 a 18 de junho, aconteceu o Primeiro Seminário Nacional de Saúde e Ambiente com Controle Social, promovido pela Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente (CISAMA), do CNS, com apoio da OPAS, dos Ministérios da Saúde e das Cidades.

A propósito, o Conselho Nacional da Saúde, após apreciar o Relatório, decidiu recomendá-lo como subsídio aos debates a serem realizados nas Conferências Nacionais das

Cidades, Meio Ambiente e da 12.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, por meio de um documento que contém informações como as que iremos comentar a seguir.

O marco conceitual teve por inspiração a definição de saúde do autor Tambelline (citado anteriormente), inclusive contando com sua presença e seu discurso, por meio dos quais apresenta a saúde e o ambiente como temas transversais e com vínculo com a Promoção da Saúde, exigindo, portanto, a integração dos diversos setores afins.

Na ocasião, foram discutidas e apresentadas ações acerca de alguns itens que provocassem a construção do processo de articulação saúde e ambiente, inclusive para levá-los a 12.<sup>o</sup> CNS e posteriormente a pensar os indicadores de saúde ambiental.

Os enfoques versavam quatro principais assuntos: sobre o que seria fundamental para o estabelecimento de políticas integradas e para as ações intersetoriais em saúde e ambiente; sobre o que poderia ser feito para melhorar a aproximação entre órgãos públicos e as diferentes áreas; sobre o conceito ampliado de saúde; e sobre as dificuldades a serem consideradas para a participação social na elaboração de políticas públicas.

Dentro dessas linhas condutoras, citaremos apenas algumas das inúmeras que foram tratadas no evento, como: (a) assumir o compromisso de realizar ações de promoção e proteção à saúde e de prevenção de riscos ambientais; (b) incorporar sempre no debate a diversidade de interesses, incluindo as questões de gênero, etnia, dos portadores de necessidades especiais e de gerações, na perspectiva de não reproduzir desigualdades; (c) inserir o Ministério da Educação (MEC) nas discussões sobre saúde, saneamento e ambiente; (d) introduzir a capacitação de conselheiros da saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A emergência das catástrofes ambientais sob o risco de interferir na saúde humana também vem provocando ampliação e elos entre governo, população e setores. Com essa preocupação, algumas propostas estão emergindo. Dentre elas, a articulação do Ministério da Educação (MEC) às discussões sobre saúde, saneamento e ambiente (BRASIL, p. 36, 2003).

A iniciativa pode representar uma esperança de ir além do ensino fragmentado sobre meio ambiente e a noção restritiva de saúde enquanto ausência de doenças que ainda vigora em muitas unidades de ensino.

O recente Seminário Nacional de Saúde e Ambiente com Controle Social, lembrou que há necessidade de se repensar os modelos teóricos para poder construir um marco conceitual abrangente sobre as relações existentes entre saúde e ambiente (BRASIL, 2003).

No I Seminário da Política Nacional de Saúde Ambiental, realizado em 2005, foi também elaborado um documento nomeado por Subsídios para Construção da Política

Nacional de Saúde Ambiental. O documento reforça também requisitos fundamentais para a saúde, tais como: a paz, a educação, a habitação, o poder aquisitivo, um ecossistema estável, a conservação dos recursos naturais e a equidade, a promoção da saúde.

Nesse contexto, por meio de portaria, foi criada uma Comissão para subsidiar o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) na elaboração do primeiro documento oficial inter-relacionando às áreas de saúde e ambiente: o Plano Nacional de Saúde e Ambiente.

Esse processo contou com ampla participação de especialistas, gestores e representantes de usuários, culminando com a produção de dois textos, pelo Ministério da Saúde, em 1995 e 1999, que são considerados os principais marcos referenciais para a elaboração de tal proposta (BRASIL, 2007).

Também no Brasil, o recente Pacto pela Saúde do SUS, que enfatiza a produção da saúde em âmbitos locais por meio do incentivo de criação e valoração dos Conselhos Locais de Saúde poderá contribuir com as formas alternativas de produção da saúde.

No evento, foram elaborados os Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Saúde Ambiental e desenroladas linhas de atuação para sua prática, dentre as quais responsabilidades, competências e atuações conjuntas entre vários ministérios, no sentido de promover o trabalho considerando a interface saúde e ambiente.

A evolução no tratamento conceitual e das iniciativas de planejamento de ações acerca da relação saúde e ambiente na Saúde Coletiva exercem expressões que buscam afirmações na atualidade. Dentre as orientações referidas a âmbitos locais, encontra-se a Promoção da Saúde por abarcar o ambiente em consideração às condições socioambientais.

Contudo, a consolidação do trabalho na relação saúde e ambiente não se mostra suficiente com sua expressão concentrada em uma modalidade de trabalho. A saúde e a doença, e as diversas propostas de atenção decorrentes dessas, sejam nas modalidades da Promoção da Saúde, Reabilitação, Cura, ou Prevenção, são fenômenos dependentes e não delimitados. Sendo modalidades não redutíveis umas às outras, têm apenas distintas ênfases de trabalho e complementam-se em suas articulações (CONTANDRIOPOULOS, 1998).

### **2.3 Principais Entraves acerca da Operacionalização dos Conselhos de Saúde**

A participação social na saúde, sob forma institucional organizada e reconhecida frente ao Estado, foi proposta pela VIII CNS e legitimada pela Lei nº 8.142/90. Esta legislação

criou os conselhos e as conferências nos níveis federal, estadual e municipal da administração pública, mas eles não foram instituídos a partir de um vazio institucional. Na maior parte dos casos, os conselhos originaram-se da adaptação das comissões interinstitucionais existentes, desde a segunda metade da década de oitenta, às novas exigências legais. (...) a principal diferença introduzida foi o regramento em relação à periodicidade e ao envolvimento de representantes da sociedade civil (CORTES, 2002, p. 35).

No artigo 1º da Lei, diz-se que o SUS contará em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as instâncias colegiadas das Conferências e dos Conselhos de Saúde.

Os Conselhos Federal, Estadual e Municipal de Saúde têm suas diretrizes de criação, reformulação, estruturação e funcionamento proclamadas pela Resolução 333, de 4 de novembro de 2003. Já os CLS são criados por decretos e leis municipais e vinculados aos CMS:

O Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90. O processo bem sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos Conselhos de Saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente (MS, 2003).

Dentre as organizações e atuações cabíveis aos conselhos e conferências, mencionaremos apenas algumas, em consulta a própria Resolução 333 que decreta:

A Conferência de Saúde deverá 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, seja na condição de convocação pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde.

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, caracterizar-se-á como 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 econômicos e financeiros, e suas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação

ao conjunto dos demais segmentos. Já o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

O Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS), do Instituto de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, realizou uma pesquisa de abrangência nacional para estudar os efeitos que a gestão semiplena produziu no interior dos sistemas municipais de saúde, no período de 1997 e 1998.

Dentre outras considerações acerca dos resultados de pesquisa, os pesquisadores inferiram que os conselhos locais ou distritais tendem a se disseminar mais facilmente em consequência da assunção da gestão semiplena pelos municípios.

Entretanto, existe a questão do jogo de forças internas e externas, sob e dentro desses espaços de participação e controle social, que começa a ser estudada. Esse jogo de forças são questões trabalhadas por autores que acompanharam os conselhos de saúde por meio de sua participação política ou como pesquisadores.

Cortes, (2002, p. 35-6) e Ribeiro (1997), por exemplo, abordam a questão da hostilidade entre líderes comunitários com os médicos e prestadores privados de serviços de saúde, pela influência que os segundos exercem sobre os gestores, através de canais formais e informais de exercício de pressão política.

Ribeiro (1997, p.88), contextualizando as possibilidades efetivas de atuação dos conselheiros perante as estruturas econômicas, políticas e sociais vigentes nesses espaços, concebe que “os conselhos de saúde e o cenário da participação social não representam por si mudanças estruturais na sociedade”.

Para esse autor, a incorporação da ciência e da técnica no cotidiano social e nas suas organizações, públicas e privadas, é uma estratégia de Estado enquanto matriz distinta do mercado e como elemento de regulação da sociedade.

Nesse caso, os confrontos provocados nos ambientes dos conselhos são estabilizados por acordos e implementação governamental de decisões políticas. Sendo assim, os acordos podem ser atenuados no percurso de seu desenvolvimento pelo maior contato com segmentos mais influentes (RIBEIRO, 1997).

Costa (1988) estende os jogos de indefinição política e letargia institucional para além do setor saúde. Explica que essa é uma problemática geral que paralisa o avanço dos direitos sociais no país e que tem relação com o rudimentar tratamento das forças populares frente ao Estado. Por isso, é difícil a “contraposição ao padrão arcaico de uso da coisa pública e aos micropoderes encravados nos dispositivos de Estado” (p.221).

Diante desses atuais e influentes problemas, Costa (1988) e Stotz (1994) reconhecem que a saúde coletiva ainda precisa explorar mais veementemente a dinâmica entre as questões institucionais e as estratégias políticas e o caráter ativo das forças sociais na configuração da política pública.

Stotz (1994) sugere a abordagem sócio-histórica nas pesquisas, porque, ao preferir as abordagens do paradigma histórico-estrutural, as forças coletivas ficam inertes às dominações do Estado, excluindo as discussões dos processos de produção das políticas sociais, mediadas pela discussão da cidadania. Para ele, essa questão perpassa as diferenciações sociais dentro de grupos pelas dificuldades de constituição dos sujeitos na esfera do político e face à autonomização do mundo da política.

Se, por um lado, a diversidade de atores políticos e a generalização de carências pelos distintos sujeitos coletivos aproximam a base social das ações coletivas e suas formas de ação em prol do compartilhamento de interesses, a tendência à burocratização e tecnificação da agenda opera no sentido inverso (COHN 2000).

A autora também retoma (2003) os principais traços que vêm marcando a experiência da participação social nos Conselhos de Saúde. Indica que o campo da Saúde Coletiva no Brasil deve indagar acerca de qual sentido essa modalidade de participação de distintos segmentos organizados da sociedade, nessas instâncias, efetivamente avança no processo de formulação das políticas de saúde. Se através da valorização do confronto entre distintas reivindicações e necessidades de saúde, ou pelo reforço à presença da dimensão privada e particularista decorrente de diferentes interesses aí presentes.

Oliosa (1999) relaciona o ritmo lento na criação dos CLS com a presença ou ausência de grupos sociais organizados no território. Essas representações instituem condições de viabilidade, ou não, desses espaços.

Ela também relaciona que a ausência formal do reconhecimento municipal dos CLS, gera diferentes percepções a respeito das atribuições dos colegiados locais entre seus membros. Inclusive a concepção do conselho apenas como reforço das medidas governamentais. Também, por esse motivo, Pessoto et al (2001) julga que há necessidade de se desvendarem as formas de representação que se explicitam no interior dos CLS.

Por tais considerações, podemos refletir que grande parte das pesquisas realizadas com os CLS concebe que os mesmos podem ter suas ações restringidas ao âmbito da produção, pelo atrelamento aos trâmites tecnoburocráticos e à fragmentação dos serviços nos espaços institucionais etc.

## 2.4 Educação Ambiental Não-formal, Saúde e Ambiente

Ao longo deste capítulo, apontaremos os principais caminhos pelos quais perpassam as relações ‘saúde, ambiente e educação ambiental’ nas propostas de trabalho na área da Saúde Coletiva.

A política da EA não se restringe à educação formal. Ela indica a necessidade de trabalhar a EA em diversas áreas da sociedade, por meio do diálogo coletivo em torno das questões ambientais.

Esta medida incentiva a remodelagem dos paradigmas da educação tradicional em seus vários contextos, porque o conceito de EA toma o ambiente como um instrumento transdisciplinar, pelo seu potencial de interesse comum.

A EA valoriza a participação social nas tomadas de decisões e estimula que os educadores ambientais vão ao encontro das comunidades. Em parte, a própria compreensão da Lei 9.795, no art. 1º e 2º, subentende essa abrangência dos espaços educativos para além da educação formal, como pudemos avaliar:

Entende-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. [...] devendo estar presente, de forma articulada, em todos os níveis e modalidades do processo educativo, em caráter formal e não-formal. (BRASIL, 1999)

A confiança está centrada nas contribuições da educação ambiental, no sentido ideológico e na formação da consciência do sujeito, por contextualizar os acontecimentos cotidianos de vida, não apenas aos espaços de educação formal, como as escolas, mas em grupos de gestão comunitária.

Entretanto, as práticas pedagógicas devem ser implicadas nesse processo, para que não se percam os objetivos da EA:

A falta de percepção da Educação Ambiental como processo educativo, reflexo de um movimento histórico, produziu uma prática descontextualizada, voltada para a solução de problemas de ordem física do ambiente, incapaz de discutir questões sociais e categorias teóricas centrais da educação (LOUREIRO, 2004, p. 81).

Dentre os objetivos da EA está o caracterizar-se como “um meio educativo pelo qual se podem compreender de modo articulado a dimensão ambiental e social, problematizar a realidade e buscar as raízes da crise civilizatória” (LOUREIRO, 2004, p. 71).

A Educação Ambiental Não-formal recomenda o conhecimento do perfil ambiental sob uma abordagem ecológica humana da comunidade ou instituição com as quais estarão sendo planejados e executados seus projetos, para apreender as carências e os aspectos peculiares do território, como as lideranças, influências, hierarquias, etc (DIAS, 2004).

Na operacionalização das atividades de Educação Ambiental não-formal, há muitos desperdícios financeiros de recursos em cartilhas, pôlderes, etc, que desconsideram o perfil ambiental da comunidade receptora das informações, bem como seus objetivos, prioridades e valores (DIAS, 2004).

Para não haver a separação dos interesses individuais e coletivos, ou desinteresse social, a EA recomenda que anterior ao planejamento de atos políticos para a transformação social e aquém dos interesses do sistema de produção e consumo vigentes, sejam trabalhadas a solidariedade, a interação entre as culturas e a transparência das idéias (BRASIL, 1999).

O objetivo é o de se construir uma educação com orientações éticas coletivas, para que as mesmas estejam em consenso social e provoquem um condicionamento social. Uma ética coletiva capaz de questionar as grandes orientações que regem a sociedade, a fim de que diferentes culturas possam conviver democraticamente no mesmo espaço, “implica que as comunidades devem retomar a condução de seus próprios destinos” (BRASIL, 1992).

Assim, as propostas de EA também devem ser pensadas com a área da saúde para planejar ações que considerem a dependência ecossistêmica:

O termo Saúde e Ambiente é mais adequado para tratar a condição humana, em sua práxis de viver em sociedade, que necessita de um ambiente em equilíbrio dinâmico, cuja relação está condicionada histórica e culturalmente. As questões éticas e ideológicas envolvidas nessa relação são parte da cultura de cada sociedade e devem ser consideradas de acordo com cada contexto (MS, 2003, p.16).

Logo, além da contextualização dessas variáveis socioambientais que estão interferindo na saúde em determinada comunidade, temos de considerar a compreensão e as prioridades dos sujeitos nessa “proposta pedagógica”, que podem ser diferentes de quem a aplica:

Como objetivo último das políticas e práticas do setor saúde, o sujeito é simultaneamente receptáculo e agente de todas essas influências socioambientais, e, se existe um espaço de convergência possível na produção de conhecimento, este é o do corpo e da consciência dos sujeitos, individuais ou coletivos. Apesar dos seus limites, a discussão sobre qualidade de vida traz à tona a questão fundamental do sujeito e suas implicações éticas, como a liberdade e o direito à escolha (PORTO et al, 2002, p. 126).

No mais, devemos pensar que distintas práticas podem estar agenciadas concomitantemente no mesmo espaço. Como exemplo, Gomide et al. (2005, p.673) comentam que a “Educação Ambiental insere-se como estratégia na atenção primária em saúde ambiental tendo como foco a promoção da saúde e o resgate da cidadania”. Mas se, por um lado, a oferta pode existir em abundância, a assimilação e a prioridade de interesse nas ofertas são direitos de cada indivíduo.

Nos países das Américas, Atenção Primária Ambiental (APA) enfoca a promoção da saúde ambiental ao nível local. A estratégia da APA está fundamentada em valores básicos da Atenção Primária da Saúde (APS), coincidentes com a modalidade da Promoção da Saúde:

A Promoção da saúde é, então, relacionada a um conjunto de valores (solidariedade, democracia, cidadania, participação e revalorização da ética da vida) e passa a exigir uma ação coordenada combinando estratégias de intervenção e implicando diferentes setores sociais (MINAYO, 2002, p. 205).

Entretanto, há que se utilizar com muita precaução o conceito de “fatores determinantes da saúde”, pois podem levar a crer que seria então possível encontrar uma combinação dos fatores determinantes da saúde e simplesmente criar políticas de resolução, aplicando-os. Ou, por outro lado, achar que a cura e as medidas preventivas seriam suficientes a ponto de não haver recidivas insuportáveis das doenças.

Em especial, a contemporânea Estratégia Saúde da Família (ESF), mérito do Campo da Saúde Coletiva, contempla tanto ações que abarcam a Promoção da Saúde, como agencia o espaço de organização comunitária aos Conselhos Locais de Saúde. Na oferta desse campo, inclusive, existem pesquisas que observaram a articulação da Educação Ambiental no trabalho da Estratégia Saúde da Família (BROMBERGER, 2005).

## **2.5 Os Conselhos Locais de Saúde na Ambiência da Estratégia Saúde da Família (ESF): Uma Revisão Bibliográfica**

Este subitem quer apresentar a Estratégia Saúde da Família (ESF) e sua relação com os Conselhos Locais de Saúde (CLS). Para o segundo propósito, utilizamos estudos empíricos realizados até hoje acerca dessa relação.

Como tratado anteriormente, a Lei Federal nº 8.142/1990, que criou os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), também instituiu os Conselhos Locais de Saúde (CLS), sendo os segundos decretados e regidos por leis municipais (BRASIL, 2006).

Isso significa que foram motivados por um movimento histórico e processual, como já referido no primeiro capítulo deste trabalho. Sendo assim, os CLS não se restringem à ambiência das unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), mas a quaisquer outras unidades de saúde que considerarem importante a participação da comunidade no planejamento e na fiscalização da assistência à saúde.

Entretanto, nosso estudo quer precisamente tratar da relação ‘saúde, ambiente e educação’ na atividade conjunta entre usuários e profissionais de saúde, ambos membros do CLS, na ambiência da ESF.

A estratégia do PSF foi iniciada no Brasil em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários (cada equipe do PSF tem de quatro a seis ACS, número que varia de acordo com o tamanho do grupo sob a responsabilidade da equipe, numa proporção média de um agente para 575 pessoas acompanhadas) (SCHRAIBER, 1995).

Embora desde sua implantação tenha sido interpretado como estratégia e não programa, apenas posteriormente seu nome foi trocado de “programa” para “estratégia”:

O importante, aqui, é falar de um Programa de Saúde da Família sabendo que não é um programa, mas, sim, uma estratégia. Não sendo programa, não é, também, uma versão contemporânea da medicina simplificada, nem projeto exclusivo para regiões e grupos sociais em situação de exclusão. Apesar disso, a estratégia de saúde da família deve ter os excluídos e as regiões mais pobres como prioridade e deve utilizar largamente tecnologias custo/efetivas (MENDES, 1996, p. 273).

A articulação da Vigilância em Saúde com a Estratégia Saúde da Família (ESF) ressaltou a abordagem ecossistêmica da saúde, no papel do ambiente e das ações no cotidiano sobre os riscos à saúde. Articularam-se, para isso, os conhecimentos da epidemiologia e das ciências sociais, numa perspectiva de indivíduo ativo no processo saúde/doença, na identidade entre os determinantes socioambientais com as condições de saúde do grupo e da comunidade nos quais ele está inserido (FRANCO & BASTOS, 2002).

A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção da doença, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua. O atendimento é prestado pelos profissionais na unidade básica de saúde ou no domicílio, de forma que os profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

Logo, nas organizações dos serviços de saúde na atenção primária, procura-se contemplar diferentes práticas sanitárias: uma voltada para a intervenção sobre problemas de enfrentamento contínuo, com o propósito de investigar as causas do adoecer e seus fatores condicionantes e determinantes – a promoção da saúde; outra, correspondente aos problemas de enfrentamento ocasional, que se faz sobre os efeitos dos problemas em nível individual – a atenção à demanda espontânea ou ao pronto-atendimento; e, ainda, aquelas de proteção da população fundamentadas basicamente em estudos epidemiológicos – as preventivas.

A ESF tem algumas particularidades. Atende as características especiais para sua implantação e processo de trabalho, tais como: a adscrição populacional, o conhecimento da população em seu território, que ultrapassa as delimitações meramente geográficas, contemplando as dinâmicas de organização da população e dos fenômenos sociais; o planejamento, a programação e a avaliação de ações; reuniões da equipe e com a comunidade; utilização de instrumentos de acompanhamento e avaliação; participação e controle social (BRASIL, 2004).

Não obstante, isso se dá em meio ao espaço primeiro onde estão os sujeitos construtores dessas distintas organizações, ou seja, os trabalhadores em saúde e os usuários, que têm a função de adequar as ofertas de saúde de acordo com suas possibilidades, entendimento e responsabilidades, caracterizando, assim, um espaço complexo acessível a aprimoramentos (MENDES, 1993).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) aparece nesse contexto de gestão pela participação popular, como um modelo que concebe a saúde como produção social, construído e conquistado em coletivo diariamente por meio da sintonia entre usuários e profissionais (SANTOS, 2003).

Referente à participação e ao controle social na ESF, no Brasil, entre 2001-2002, cerca de 37% das equipes da ESF (profissionais da saúde) fizeram referência à participação regular de algum de seus integrantes em reuniões de Conselhos de Saúde. O maior número de estados oscilou em torno dessa média, destacando-se o Rio Grande do Sul, que alcançou valor percentual de 67,5%. Seis estados apresentaram valores inferiores a 25%: Rondônia (20,5%), Amazonas (17,0%), Roraima (14,3%), Amapá (8,3%), Espírito Santo (22,9%) e Rio de Janeiro (19,1%) (BRASIL/MS/SAS/DAB, 2004).

Isso demonstra que, embora tenha havido avanços na criação de espaços coletivos de programação envolvendo os membros da equipe, ainda foi incipiente a participação da comunidade no planejamento das ações nos órgãos gestores do SUS no nível local (BRASIL/MS/SAS/DAB, 2004).

Em se tratando da incorporação da participação social na Estratégia de Saúde da Família (ESF), Campos e Wendhausen (2003) defendem que os profissionais de saúde devem sempre consultar a comunidade para o planejamento das ações, num processo de responsabilidade compartilhada, uma vez que nenhuma atividade é “meramente técnica ou politicamente neutra em uma sociedade desigual” (p. 235).

Para elas, a participação popular não pode ser entendida como mais uma variável na implementação de programas, mas no sentido da viabilização de um processo libertador que ocorrerá pelo conhecimento crítico da realidade.

Mas, quando a legitimidade da argumentação técnico-científica é colocada como requisito para o diálogo, tende a acuar o posicionamento dos representantes, podendo ter como efeito sua restrição a uma função informativa aos demais usuários da comunidade (GUIZARDI e PINHEIRO, 2006). Desse modo, o trabalho conjunto entre profissionais da saúde e usuários da comunidade, apesar das peculiaridades da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos avanços na participação, não garante uniformemente a construção de um projeto assistencial comum no trabalho em equipe, também por outros fatores (CREVELIM e PEDUZZI, 2005).

Em contribuição, Wendhausen (2003) sintetizou as potencialidades e limites do processo de participação em Conselho Local de Saúde. Dentre os potencializadores, indicamos: a socialização dos problemas; a concretude das questões *versus* possibilidade de solução; e profissionais considerando a população como co-gestora (p. 227).

Como fatores limitantes ao trabalho, citou a falta de escuta da comunidade, problemas na estruturação dos PSF tais como: grande demanda; individualismo; falta de interação; desconhecimento ou não consideração das potencialidades da comunidade para melhoria da sua qualidade de vida; uso dos espaços de participação para autopromoção; comunidade pouco informada sobre o SUS e seus direitos (p. 228).

Isso explica algumas pesquisas, como as de Frederico e Almeida (2007), que apontaram semelhanças nos estudos empíricos de CLS, como momentos de fluxo e refluxo participativo, lutas por espaços físicos e de reconhecimento, permanência das propostas reivindicatórias, oscilação entre diálogos solidários e exterioridade dos interesses pessoais e específicos.

Além dos entraves internos ao desempenho dos CLS, há também problemas externos. Uma pesquisa realizada por Uzêda e Coelho (2005) revelou a resistência dos responsáveis pela gestão municipal em permitir a participação da sociedade civil organizada, porque poderia contrariar seus interesses.

Entretanto, a lógica, a força, as potencialidades, as limitações e os entroncamentos podem expressar particularidades distintas em cada conselho. Assim, mesmo que aparentemente a lógica da saúde em sua internalidade possa parecer autônoma em si mesma, ou independente das ações dos seres humanos, traz em si a construção histórica dos indivíduos. Essa arquitetura desenvolve-se, por meio das atividades humanas – os diferentes tipos de trabalho, na particularidade de cada indivíduo e na genericidade como participante social (CEZAR-VAZ, 1996).

Sintetizamos, por meio destas pesquisas, que a ESF, por teoricamente incentivar a formação de CLS em suas ambiências, oferece uma possível alavanca para as transformações do modelo de saúde no Brasil, à medida que consegue caracterizá-lo a formatos locais em conveniência aos objetivos comunitários e profissionais por meio do trabalho do CLS.

No entanto, a concretização da produção da saúde pelos CLS na ambiência da ESF está dependente de investimentos internos e externos referentes à operacionalização do próprio conselho, como os apontados pelos autores das pesquisas.

Em relação ao nosso objeto de estudo, que focaliza a produção da relação saúde, ambiente e educação, não identificamos pesquisas que designadamente abordassem os CLS na ambiência da ESF referentes a esse tema.

## **2.6 O Conselho Municipal e os Conselhos Locais de Saúde do Município do Rio Grande/RS**

Este capítulo limita-se à singela apresentação do Conselho Municipal de Saúde do município em estudo, até a menção aos Conselhos Locais na ambiência da ESF.

No ano de 1992, pela Lei nº. 4692, de 31 de agosto, foi criado o Conselho Municipal de Saúde no município de Rio Grande, no sul do Rio Grande do Sul. Aproximadamente entre 1991 e 1992, um grupo de pessoas ligadas à área da Saúde Pública e demais interessados na questão do controle social, reuniram-se para discutir a organização de um CMS, uma vez recentemente legitimado em nível nacional pela Lei 8142/90. Cabe reforçar que os indícios apontam para a persistência dos envolvidos com a vontade política do controle social como desencadeadora da legitimação do mesmo.<sup>8</sup> A mesma fonte, informa ainda que:

---

<sup>8</sup> Estas informações foram consultadas em um documento elaborado por um Conselheiro Municipal de Saúde, participante da pesquisa. O documento, segundo o entrevistado, foi apresentado publicamente para uma faculdade do município do Rio Grande.

O conselho foi se ampliando com o grupo de discussões, até que em 1992, através de decreto legislativo, conseguiu-se reconhecimento de lei da criação do Conselho Municipal de Saúde no município de Rio Grande/RS. A partir daí, começaram as reuniões ordinárias e extraordinárias do conselho, sendo eleita sua primeira presidente. Em seqüência, pela vontade e necessidade de fundamentação técnica e teórica para ações e planejamentos efetivos, buscou-se participar de seminários e eventos, como Conferências Municipais, Regionais, Estaduais e Nacionais. Com isso, os conselheiros municipais de saúde apropriaram-se da legislação, qualificaram-se para deliberar sobre as políticas de saúde e fiscalizaram ações de gestão e prestação de serviços públicos do município.

Quando o Conselho Municipal de Saúde encontrava-se em adiantada fase de crescimento, contando com 28 membros, sofreu a destituição por meio de decreto municipal. A título de observação, o Regimento Interno, do Conselho, do período, dava direito a deliberações, nas ocasiões de insuficiência de membros presentes, independente do número deles. Mas, mesmo assim, a insuficiência de participantes na reunião foi o motivo alegado para a destituição.

Por meio da destituição, a maioria das entidades foi afastada do Conselho Municipal, justamente as que tinham conselheiros mais antigos, informados e experientes no processo de controle social. O número de conselheiros foi reduzido de 28 para 13, por meio do Decreto nº. 8.534, de 08 de junho de 2004. Por esse decreto, o Secretário Municipal de Saúde do período foi instituído como presidente.

Após muitas lutas para que a democracia acontecesse dentro do próprio controle social no município, buscou-se a colaboração e o apoio do Conselho Estadual e Nacional, por meio dos quais foram resolvidos acordos que não haviam sido cumpridos pelo executivo, em referência à relação entre o controle social da saúde e a gestão administrativa do executivo.

Com tais medidas, o número de conselheiros aumentou, então, de 12 para 18, por meio de um fórum de discussão organizada para esse fim. Finalmente, com a realização da IV Conferência Municipal de Saúde, tornou-se reconhecido o atual CMS.

O documento informa ainda o reconhecimento de que a atual gestão não cria maiores empecilhos ao trabalho do atual Conselho de Saúde. Entretanto, a dificuldade atual é que grande parte dos conselheiros não vivenciaram os aprendizados históricos referentes ao processo de controle social na saúde, ao contrário, recém encontram-se em fase de aprendizado técnico-teórico.

A dificuldade referida é de que a grande maioria dos cursos oferecidos exige conhecimentos de base aos aprendizes, sendo que os conselheiros mais experientes tiveram

esses cursos de base, ou ainda cursaram um caminho próprio de apropriação de conhecimentos de base para posterior aperfeiçoamento. Entretanto, com as atividades do conselho em andamento, as exigências do aprendizado e das ações vêm em concomitância.

Atualmente o controle social na saúde, no município de Rio Grande/RS, está em período de reafirmação, com retorno gradativo das suas atividades. Observa-se ainda a concomitância, embora em número incipiente, da construção recente de Conselhos Locais de Saúde. Entretanto, informações acerca dos seus funcionamentos não se encontram formalmente documentadas no Conselho Municipal de Saúde.

## **2.7 Caracterização da Comunidade do CLS na ambiência da ESF**

O município de Rio Grande localiza-se na microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul, distante aproximadamente 317 km da capital do Estado. Apresenta, pelas informações do IBGE/2004, uma população total de 194.351 habitantes, IDH<sup>9</sup> 0,878; PIB<sup>10</sup> R\$ 3.820.671.000,00 e PIB per capita<sup>11</sup> R\$ 19.716,00 ([http://pt.wikipedia.org/wiki/Rio\\_Grande](http://pt.wikipedia.org/wiki/Rio_Grande)).

Possui um total de setenta estabelecimentos de saúde. Dos estabelecimentos públicos da atenção primária à saúde, 20 têm a assistência das Equipes de Saúde da Família, 17 são da modalidade das unidades básicas de saúde, e 4 das unidades 24 horas (<http://www.riogrande.rs.gov.br/>).

Em 2005, ocorreram no município 843 óbitos, sendo as principais causas, respectivamente: doenças do aparelho circulatório; neoplasias óbitos; doenças infecciosas e parasitárias; doenças do aparelho respiratório; doenças do aparelho digestivo; doenças do aparelho geniturinário; doenças originadas no período perinatal óbitos; sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais; lesões, envenenamentos e causas externas.

Em relação à economia do município, o valor adicionado na agropecuária, principalmente por meio do plantio de arroz, feijão e milho, e da criação de gado é de

---

<sup>9</sup> O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida comparativa de riqueza, alfabetização, educação, esperança de vida, natalidade e outros fatores para os diversos países do mundo. É uma maneira padronizada de avaliação e medida do bem-estar de uma população, especialmente bem-estar infantil.

<sup>10</sup> O Produto Interno Bruto (PIB) representa a soma (em valores monetários) de todos os bens e serviços finais produzidos em uma determinada região (qual seja, países, estados, cidades), durante um período determinado (mês, trimestre, ano, etc.). O PIB é um dos indicadores mais utilizados na macroeconomia, com o objetivo de mensurar a atividade econômica de uma região.

<sup>11</sup> O PIB *per capita* é um indicador que ajuda a saber o grau de desenvolvimento de um país. Chega-se a ele dividindo o Produto Interno Bruto pela população (*per capita* vem do latim e significa "por cabeça"). É usado às vezes no lugar da renda *per capita*.

aproximadamente 93.550 mil reais; já o valor adicionado na indústria é de 2.114.603 mil reais; e o valor adicionado nos serviços é de 1.058.591 mil reais(<http://www.ibge.gov.br/home/>).

A comunidade adstrita à ambiência da ESF, onde se encontra em construção o CLS em estudo comporta dois bairros do município de Rio Grande. Essa população é constituída de aproximadamente 3.454 habitantes, sendo 973 famílias cadastradas. Das crianças entre 7 e 14 anos, 86,59% encontram-se na escola; das pessoas maiores de 15 anos 89,52 % são alfabetizadas. A cobertura de plano de saúde particular nessa população é de 9,50% (SIAB<sup>12</sup>, 2007).

Pela mesma fonte, prevalece o tipo de moradia de tijolo, 76,36%. Chama a atenção que 3,70% têm sua moradia construída por material aproveitado.

No quesito energia elétrica, a abrangência é de 94,35% da população local. Já a coleta de lixo fica em torno de 92,70% por meio da coleta pública; 1,65% é queimado ou enterrado; e 4,73% a céu aberto. O sistema de esgoto predominante, com 87,56%, é de fossa, sendo 10,48% a céu aberto.

As informações anteriores permitem-nos pensar que o município do Rio grande tem uma riqueza de águas a qual oferece a pesca como recurso econômico, mas está não faz parte da economia principal do município. Sua característica geográfica, com o aporte da pesca, o abrigo de indústrias, a característica de porto marítimo e a diversidade da agricultura, retratam uma diversidade econômica local e suas decorrências.

---

<sup>12</sup> O SIAB é um sistema de informação das famílias cadastradas em uma área, realizado por meio de um questionário que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), da Estratégia Saúde da Família (ESF), aplicam e encaminham para a coordenadoria das equipes de saúde, para compilação dos dados.

## **3 RECURSOS METODOLÓGICOS**

### **3.1 Tipo de Pesquisa**

A presente pesquisa está orientada nas seguintes características descritas por Minayo (2004): estudo de caso, com a análise qualitativa da temática, por meio da observação participativa, da entrevista semiestruturada e tendo suas categorias inspiradas na hermenêutica-dialética.

A investigação focalizada neste estudo de caso tem caráter qualitativo social pela pretensão de considerarmos as condições socioambientais, os grupos sociais e os significados dos sujeitos envolvidos, em sintonia com nosso objeto de estudo (MINAYO, 2004).

Em tal relação, as leituras e reflexões precisam ser desenvolvidas tanto na internalidade, através da investigação do trabalho em ato com o Conselho Local de Saúde, como na externalidade das relações e estruturas sociais em que se interpõe sua participação.

### **3.2 Abrangência da Pesquisa**

A descrição e análise priorizarão instantes ou aspectos da realidade produzidos em meio ao trabalho do CLS, que expressem a relação dos elementos saúde, ambiente e educação.

Nas abrangências geopolíticas, referentes à localização geográfica e à abordagem ao controle social estão compreendidos por esta pesquisa empírica: os bairros, o município, a ambiência da ESF e o conselho local.

### **3.3 Sujeitos da Pesquisa**

Os sujeitos da pesquisa são os conselheiros participantes do processo de construção de um Conselho Local de Saúde, compreendidos tanto pelos conselheiros representantes da comunidade, como pelos conselheiros representantes dos profissionais da Equipe Saúde da Família, totalizando seis conselheiros.

As demais pessoas que se engajaram nesse processo ou no desenvolvimento das atividades do conselho, por sua representação a instituições, estão identificadas como informantes-chave e compõem-se de cinco sujeitos de pesquisa, sendo estes: Dois Conselheiros Municipais de Saúde representantes da comunidade, uma Conselheira Municipal

de Saúde representante dos profissionais da saúde (médica), um Agente Comunitário de saúde não conselheiro, mas atuante na área de atuação do CLS estudado, a vice- diretora de uma escola que participou de um evento organizado pelo CLS.

Assim, totalizam-se 11 sujeitos de pesquisa.

### 3.4 Indicação das Bases Teóricas

Procuraremos compreender o objeto da pesquisa por meio da abordagem dialética e com a centralidade em três estudos que conformam categorias teóricas.

Os estudos têm inspiração no processo de trabalho esclarecido por Marx, e oferecem categorias que podem ser usadas para compreender organizações sociais como os Conselhos Locais de Saúde. Referimos as seguintes categorias:

\* *práxis, consciência, solidariedade e relação individual-coletivo*, abarcadas do processo de trabalho descrito por Marx e possíveis de serem arroladas aos movimentos sociais, segundo interpretações de Gohn (1997);

\* *finalidade, objeto, instrumentos e produto*, referidas ao contexto do processo de trabalho na saúde, por Leopard et al (1997);

\* *saber e racionalidade ambiental*, teorizadas por Leff (2001).

No caso do primeiro referencial teórico, embora Marx não tenha pretensiosamente formulado teorias sobre os Movimentos Sociais, muitos intérpretes marxistas relacionaram seus manuscritos sobre o processo de trabalho a esse tema, inclusive com a vazão de categorias analíticas (GOHN, 1997)<sup>13</sup>. Trata-se de palavras que Marx utilizava como sentido da lógica de seu pensamento, e que sugere cabíveis para apreciação das organizações Sociais.

Embora os Conselhos de Saúde, mesmo significando modos de participação da sociedade civil, não se classificam como Movimento Social por seu caráter institucionalizado (GOHN, 1997), entendemos que os Conselhos Locais de Saúde podem incluir a potencialidade do agenciamento de um movimento coletivo para a transformação de suas condições de vida.

O nosso segundo referencial teórico tem apoio no conhecimento do processo de trabalho na Saúde e considera quatro quesitos para a estimativa do trabalho, quais sejam: sua

---

<sup>13</sup> A obra de Gohn (1997), intitulada *Teoria dos Movimentos Sociais: Paradigmas Clássicos e Contemporâneo*, faz uma apreensão apurada na retratação das teorias acerca dos Movimentos Sociais. Propõe após esse árduo trabalho, no seu capítulo VII, 'Uma proposta teórico-metodológica para a análise dos movimentos sociais na América Latina' (sob esse mesmo subtítulo), a qual, pela originalidade das discussões, consideramos oportuna às categorias teóricas apresentadas para a análise de nosso objeto de estudo.

finalidade, seu objeto, seus instrumentos e seu produto. Segundo analogia de Pires (1999, p. 32):

O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade – a ação terapêutica de saúde; como objeto – o indivíduo ou grupos doentes, sadios, expostos ao risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho – os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde; e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida [negrito da autora].

A citação, em sua frase final, considera a mercantilização da saúde e da educação que vem prejudicando a performance sistêmica do atendimento à saúde, ao ser desdobrada a lógica de mercado como produto de venda e acesso limitado.

O trabalho está nessa situação, limitado e formatado segundo os instrumentos disponíveis para sua elaboração. Desse modo, cabe para a saúde a necessidade de ajustes em suas habilidades e organizações da assistência por meio da revisão do seu conceito. Um conceito que seja amplo, maleável ao tempo e empreendedor de concordantes relações socioambientais (CEZAR-VAZ, 1999).

Nosso terceiro referencial teórico apóia-se no saber e na racionalidade ambiental teorizados por Leff (2001), porque o autor inclui a condição de vida no foco dos objetivos do desenvolvimento sustentável, referindo a necessidade de se assegurar condições mínimas de saúde para que se possa viver de forma sadia, produtiva e prazerosa.

A racionalidade ambiental só se constrói des-construindo a racionalidade, ora dominante em todas as ordens da vida social, de forma a possibilitar estratégias de desenvolvimento com bases na equidade humana e sustentabilidade do ambiente natural e social por meio do trabalho coletivo (LEFF, 2000).

A reflexão do trabalho em saúde como um campo de práticas sociais por meio da permanente busca da aproximação entre as necessidades sociais e as possibilidades de seu trabalho, conduz aos princípios da racionalidade ambiental.

O saber e a racionalidade ambiental constituem-se em categorias centrais de um movimento histórico de rediscussão da sociedade, da natureza e da vida em seus significados mais profundos, influenciando também a educação na conformação do que se designa por Educação Ambiental (LEFF, 2001).

### 3.5 Coleta de Dados

Foram utilizados como instrumentos para coleta de dados, a observação participante com o relato escrito dos fatos, a entrevista semiestruturada focalizada e gravada, e o levantamento documental.

Nossa pesquisa tem suas observações relatadas em diário de campo, focando instantes e “aspectos da realidade, dando ênfase a determinados elementos na interação” (MINAYO, 2002, p. 100). No caso, aos elementos relativos à saúde, ambiente e educação.

Com relação a esta parte da coleta de dados, informamos que, em virtude de um vínculo já anterior da pesquisadora com a unidade de saúde na qual se realizou a pesquisa, por meio da supervisão de estágios do curso de Enfermagem no local, foi possível o convite e o bom acolhimento do mesmo no processo de observação da construção do CLS, desde o ano de 2006.

Isto possibilitou o acervo de observações por meio de registros escritos, totalizando aproximadamente 50 horas de observação de pesquisa ocorridos em mais de um ano de trabalho do Conselho Local de Saúde, entre reuniões e eventos participados. Dentre os eventos, a Pré-conferência Municipal de Saúde e uma reunião coletiva do CMS com todos os CLS do município do Rio Grande. No decorrer do texto, as falas citadas e que foram coletadas por meio das observações de pesquisa, estão identificadas por “*obs.*”.

Aludindo à interferência do investigador na pesquisa por sua presença observadora na fase de coleta de dados empíricos e ao conhecimento prévio dos entrevistados, Minayo (2002) ressalva que “(...) o envolvimento do entrevistado com o entrevistador, em lugar de ser tomado como uma falha ou um risco comprometedor da objetividade, é pensado como condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva” (p. 124).

Além da observação houve necessidade da entrevista focalizada com os sujeitos, no enfoque da relação entre saúde, ambiente e educação. No decorrer do texto, as falas citadas e que foram coletadas por meio das entrevistas, estão identificadas por “*Entrev.*”.

A validação das entrevistas e observações dos pesquisados foi considerada, respectivamente, a partir de gravações por eles autorizadas e de suas leituras e assinaturas em concordância das observações minutadas.

Já o levantamento documental foi utilizado com o objetivo principal de complementar os dados da pesquisa pela revisão de fontes documentais, dentre eles: registros e relatórios de atividades no âmbito do trabalho das Equipes da Saúde da Família e dos Conselhos de Saúde.

O processo de trabalho na saúde foi usado na elaboração do roteiro de entrevista, parte da coleta de dados, como apoio para a análise dos dados, por isso seus elementos são trabalhados em meio à apresentação do estudo (CEZAR-VAZ, 1999).

Assim, o roteiro de entrevista não questionou diretamente os quesitos referentes às categorias de análise da pesquisa, mas as interpretou perante o questionamento ao processo de trabalho do Conselho. Portanto, as partes e o todo das respostas precisaram ser avaliados e contrapostos.

### **3.6 Análise dos Dados**

Os dados obtidos no trabalho de campo, os quais compõem a fonte primária da pesquisa, foram analisados numa “dinâmica hermenêutica dialética”, (MINAYO, 1992), utilizamos o arcabouço teórico e filosófico de Cezar –Vaz (1999).

Inicialmente, o conjunto de dados foi disponibilizado na forma de texto digitalizado. Os dados organizados segundo cronologia de acontecimentos e registros foram submetidos à realização da análise qualitativa.

Apenas por uma questão de facilitar, aos próprios autores deste trabalho, a localização dos dados de pesquisa no diário de campo e transcrição das entrevistas, as citações das falas e observações serão indicadas por páginas correspondentes à ordem dos textos digitalizados.

Fizemos isto por meio dos conjuntos das categorias teóricas que utilizaremos como fio condutor e que são descritas no referencial teórico deste estudo, almejando dois momentos:

No primeiro, os conjuntos das categorias teóricas foram aproximados à disponibilidade dos dados ou trechos do texto, sendo destacados os apontamentos de afinidade, contradição e neutralidade destes, expressos através do predomínio de seus significados. Neste trabalho, procurou-se identificar as categorias empíricas e a permissão das categorias emergentes (CEZAR-VAZ, 1999).

No segundo momento, os conjuntos das categorias teóricas foram utilizados como marcadores para a modelagem do experimento teórico, que compõe a segunda fase do processo de análise na abordagem qualitativa dialética, a fim de identificar e preparar o sistema de relações entre as categorias de análise e as categorias empíricas.

Em termos de descritores práticos, seguimos a seguinte direção: (1º) compreendemos por meio dos referenciais teóricos de orientação, o significado das categorias teóricas ou principais; (2º) categorizamos os conteúdos principais das observações e entrevistas, em categorias teóricas e sujeito da ação/fala; (3º) apreendemos o sentido principal que aparece

em cada categoria com seu respectivo sujeito da ação/fala; (4º) descrevemos a relação entre os sentidos encontrados e os referenciais teóricos.

### **3.7 Ética da Pesquisa**

Com referência aos aspectos éticos, a pesquisa está em consonância com a Norma de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, pela Resolução CNS 196/96.

O projeto foi encaminhado para ao Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde, NEPES, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande/RS e, posteriormente, ao Comitê de Ética e Pesquisa na Área da Saúde, CEPAS, da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). A essa solicitação seguiu-se o pedido de concordância para realização da pesquisa. Utilizou-se, com os sujeitos diretos do estudo, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (uma via para o processo da pesquisa e outra para o participante), no qual se explicitou o objeto de estudo, os objetivos da pesquisa, a estratégia de operacionalização da pesquisa e o modo de inserção do sujeito no processo da pesquisa.

Para a validação do registro das falas, nas reuniões e atividades participadas no CLS em estudo, acompanhadas de novembro de 2006 a março de 2008, estas foram digitalizadas e requeridas as assinaturas dos participantes.

Cabe referir ainda que os dados obtidos foram apresentados nos resultados da pesquisa de forma a não identificar os ambientes e grupos comunitários, para evitar a identificação dos seus sujeitos. Foi assegurado o direito do sujeito de deixar de compor o grupo de participantes da pesquisa em qualquer momento que assim o desejar.

Identificamos os conselheiros representantes da comunidade nos CLS pesquisado, por RC, e os representantes dos profissionais por RP. Seus nomes foram substituídos por locais de visita turística do município do Rio Grande.

## 4 TRABALHO DOS DADOS

### 4.1 A PRODUÇÃO DA SAÚDE SOCIOAMBIENTAL POR UM CONSELHO LOCAL: um estudo no âmbito da ESF no município do Rio Grande-RS

#### 4.1.1 Introdução

Este capítulo pretende compreender a produção da relação *saúde, ambiente e educação*, a qual se vincula à produção da saúde socioambiental, durante o processo de construção de um Conselho Local de Saúde (CLS) no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A análise da produção da saúde socioambiental em um CLS justifica-se pela potencialidade e peculiaridade da gestão e produção da saúde nesses espaços, como explica a citação:

A saúde, enquanto produto das relações sociais do homem é um universal concreto que se expressa nas formas biológicas do indivíduo e nas estruturas das ações coletivas (...) cada vez mais complexas e articulada por interesse diversos. É a partir do interesse que se produzem e se recriam novos conceitos para serem operados ou para se porem em materialização (...) (CEZAR-VAZ, 1999, p. 63).

Os planejamentos das ações em saúde têm relação com a compreensão do conceito de saúde na particularidade de cada espaço, embora esse último também seja re-elaborado pela praticidade das ações. Tendo em vista o conceito de saúde ter diferentes significados para os setores dos quais depende, a saúde apresenta dificuldades no planejamento e entrelaçamento de suas ações.

Logo, a utilização do conceito *saúde socioambiental* é proposto como uma referencia à avaliação da produção da saúde em nossa pesquisa. Esse conceito tem inspiração em Marx<sup>14</sup>, ao inferir que:

A natureza é o corpo inorgânico do homem, a saber, a natureza enquanto ela mesma não é corpo humano. O homem vive da natureza, significa: a natureza é o seu corpo, com o qual ele tem de ficar num processo contínuo para não morrer. Que a vida física e mental do homem está interconectada com a natureza não tem outro sentido senão que a natureza está interconectada consigo mesma; pois o homem é uma parte da natureza (MARX, 1981, p.182-3).

---

<sup>14</sup> Essa citação de Marx encontra-se em: Das Kapital, vol I, Dietz Verlag, Berlim, 1981

Na consideração dessa relação entre homem e natureza, ao pensarmos o tratamento do indivíduo, estamos pensando sua estrutura física (corpo) que também se compõe, em parte, da estrutura da natureza (corpo inorgânico). Desse modo, fatores como as características da natureza, ora transformadas pelo indivíduo em um complexo ambiente artificial, precisam permear as discussões da saúde.

Nesse sistema de desarmonicas relações socioambientais, “a natureza apresenta-se ao homem como sua fonte de meios de vida e de meios de trabalho”, sendo que “quanto mais o trabalhador se apropria da natureza, mais ela deixa de lhe servir como meio para seu trabalho e meio para si próprio”<sup>15</sup> (MARX, 1981, p.85<sup>16</sup>, apud DUARTE, 1995, p.47).

Na consideração da inseparável potencialidade humana de transformação da natureza por meio do *trabalho*, o indivíduo transforma o seu corpo orgânico e inorgânico, transformando a saúde humana e ambiental (socioambiental). Nas palavras originais,

o homem atua sobre a natureza com o objetivo de se apropriar de suas matérias para a satisfação de suas necessidades orgânicas e, no que ele a transforma, transforma também sua própria natureza (MARX <sup>17</sup>, 1981, p. 192).

Os vínculos entre desenvolvimento econômico, condições ambientais e saúde são muito estreitos, pois as situações para a transmissão de várias doenças são propiciadas pela forma como são realizadas as intervenções humanas no ambiente (PIGNATTI, 2004).

O texto está dividido em dois subcapítulos que se complementam, com a finalidade de oferecer melhor visualização da particularidade dos achados, tais como o entrelaçamento entre a educação em saúde e a educação ambiental, e, as variáveis do espaço e tempo no processo de produção da saúde socioambiental no âmbito estudado. As considerações finais foram tratadas posteriormente à apresentação e discussão do subcapítulo.

No primeiro momento deste texto avaliaremos a *educação como intercessora da relação saúde e ambiente* na produção da saúde socioambiental em meio ao movimento de articulação interna e externa do grupo de conselheiros locais em estudo. Faremos isto à luz

---

<sup>15</sup> Consideramos três naturezas em Marx: a natureza do homem por seu potencial de realizar o trabalho modificando seu processo por meio de instrumentos por ele desenvolvidos; a natureza inerente ao natural, fauna e flora ecossistêmicas; e a natureza criada pelos instrumentos de trabalho como produto (natureza artificial). A natureza é transformada em ambiente porque, com o dado sistema de produção e consumo potencializado pelo trabalho, a natureza é apropriada cada vez menos como produto e sim como meio. Sendo ‘meio’ ela origina um produto, o produto ‘ambiente’, em que existem as três naturezas.

<sup>16</sup> Essa citação foi apropriada por Duarte em: “Oekonomisch-philosophische Manuskripte aus dem Jahre 1844”. In K. Marx & F. Engels, *Ausgewählte Werke*, Dietz Verlag, Berlim, 1981, p. 77.

<sup>17</sup> Essa citação de Marx encontra-se em: *Das Kapital*, vol I, Dietz Verlag, Berlim, 1981.

das categorias *práxis, solidariedade e a relação individual/coletiva*<sup>18</sup>, referenciadas na Obra<sup>19</sup> *Ideologia Alemã*, a partir dos manuscritos de Marx e Engels, e objetivadas por Gohn (1997)<sup>20</sup>. Utilizamos estas categorias por elas permearem a lógica do processo de trabalho analisado pelos autores.

A apresentação destas categorias estará organizada na seguinte seqüência: (1º) apresentação da categoria por meio do referencial teórico e exemplificações de selecionadas falas dos sujeitos que tenham relação com a categoria em estudo, em paralelo à apreensão dos significados e contextos; (2º) discussão conjunta dos achados com seletas referências bibliográficas.

No subcapítulo, problematizamos alguns fenômenos ocorridos durante a construção de um CLS, os quais foram apontados no Capítulo I, com a pretensão de compreender as propostas para a produção coletiva da saúde em organizações sociais como a dos Conselhos Locais da Saúde (CLS) na ambiência da Estratégia Saúde da Família (ESF) à luz do saber da racionalidade ambiental abarcada por Leff (2001) e da *práxis significativa* em Marx e Engels (2006).

Dentre os fenômenos, fazemos referência às peculiaridades das combinações da relação entre saúde, ambiente e educação, e as variáveis de espaço e tempo no processo de produção da saúde pelo Conselho em construção e a análise das propostas de trabalho do CLS.

Utilizamos os conceitos do ‘saber e racionalidade ambiental’, compreendidos em Leff (2001), por caracterizarem uma modalidade especial de educação. Isto é, o sustento dessas categorias teóricas norteia o desenvolvimento das práticas condizentes à particularidade da Educação Ambiental.

As categorias da Educação Ambiental, tais como as mencionadas, são norteadoras de uma modalidade de educação que agrega “práticas pedagógicas capazes de discutir questões sociais e categorias teóricas centrais da educação” (LOUREIRO, 2004, p. 81). Nessa consideração, as categorias são tanto instrumentos para avaliação da efetividade da práxis da educação, como para o comparativo a outras modalidades de educação. Assim:

---

<sup>18</sup> Essas categorias foram trabalhadas por mim em uma disciplina do Mestrado em Educação Ambiental, da FURG, seja ‘Karl Marx e a Natureza I’ e, posteriormente, com autoria conjunta com alguns professores, originou um artigo intitulado ‘A Educação Ambiental a partir de valorações na obra a Ideologia Alemã’.

<sup>19</sup> A obra foi traduzida por Müller, por meio da editora Martin Claret em 2006; do original *Die deutsche Ideologie* (1932). 145 p. O livro informa que, no prefácio da Contribuição da economia Política (1859) Marx expõe as razões que o levou, com Engels, a redigir *A ideologia Alemã*.

Por meio da categoria ‘Saber Ambiental’, procuraremos especificar o saber produzido da relação ‘saúde, ambiente e educação’ pelo CLS na ambiência da ESF. Por meio do conceito da ‘Racionalidade Ambiental’, avaliaremos duas propostas de trabalho dos conselheiros locais de saúde. Uma, foi realizada em tempo de observação de pesquisa e, outra, foi uma proposta de atividade descrita com características indicativas de práxis significativa, conforme conferida no Capítulo I.

#### 4.1.2 Apresentação e Interpretação dos Resultados

##### **Práxis Produtiva**

A *práxis*, segundo a laboração de Marx, caracteriza-se pelas distintas relações teórico-práticas das atividades humanas. Em contribuição, Gohn (1997) compilou as interpretações das extensivas práxis conforme o grau de relação entre as atividades teórico-práticas ou prático-críticas, com os significados:

*A práxis significativa* refere-se à práxis transformadora do social, que se realiza em conexão com a atividade teórica, por meio da atividade produtiva e/ou da atividade política. No campo da produção teórica, o conceito de práxis é fundamental no marxismo, como articulador da teoria à prática. *A práxis teórica* é aquela que possibilita a crítica, a interpretação e a elaboração de projetos de transformação significativos. *A práxis como fruto da atividade produtiva* é a mais importante no mundo social. Ela tem como base fundamental o mundo do trabalho. *A práxis política* surge como articulação entre a práxis teórica e a práxis produtiva propriamente dita, mediada pelas condições estruturais de desenvolvimento do processo social (GOHN, 1997,p.176) .

Os entendimentos propostos para a produção da saúde socioambiental, por meio do CLS, aconteceram distintamente, segundo as práxis desenvolvidas nos trabalhos corriqueiros de cada segmento de conselheiros. Relacionaram-se três distintas maneiras de produção da saúde, segundo os segmentos do profissional médico, dos Agentes Comunitários de Saúde e dos representantes da comunidade.

Essas expressões apareceram quando os conselheiros mencionaram experiências advindas das suas profissões ou atividades afins, como considerações para o movimento do Conselho em construção.

Na fala do profissional médico, fica evidente que ele procura estender o trabalho do conselho a instituições a que está vinculado, propondo o direcionamento das ações para as

práticas da educação em saúde,<sup>21</sup> com atividades estendidas ou promovidas com a Equipe Saúde da Família. Expressa ainda considerações fortes para a questão da cultura popular e a fase da prevenção primária<sup>22</sup> da doença, como apresenta a citação:

*Porque a gente trabalha com a prevenção (RP, Ilha da Pólvora, observação, p.16). Como eu sou uma profissional da saúde eu tenho uma visão um pouquinho mais ampla de saúde e um pouquinho mais cuidadosa no sentido assim de não tanto brigar por alguma coisa, mas, abrir caminhos, espaços ou outras janelinhas para que as pessoas percebam que existem outras possibilidades. Não que eu ache a minha visão melhor ou pior, mas a gente acaba discutindo e saltando um pouquinho na qualidade (...) é as pessoas saírem um pouquinho da sua posição individual, tipo “está faltando dentista, eu quero dentista” e pensarem numa situação mais coletiva e mais possível, que dependa mais na comunidade. Então, ela é mais possível nesse momento do que querer um dentista, que, por um regimento, por uma lei, ele ainda não é possível (RP, Ilha da Pólvora, entrev., p.29).*

Precisamente na última frase mencionada, cabe uma relação dessa opção de trabalho do conselheiro com a referência feita aos entraves existentes que se opõem à necessidade de se ter um dentista por decisões superiores e motivos adversos (lei, regimento, orçamentos). Isso também demonstra a sua tomada de decisão frente aos empecilhos que acomodam formas secundárias de atender as necessidades da comunidade, ou seja, da não provocação de mudanças organizacionais pelas condições do momento.

Essa não provocação de mudanças parece uma vontade ou receio de não produzir um movimento reivindicatório para a Secretaria Municipal de Saúde que é o representante legal do direito público à assistência as necessidades das comunidades.

Esse mesmo conselheiro, com terceiro grau completo e pós-graduação, foi quem presidiu e agendou as datas das reuniões com maior frequência. Foi ele também que convidou dois estudantes da Universidade Federal para provocar discussões conjuntas apoiadas em conceitos de saúde, leis do SUS e dos Conselhos de Saúde (nas primeiras reuniões entre os conselheiros) e que mostrou maior facilidade nos contatos com outros setores para trabalhar num dos eventos promovidos pela articulação entre o CLS e a Equipe Saúde da Família (ESF).

<sup>21</sup> No sentido de educação em saúde – específica da Política de Educação em Saúde. Essa pontualidade será trabalhada no Capítulo II

<sup>22</sup> As Fases da História Natural das Doenças (FHND), associadas à Etiologia e Prevenção por meio da consulta a PEREIRA (1995), são: (a) *fase primária de saúde* em que são realizadas ações para evitar os riscos e agravos ou doença. Relacionada à fase inicial, de suscetibilidade da FHND; (b) *fase secundária* ou *fase pré-patogênica*, caracterizada por eventos anteriores à resposta biológica (corpo) do indivíduo; em que são importantes os estudos que caracterizem a epidemiologia para nortear as ações. Está relacionada a FHND pré-clínica (desde o início do processo patológico até o aparecimento de sinais e sintomas); (c) *Fase terciária de doença*, que trabalha com a tentativa de eliminar a doença, evitar reincidências do dano, de seqüelas e de óbitos. Está relacionada à Fase de incapacidade residual - biológicas e sociais, na FHND.

Os conselheiros representantes da comunidade relacionaram as ações do conselho com seus trabalhos, por exemplo, por meio de instituições como a Pastoral da Criança. Em meio a isso pontuavam ações diferenciadas às desenvolvidas pela ESF, do tipo manipulação de medicamentos, como aparece na fala:

*A saúde está assim: falta de remédio nos Postos, falta de remédio lá na farmácia, sabe? É muito difícil! A idéia é, na reunião do Conselho, nós trabalharmos com Posto de Saúde e a Pastoral da Criança, juntos. Nós trabalhamos com a multimistura, com a prevenção, com os xaropes caseiros, com as pomadas. É um jeito da gente trabalhar. Eu acho que vai ter que juntar a Pastoral da Criança junto pra nós irmos puxando. Porque nós temos um jeito de envolver as famílias. É mais fácil, sabe? Porque não é fácil lá no Posto: vão se pesar, aquela coisa por causa do Bolsa-Família... Ai pesa... Mas é diferente, não é 50, 70 que a gente vai pesar (RC, Orla Marítima, obs, pré-conferência p. 04).*

A práxis como fruto da atividade produtiva também pôde ser relacionada às falas dos conselheiros representantes dos usuários dos serviços de saúde no Conselho. Por exemplo, a compreensão de que o trabalho de quem está vinculado a uma instituição não voluntária possa ser direcionado ou coibido aos interesses desta. Essas colocações podem ser observadas no seguinte relato:

*Porque é muito mais fácil para alguém que não tem vínculo direto com a Secretaria [Secretaria Municipal de Saúde], fazer essa cobrança, que às vezes um funcionário fazer. Por que o funcionário, eu sei, eu fui funcionário público estadual, muitos anos, o funcionário tem aquele vínculo e tem um limite que não pode extrapolar sobre pena de virem as perseguições. Eu e os demais conselheiros que somos voluntários, nós podemos fazer essas reivindicações (RC, Molhes da Barra, obs, pré-conferência p. 22).*

Essas falas também indicam que a condição de sujeito/ator voluntário promove a liberdade suficiente para requisitar suas vontades mais íntimas. Por outro lado, a práxis desenvolvida por pessoas que possuem vínculo de trabalho pode alcançar suficiência de satisfação tão logo atenderem os requisitos básicos da instituição a que estão vinculadas. Esse seria, então, o seu limite de trabalho.

Já na práxis de trabalho, os conselheiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também apresentaram vínculo relacional com suas vontades e reivindicações propostas ao CLS. Uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), por exemplo, falou de o CLS trabalhar junto com o grupo de Saúde Mental nas práticas de gastronomia para venderem os produtos no evento da “Semana da Saúde” e, a partir do valor arrecadado, viajar com a comunidade participante (Reserva do Taim, obs, p.5). Assim como, uma ACS conselheira mencionou a falta de especialistas para o volume da demanda da comunidade do Rio Grande, em se

tratando de casos de doenças graves (RP, Ilha dos Marrinheiros, observ., Pré-Conferência, p. 10).

Elas também referiram que a ausência de Farmácia Pública 24 horas em feriados e finais de semana, faz com que as pessoas que precisam consultar nos hospitais nesses dias tenham que retornar nas segundas-feiras aos Postos, para receberem os medicamentos da prescrição médica. Nesse tempo entre a consulta médica do final de semana e a aquisição do medicamento do SUS em dias úteis, em que as pessoas ficaram sem o uso da medicação prescrita pelo médico, o diagnóstico da doença pode agravar (ata-observação, p.1).

### **Práxis e Consciência**

Em se tratando da relação entre práxis e consciência, segundo apresentação na obra *Ideologia Alemã* (2006) e também coerente com a interpretação de Gohn (1997), o termo práxis, ainda que sendo um elemento fundamental de transformação da sociedade e da natureza por meio da atividade humana, também contribui na elaboração da consciência humana. A experiência da atividade humana, que se relaciona com as condições de vida, é um elemento produtor da consciência humana, como esclarece a citação:

Os homens, ao desenvolverem sua produção material e relações materiais, transformam, a partir da sua realidade, também o seu o pensar e os produtos de seu pensar. Não é a consciência que determina a vida, mas a vida é que determina a consciência. (...) parte-se dos próprios indivíduos reais e vivos (MARX e ENGELS, 2006, p.51).

Considerando que o conteúdo da consciência não é um elemento em todo e puramente identificável: ora por considerar que a linguagem é um mediador entre o sujeito e o mundo (externo) e como mediadora não expressa todo o sujeito; ora porque a linguagem e a própria consciência não são puras, não tivemos a ingenuidade de diretamente identificar a categoria nos relatos dos indivíduos da pesquisa.

A precaução se deu pelo entendimento de que, mesmo Marx e Engels, embora não designadamente estudiosos das questões psicológicas, já identificavam que nem toda a fala condiz com a expressão fidedigna da consciência. Segundo eles:

Podemos verificar que o homem também tem consciência. Mas, assim mesmo, não significa consciência “pura”. Desde o começo pesa sobre “o espírito” a maldição de estar “contaminado” (...) de linguagem. A linguagem é a consciência real, prática (...) surge como a consciência da incomplitude, da necessidade dos intercâmbios com os outros homens (...). A consciência, conseqüentemente, desde o início é um produto social (...), mera consciência

do mundo sensível mais próximo (...); ao mesmo tempo é consciência da natureza que, a princípio, aparece aos homens como uma força completamente estranha, onipotente, inexpurgável, (2006, p.56).

Contudo, apreciando a relação que os autores explicam, entre a atividade humana e a formação da consciência, usamos, como estratégia de análise das entrevistas, a tentativa de encontrar indicações relacionais da categoria “consciência”, considerando o todo dos discursos das diferentes perguntas e com menor valorização das respostas primeiras.

Esta consideração permitiu uma melhor leitura dos fenômenos e desvios que se apresentavam em ímpetos, em meio aos primeiros discursos aparentemente pré-conformados, como sugere a citação:

A consciência, conseqüentemente, desde o início é um produto social (...), mera consciência do mundo sensível *mais próximo* e consciência de uma interdependência limitada com as demais pessoas e coisas que estão situadas fora do indivíduo que se torna consciente; ao mesmo tempo é consciência da natureza que, a princípio, aparece aos homens como uma força completamente estranha, onipotente (...) (MARX e ENGELS, 2006, p.57).

Se, por um lado, há certo constrangimento em trabalhar a categoria “consciência”, por outro, sendo a linguagem uma mediadora real e prática da consciência dos indivíduos, ela é também o instrumento de intercâmbio pelo qual esses indivíduos reconhecem uns aos outros. Sendo assim, a linguagem é provocativa das relações sociais e, então, passível de ser relacionada como “consciência exterior”, ainda que “uma consciência” não tão autêntica. No mais, sendo a linguagem analisada em meio às ações dos indivíduos, essa parcial fidedignidade pode ser considerada maior.

Embora as práticas de trabalhos profissionais ou afins tenham produzido significativas peculiaridades, expressas nas diferentes propostas de operacionalização do CLS em estudo, como abordamos no texto “práticas produtiva” anteriormente, ao indagarmos sobre as concepções entre as relações ‘saúde, ambiente e educação’, foram anunciadas interpretações bem similares pelos sujeitos.

Em princípio, isso poderia ser indicativo de um caminhar linear para uma representação de grupo e produção da saúde de modo corrente. As semelhanças nas concepções da relação entre saúde, ambiente e educação podem ser exemplificadas com a seguinte fala:

*Acho que uma não vive sem a outra. As três estão juntas e eu diria assim: A saúde é uma engrenagem. Eu acho que a saúde é uma coisa importante, porque ela dá a possibilidade de trabalhar, de produzir, de viver, de construir uma família, de construir uma profissão. Então, tu não tendo saúde, tudo isso vai ficando mais difícil*

*ou ausente. E o ambiente, ele favorece que tu tenhas ou não saúde. Como vai ser essa saúde. E a educação te dá essa possibilidade de perceber situações saudáveis ou não, de um ambiente saudável ou não. Então, realmente está tudo ligado (RP, Ilha da Pólvora, entrev, p.34)*

Ao referirem que “tudo interfere na saúde”, ou “tu não tendo saúde, tudo isso [de trabalhar, de produzir, de viver, de construir uma família, de construir uma profissão] vai ficando mais difícil ou ausente”, a saúde está interpretada com um sentido mais amplo, em que as manifestações no corpo físico dos indivíduos estão relacionadas também com as manifestações socioambientais expressas pela educação, pelo ambiente e pelo trabalho.

Em coerência, ao serem estimulados a falar sobre o que a comunidade precisaria para a melhoria de sua saúde, na proposta da articulação entre ‘saúde, ambiente e educação’, eles demonstraram a necessidade de mudanças socioambientais aditadas à educação popular, o que entendemos por preferências de ação voltadas à Promoção da Saúde<sup>23</sup> comunitária.

Apontaram a recessão que o país enfrenta, o desemprego, a fome, a falta de saneamento e moradia, e a presença de doença na comunidade junto à necessidade de educação da população, como apresentamos:

*Uma saúde principalmente que entra nessa parte financeira, porque aí vem a dificuldade das pessoas de não conseguir emprego. Acoplado a isso também, nós temos o problema da população que se desenvolve muito rapidamente e hoje crianças com outras crianças no ventre. Nós temos pessoas que cozinham cabeça de peixe para dar aos filhos, isso na infância! Pessoas cozinham jornais para ter uma substância. É uma realidade que não podemos fugir. Falta geração de empregos, precisaria um plano socioeconômico para acabar com esta recessão que o país enfrenta. Que todo mundo tivesse trabalho (RC, Molhes da Barra, entrev, p.14).*

*Eu acho que seria mais a questão social, a questão de ter emprego. Acho que isso é fundamental, ter emprego e ter educação. Porque a gente...Assim... As pessoas têm ali o posto com o profissional, mas e a casa como é que está? A casa tem buraco e aí chega no inverno e entra frio, entra chuva e aí fica mais doente e não tem aquele saneamento, tem mais diarreia, tem mais verminose. Então, o que precisa? É emprego para eles terem condições de ter uma moradia mais adequada, e ter uma infraestrutura por parte do município (RC, Ilha da Pólvora, entrev., p.27)*

*Olha, pra melhorar temos que mudar esse sistema que está aí. Faz anos que está nesse sistema, nisso que está Rio Grande, “a saúde tá uma maravilha!”. Então a gente tem que ver, porque dinheiro a gente sabe que vem pra cá, pra isso. Mas, não vamos culpar só o sistema! Mas assim, as pessoas serem educadas, também. Da*

<sup>23</sup> Candeias (1997, p. 210) define Promoção da Saúde como “uma combinação de apoios educacionais, ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde”. Ela distingue ainda a confusão que existe entre Promoção da Saúde e Educação em Saúde. Em CANDEIAS, Nelly M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev. Saúde Pública, 31 (2) : 209-13, 1997. Já Czeresnia distingue o conceito de Promoção da Saúde e Prevenção da Doença, também em muito confundidos pelos próprios profissionais da área da saúde. Em: CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. Cad. Saúde Pública. [online]. out./dez. 1999, vol.15, no.4 [citado 21 Junho 2006], p.701-709. Disponível na World Wide Web: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000400004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000400004&lng=pt&nrm=iso) . ISSN 0102-311X

*prevenção, pra não esperar adoecer pra depois procurar os postos e hospitais e tudo. Porque se vê muitas sacolas plásticas no meio da rua. Até graças a Deus que tem essas garrafas pet, porque reciclam, porque ganham um troquinho! É isso que a gente tem que vê (RC, Orla Marítima, entrev., p.02).*

Como observamos, na alusão do que seria necessário para melhorar a saúde da comunidade, os conselheiros indicaram situações impróprias ao provimento da saúde e dependentes da cooperação de outros setores e instâncias, como da infraestrutura por parte do município, de um plano contra a recessão, de mudanças no sistema.

Os limites ou barreiras à práxis de trabalho foram relacionados aos instrumentos de trabalho dependentes da gestão política em instâncias maiores, da intersetorialidade e das condições de vida da comunidade, principalmente socioeconômicas<sup>24</sup>.

Além disso, também pareceu haver certo constrangimento por parte do CLS em solicitar as medidas de infra-estrutura porque relacionam problemas como estes, para além da potencialidade de resolução da instância municipal, como dito:

*Até nós mesmos poderíamos ir direto à Prefeitura porque, como conselheiros, a gente poderia ir lá e dizer: “Olha, nós temos uma família carente. Não tem um vaso sanitário, não tem uma fossa, não tem um banheiro, tapam uma patente nos dias de hoje”. Então quer dizer, seria mais fácil. Mas, não é uma família, são várias famílias! Então, como conselheiros, às vezes me sinto um pouco impotente porque não tem como, sabe? Seria uma coisa muito grande, eu acho, pra Prefeitura fazer, porque não seria uma, nem duas famílias, seriam várias famílias.(RC, Cassino, entrev, p.52).*

Apresentada essa retratação, ao serem indagados de como eles próprios, na função de conselheiros, pretendiam desenvolver as ações em saúde por meio do CLS, outras propostas de ação substituíram as propostas que dependiam de outros setores e sistemas; propostas tidas até então nos termos da Promoção da Saúde<sup>25</sup>.

Os conselheiros representantes do segmento da comunidade, por exemplo, voltaram-se às fiscalizações de horários de profissionais e às reivindicações do tipo atendimento odontológico. As falas indicam ações no sentido da assistência ambulatorial da unidade de saúde para compensar esse estado de carência instalado, como apresentam, respectivamente, os depoimentos:

*(...) se tivesse aquele Posto de Saúde do bairro com gabinete odontológico que funcionasse, tivesse aí um profissional para atender, eu acho que tudo isso viria em*

<sup>24</sup> Essa questão das barreiras ao desenvolvimento do trabalho será discutida posteriormente na categoria solidariedade.

<sup>25</sup> Advertimos que a promoção da saúde tem um conceito flexível e móvel no tempo o que permite o reconhecimento de que os agentes promotores da saúde de uma comunidade não sejam os mesmos concebidos ou adequados para outra comunidade. Há o reconhecimento da questão da subjetividade em sua operacionalização. No caso da representação da comunidade pelos conselheiros da pesquisa eles referiram tais agentes citados, mas a consulta à comunidade é extremamente indispensável.

*benefício da saúde. É o que nós esperamos um dia que alguém tenha consciência que realmente saúde é fundamental(RC, Molhes da Barra, entrev, p.163).*

*A alimentação da gente é muito fraca, muito deficiente, justamente pela estrutura financeira que corta a gente, se torna deficiente! Eu acho que tudo isso implica bem na saúde. Mas também, tendo a estrutura aqui do Posto de Saúde, como a gente tem, eu acho que a gente já está balançando um pouco essa saúde da gente (RC,Cassino, entrev., p.41)*

A estrutura da assistência técnica e curativa da doença, pela fala acima, indica ser um recurso conseqüente à falta de alimentação adequada da população. A fala expressa a experiência do conselheiro de que há uma relação proporcional entre a inadequada alimentação e o aumento da procura pelo atendimento clínico- assistencial no campo da saúde.

Identificamos que, frente ao reconhecimento das dificuldades de se modificar situações como as referidas nas falas anteriores, ora concebidas como soluções para a melhoria da saúde da comunidade, os conselheiros que a representam passaram a valorizar medidas curativas da saúde.

A partir desta constatação de limites para as ações em saúde, diferentes e secundárias considerações e interesses de ação passaram a ser defendidos dentro do mesmo grupo de trabalho. As distintas características das propostas das ações que analisamos anteriormente com a categoria *práxis produtiva* voltaram a aparecer como alternativas de trabalho.

Os discursos dos segmentos dos usuários dos serviços da saúde, então, são desviados e direcionam-se à concepção da saúde fisiológica que, para eles, por ter uma objetivação, torna-se mais concreta à prática da reivindicação junto ao CLS. Segundo pensam:

*Saúde, ambiente e educação, está tudo na nossa vida; o na nossa casa. Se não tiver saúde, como é que tu vai ter educação e o ambiente? Se não tiver o ambiente, como é que vai ter a saúde e a educação? Só que fica essa coisa frustrante, porque tu não consegue... Na saúde, até assim, qualquer problema eles correm para a unidade, ou vão pra lá, vão pra cá. E já a educação e meio ambiente, já é uma coisa mais difícil. É bom que isso funcionasse tudo junto, mas é muito difícil. Nem Jesus Cristo conseguiu fazer. Imagina nós!(RC, Orla Marítima, entrev., p.12)*

Por parte do conselheiro médico, contudo, houve certa linearidade discursiva sobre a operacionalização das ações na relação “saúde, ambiente e educação” para a melhoria da saúde da comunidade, mesmo com a identificação das barreiras de trabalho, como se pode observar:

*Fizemos esse mutirão contra dengue que foi exatamente por se aproximar o verão, porque o verão ele está se tornando mais longo no município, e a gente saber que o mosquito é um mosquito urbano, fica perto das casas e a nossa condição de falta de educação, falta de hábitos, de estar cuidando do lixo que a gente produz...Porque no caso, eu pensei como profissional da saúde, levei ao conselho, como conselheira*

*também, e o conselho participou receptivo à idéia (RP, Ilha da Pólvora, entre., p.26 e 32)*

Esse conselheiro conseguiu ficar aquém das barreiras do trabalho que projetava desenvolver por meio do CLS, porque propôs ações com ênfase nos aspectos da Educação em Saúde e Prevenção da Doença na comunidade. Ele relacionou a saúde da comunidade com as práticas educacionais relativas aos cuidados com a saúde que devem ser tomados individualmente e no âmbito familiar. Segue a fala que responde como o conselheiro vê a saúde da sua comunidade:

*Eu vejo ela [a comunidade] assim: eu acho que existem diferenças dentro da própria comunidade. Então tem pessoas que são mais educadas. Elas se cuidam mais, procuram mais, querem prevenir, são mais atuantes quanto a sua própria saúde e da saúde da sua família. Em contrapartida, tem outras pessoas que não têm esse mesmo entendimento. Então tu tem que buscar mais, ir mais atrás dessa pessoa e, muitas vezes, até a orientação que tu passa tu vê que ela não penetra na pessoa (RP, Ilha da Pólvora, entre., p.26).*

Essa fala indica o reforço da importância da Educação em Saúde como um instrumento para promover a saúde. Relacionamos a manutenção de seus discursos com a satisfação de dispor de um instrumento próprio da prática profissional, a educação em saúde, como preferência as medidas com caráter mais reivindicatório e imediatista.

Identificamos ainda que, embora em entrevista todos os conselheiros tenham relacionado que, para a melhoria da saúde da comunidade seriam necessárias ações características da Promoção da Saúde, eles não chegaram a debater um modo de tornar essas ações viáveis por meio do CLS, optando por alternativas secundárias comentadas anteriormente. Uns, para as práticas preventivas e educacionais; outros, para as curativas e reivindicatórias.

Algumas considerações particulares e vivências foram observadas nas reuniões e falas dos entrevistados como justificativas para as escolhas das distintas características de trabalho. Os conselheiros representantes dos usuários do serviço, ainda no questionamento de como visualizavam a saúde da comunidade, freqüentemente dispensaram frases da existência da doença e das necessidades básicas não atendidas, como a seguinte:

*É que, um pouco também é a alimentação e falta de esgoto nas casas. Como eu, tem gente que aqui na volta ainda vive em estado pior. Isso tudo, a alimentação... e também de tu também não saber, que infelizmente tem muita gente que não sabe nem manusear com a alimentação. Tudo isso também acarreta muito nos problemas de saúde. Só que aí a gente, claro, vem aqui no Posto e encontra uma estrutura boa pra atender a gente. Já dá uma balanceada (RC, Cassino, entrev, p.42).*

As prioridades para as ações de produção da saúde na voz dos conselheiros representantes da comunidade no CLS foram relacionadas às condições de sobrevivência e ao reconhecimento do diagnóstico de doença e carências instaladas na comunidade.

Os pesquisados relacionaram que a presença da doença e das carências comunitárias é mais ou menos sentida nas projeções das ações para o trabalho no CLS, segundo o vínculo tido por pertencer ou não à comunidade.

*(...) mas o pessoal morar na comunidade é outra coisa muito importante! Você morar na comunidade que você conhece, como é o caso das Agentes de Saúde. Todas as Agentes coabitam a comunidade onde servem. Isto é meio caminho andado! Então, a conscientização das pessoas, a busca incessante para que as pessoas venham para o nosso lado (RC, Molhes da Barra, entrevista, p.19).*

*O conselheiro é uma pessoa que tenha tempo disponível; que tenha disponibilidade; que queira mudanças na comunidade; que esteja pronto a ajudar; que seja consciente dos problemas da comunidade. Uma pessoa que viva na comunidade e que sinta esses problemas, que veja isso. Porque uma pessoa que vem de fora não identifica. Pode olhar uma pessoa e dizer: Mas que imundice essa casa, que sujeira, que gente relaxada. Mas tu não sabes do problema que aquela pessoa está vivendo. Que a sujeira, aquilo ali é o mínimo que está incomodando ela no momento (RP, Reserva do Taim, entrevista, p. 57).*

O não residir na comunidade foi também identificado como um limite de satisfação das necessidades das ações dos conselheiros e da sua doação voluntária ao trabalho. Ora, satisfação suficiente por ter ao menos em parte atendido a práxis do trabalho pessoal ou profissional, ora insuficiente pelo sentimento de não ter atingido a satisfação das necessidades essenciais da comunidade a que pertence. Como exemplo disso:

*Para isso nós representamos a comunidade, porque as Agentes de Saúde, por exemplo, que elas também são do Conselho, elas já fazem isso. Só que elas já são capacitadas pra fazerem aquilo ali. Nós da comunidade somos livres. Nós somos voluntários, nós somos livres (RC, Orla Marítima, entrev, p.18).*

O limite na doação às ações do CLS pode ser relacionado à ausência de alguns conselheiros sujeitos da pesquisa por ocasião da Pré-Conferência Municipal de Saúde, que ocorreu num dos bairros da sua ambiência. O evento sucedeu em data e horário divergentes do trabalho do médico conselheiro, fato que pode explicar sua ausência. Na oportunidade, participaram dois representantes do segmento dos usuários (RC, Molhes da Barra e RC, Orla Marítima) e duas ACS (RP, Ilha dos Marinheiros e RP, Reserva do Taim), ambos residentes na comunidade.

É importante salientar que o profissional médico também comentou sobre as carências econômicas da comunidade, demonstrando conhecer a população que atende e se sensibilizando com a sua situação. Entretanto, as barreiras no desenvolvimento das atividades

não foram suficientes para desmotivar o seu trabalho, porque encontrou um modo de fazê-lo na ênfase na educação em saúde, conforme revela:

*Eu ficava muito preocupada da coisa ser feita de uma maneira abrangente. Isso tudo foi um processo que tu não aprenderes na universidade, que não faz parte da tua formação, mas que tu tens que desenvolver porque é o teu querer e é o querer dentro do sistema em que tu trabalha. Então, tu quer aquela realização e tu vais atrás, mas tu não tens instrumento (RP, Ilha da Pólvora, entrev, p.26).*

De certo modo, essa satisfação deu-se porque as ações que ajudou a desenvolver junto ao conselho estavam em meio às ações promovidas pela ESF e satisfaziam os seus desejos e do seu trabalho (sistema).

Uma conselheira ACS também referiu dificuldades do desenvolvimento de práticas de Educação em Saúde com a comunidade, assim como mencionou o profissional médico. Só que, atentando para parágrafos posteriores de sua fala, podemos relacionar as dificuldades de interesse no conhecimento por parte da comunidade de modo proporcional ao seu estado de carência. Observamos essa relação na seguinte resposta:

*Da minha comunidade? Olha, ela [a saúde] é razoável, porque eu trabalho numa microárea. Então, a minha microárea é uma das melhores em relação ao meio ambiente, à saúde. Não procuram muito o Posto, porque não têm muitos problemas de saúde e os que eles têm dá para sanar, porque não é uma microárea de risco onde eu trabalho. E pensando na comunidade toda, que é de risco, eles querem tudo para este momento, tem que ser tudo direcionado a eles. E aí, com a conversa, tu vês que eles não dão um tratamento pra ti estar conversando, explicando. Às vezes, eles deboçam do que tu estás dizendo: “Isso interfere na saúde, esse lixo que está aqui na frente”. Mas, aí eles acham que isso é bobagem. Eles estão interessados no que eles querem. Eles têm interesse do que eles precisam (RP, Ilha dos Marinheiros, entrev, p.34-5).*

Para os moradores da microárea de risco, a questão da prevenção da doença em fase primária e da educação em saúde indica não serem satisfatórias por si só, na produção da sua saúde e eles passam a pontuar o que eles precisam, sejam medidas individuais, pontuais e curativas.

Em meio às falas que caracterizaram o modo de pensar e agir dos sujeitos de pesquisa, por meio da interpretação das categorias práxis e consciência, visualizou-se que os conselheiros representantes da comunidade freqüentemente dispensaram frases de desânimo em relação a uma lacuna que fica entre o que gostariam e precisariam fazer, e o que conseguem ou podem fazer. Pouco se determinaram, porque perceberam que as ações que a princípio poderiam ser feitas com os instrumentos que dispõem, teriam pouca resolução. Como exemplo dessa interpretação, apresentamos a seguinte conclusão:

*Aí preocupa bastante. Aí é uma parte muito difícil. A gente até se emociona falar nisso. Eu lidei uma vida toda com a comunidade de Rio Grande e sou capaz de te descrever a nossa comunidade aqui, e ruas e locais, de olhos fechados. Então sempre, a tragédia, a própria violência, ela está estampada na comunidade mais carente, porque, às vezes, aquele que não tem um pedaço de carne para oferecer ao filho, ele costuma comprar cachaça, e espanca mulher e filho... É um problema grave, muito difícil de resolver. Somente, volto a enfatizar, acabando com esta recessão e gerando emprego. O conselho, o que fazer nesse campo? Sempre se pode fazer alguma coisa, se pode no mínimo confortar essas pessoas (RC, Molhes da Barra, entrev.,p.23).*

Em outros momentos, esses conselheiros expressaram frases indicativas de estarem tentando aceitar esse potencial de dificuldade no desenvolvimento da produção da saúde por meio de um CLS e de como explicariam isso à população a qual representam e com a qual convivem:

*Mesmo que se diga não, mas pelo menos, se tem uma resposta e seus motivos (RP, Reserva do Taim, obs., p.4).  
Porque até para dizer um não para uma pessoa, existem maneiras de você dizer. (...) Estou te dizendo um não, da mesma forma, mas de maneira mais delicada. É um jeito de fazer com a comunidade, por exemplo (RC, Molhes da Barra, entrev, p.19).*

Foi constatado também, que a pressão do mandato de representar a comunidade motiva os conselheiros às reivindicações imediatistas, porque por meio delas têm a oportunidade de fazer algumas atividades objetivas: (...) *eu estou preocupada, porque agora em novembro já termina o nosso tempo (RC, Orla marítima, entrev., p.3)*

Observou-se, junto a essas situações, que muitos conselheiros, frente às dificuldades de realização das atividades de suas preferências, cederam ao desenvolvimento de atividades propostas pelo segmento dos profissionais da saúde, causando a impressão de um trabalho em conjunto. Nesse ceder, ausentaram-se ou apenas colaboram passivamente com as ações, como também foi identificado em fala, tal como:

*A teoria é muito legal. Ali, na reunião, mas sai dali não se põe em prática. Até teve a campanha contra o mosquito da dengue, só que eu não pude ir, mas aí...Depois teve um filme, que a doutora botou, aí eu fui também (...) teve uns meninos que foram. Aí tiraram fotos (...) aí foram embora e o filme ficou rodando (...) Então, quer dizer, ficou nós vendo o filme! (RC, Orla marítima, entrev., p.5).*

Em contribuição às declarações de apatia, mencionaram queixas que poderiam ser associadas à falta de empatia ou entrosamento entre comunidade e demais trabalhadores de outras instituições/serviços. Ou entre os prestadores de serviços e aqueles para quem os serviços são prestados. Como exemplificamos com a queixa:

*Aqui no [Bairro B] a situação é muito precária, principalmente agora na época do camarão, que as pessoas iam ganhar um dinheirinho; mas não vai dar camarão, por causa do nosso meio ambiente do jeito que está! Porque tem lixo na beira da praia. Se tu fores ali tu vai ver: é o lixo. O lixeiro vem buscar o lixo, mas larga nas esquinas, os cachorros rasgam tudo, depois está tudo aí! [foto c] Agora a gente reclama lá e eles dizem: “Ah, mas as pessoas que são relaxadas”. Até tem pessoas relaxadas, não vou dizer que não. Pessoas relaxadas, pessoas que não cuidam do meio ambiente. Mas o lixeiro também? Aqui, na praça mesmo, eles fizeram a praça, (...) e o próprio município me faz uma lixeira e não abre... Ah! eu, falei. Vieram e abriram uns buraquinhos...(RC, Orla marítima, entrev., p.1-2)*

*É aquilo que eu lhe dizia, se construiu uma pracinha, (...) também melhorou o ambiente, sim, sim... Mas, o problema que existe nessa comunidade é a miséria; a fome! Aqui onde a gente vive. Não sei se já teve a oportunidade, Nadia, de andar ali naquela zona ribeirinha junto à lagoa? Ali é uma miséria, uma pobreza, pessoas que vivem não sei como?! Isso melhorando, melhora o ambiente, melhora o astral e principalmente a autoestima das pessoas. Mas, é uma realidade que não podemos fugir (RC, Molhes da Barra, entrev, p. 23).*

A interpretação das falas e das observações de pesquisa, em relação à categoria práxis e consciência indicou que as mudanças socioambientais, de caráter estrutural conciliadas a educação, que foram mencionadas como necessidades de serem trabalhadas pelo CLS, foram sendo substituídas no decorrer dos discursos e trabalhos por ações preventivas e educativas do tipo autocuidado e higiene, tidas como trabalhos possíveis de serem feitos.

### **Solidariedade e a Relação Individual/Coletiva**

A solidariedade, para Marx, tem o sentido do apoio que vincula os indivíduos entre si aos interesses e às responsabilidades de um grupo social. Ou seja, é coerente a empatia social.

Gohn (1997) adverte que, na referida obra, *A Ideologia Alemã* (2006), *solidariedade* não aparece como um dom natural imanente à natureza humana, mas sim produzida no interior das unidades produtivas, a partir das experiências comuns compartilhadas:

*A solidariedade citada por Marx refere-se a uma relação social, com os mesmos interesses, e deveria estar voltada para um dado objetivo: a emancipação dos trabalhadores. Ao destacar a ausência daquela relação, como fator impeditivo da realização daquele objetivo, Marx demarca a solidariedade como uma relação social a ser construída, no caso, no interior das unidades produtivas, a partir das experiências comuns compartilhadas. Não se trata de um dom natural, imanente à natureza humana (GOHN, 1997, p.178).*

Complementa a autora que Marx indicava a falta de solidariedade entre os indivíduos como um dos fatores impeditivos da promoção das forças coersitivas-sociais dos trabalhadores. Para ele, no manifesto inaugural e nos estatutos provisórios da Internacional dos Trabalhadores (1864), todas as tentativas de emancipação econômica fracassaram, ainda

que todos os movimentos tenham tido a mesma finalidade, “por falta de solidariedade entre os múltiplos setores do trabalho em cada país e pela ausência de um vínculo fraternal entre as classes trabalhadoras dos diferentes países” (p. 178).

Na obra, Marx e Engels (2006) relacionam haver dificuldades dos laços de solidariedade, quando os interesses *individuais/família* são divergentes dos interesses da *coletivo/sociedade*. Os autores deixam subtendido também que, nesse dado sistema posto, seria uma ilusão acreditar na empatia e solidariedade coletivas e espontâneas para além dos interesses individuais/familiares, pois a produção dos sujeitos para a sobrevivência do mercado encontra suporte na competição.

Os Conselheiros Locais de Saúde, sem exceção, mencionaram que os instrumentos efetivos para promover a saúde da comunidade estão dependentes da *solidariedade* de outros. Essa solidariedade foi apontada como meios e dificuldades de desenvolvimento das ações.

Os conselheiros desta pesquisa enfatizaram a necessidade de atrair a comunidade por meio de assembléias e eventos para entender as carências e sugestões da população a quem representam.

Dos motivos comuns encontrados para a dependência de outros setores no desenvolvimento das ações de saúde por meio do CLS apareceram a extensão do conceito de saúde e a insuficiência dos instrumentos de trabalho disponíveis pelos conselheiros no âmbito dos bairros representados, como apresentamos pela fala do profissional médico:

*Eu acho que a dificuldade é exatamente a extensão que saúde ambiente tem, porque, se fosse pequenininho, a gente podia fazer melhor, mas eu acho que assim nós precisaríamos de que? De usar da intersectorialidade, que entraria num dos instrumentos. Como foi difícil a gente conseguir um caminhão da Secretaria de Serviços Urbanos para estar junto com a gente no mutirão. Se gente vai cuidar do bicho-do-pé, se tem que ter a Zoonoses para ir lá, a Vigilância Sanitária colocar o veneno. Então, o Conselho precisa ter esses braços para agir. Como, por exemplo, tem conselheiro que está na Pastoral, tem conselheiro que está no Posto de Saúde e ele pode estar atuando desta forma. São vezes que estão falando e que estão sendo espalhadas (RP, Ilha da Pólvora, observação, p.32).*

Ao mesmo tempo em que a citação indica que as atividades em saúde ficam dependentes dessa integração, ela mantém uma concepção de saúde no campo da saúde pública, ou seja, do conceito de intersectorialidade no SUS. Nesse sentido, existe também uma redução do conceito de saúde para o campo da saúde pública do Estado.

Como apresentamos em parágrafos anteriores, a limitação das ações pelo arranjo dos instrumentos de trabalho provocou a substituição do empenho coletivo dos conselheiros no desenvolvimento de trabalhos de promoção da saúde para trabalhos com caráter secundários.

Por essa limitação, também existiu um confrontar entre prioridades de ações preventivas geradoras *versus* ações imediatistas reivindicatórias em saúde no Conselho em estudo. Por exemplo, em uma reunião dos conselheiros, dois representantes da comunidade mencionam a necessidade de se reivindicar um dentista para a Unidade de Saúde e o profissional comenta que:

*O conselho deve ser visto não somente como órgão fiscalizador, mas um instrumento para fazer as coisas acontecerem pela comunidade. Se queremos dentista, devemos pensar primeiro se não seria mais produtivo trabalharmos na prevenção da cárie tendo escovódromos nas escolas, no Posto, e as escovinhas e cremes(RC, Ilha da Pólvora, Observação, p.4)*

Pelas diferenças de prioridades e vivências, o caráter das ações propostas por alguns conselheiros não satisfaz os desejos de outros. Algumas ações concordadas pelo grupo não contemplaram a individualidade de alguns conselheiros, mesmo que as ações tenham sido dirigidas ou propostas ao coletivo da comunidade. Alguns enfrentamentos nos modos diferenciados de se priorizar as ações de saúde expressaram-se em frases de estímulos a agrupamentos por interesses, como podemos notar:

*O Posto agora é da comunidade. É mais fácil as pessoas chegarem até os representantes da comunidade para fazerem seus comentários do que virem ao Posto (RC, Orla Marítima, obs, p.2). Penso que nós [representantes da comunidade] sejamos porta-voz daquilo que muitas vezes não tinha um espaço para isso (RC, Molhes da Barra, obs, p.3).*

Em diferenciação, os ACS aparecem com manifestações intermediárias a essas diferenças por suas posturas de minimização dos conflitos e intermediação de opiniões entre profissionais da saúde e usuários dos serviços de saúde. A ACS *Reserva do Taim* comentou que o salário dos profissionais é tão baixo que fica difícil conseguir profissionais como dentistas para trabalharem em turno integral no Posto pelos baixos valores dos salários ofertados (Obs, p.3). A ACS *Ilha dos Marinheiros* referiu que a participação dos representantes da comunidade no conselho ajudaria inclusive nas críticas sobre o trabalho das ACS, porque seria desconfortável se esse tipo de comentário fosse encaminhado por um colega de trabalho, a pedido da comunidade (Obs, p.2).

Observou-se em tempo de pesquisa, algumas menções a mecanismos de defesa e articulação de segmentos por interesses semelhantes, o que poderíamos associar um principiar de consciência coletiva frente ao sentimento de intimidação interna. Em alguns momentos pareceu haver certo distanciamento maior ainda entre os segmentos que compõem o CLS,

como exibe a frase: “O importante é nós três [representantes da comunidade] nos entendermos antes de chegar ao conselho; temos que ter união”(RC, Orla Marítima,, obs, p.2).

Porém, também visualizaram-se momentos em que, frente aos sentimentos de enfrentamentos externos que o CLS poderia vir a encontrar, percebia-se que o “grupo” desenvolvia temporariamente uma aparente coletividade ou coesão interna que caminhava para sua organização, como um modo de fortalecimento.

Numa das reuniões entre os conselheiros, por exemplo, o profissional médico diz que tanto a distância geográfica como o número de consultas no Posto prejudicavam o trabalho das visitas comunitárias. A presidente comenta, então, que é função do Conselho explicar para as pessoas que as visitas domiciliares são prioridades para acamados ou com problemas especiais e que os eventos do CLS poderiam ser marcados em datas e horários de trabalho dos profissionais da saúde para que evitem maiores desgastes. Partes desses diálogos encontram-se a seguir:

*Se tiver cinco famílias por Agente de Saúde no dia para visitar, acabamos sempre escolhendo uma de prioridade (RP, Ilha da Pólvora, obs., p.7).*

*Para participar da conferência de saúde, temos que estar com o regimento interno pronto e temos que estar preparados para as queixas da falta de visitas. Nós [conselheiros da comunidade] podemos ajudar para dizer para as pessoas que vocês [profissionais] têm que se priorizar a ida nas casas de quem está acamado e não consegue vir até o Postinho. Deveríamos marcar os eventos nas datas de trabalho de vocês da saúde: Ora! Vocês trabalham a semana toda e ainda marcar para o sábado? Vocês também têm família - e a saúde mental de vocês?(RC, Orla Marítima, obs., p.7).*

Determinadas reuniões do Conselho foram consideradas como de grande motivação ao trabalho, contribuindo para os momentos de aparente coletividade do grupo, conforme anunciado:

*A grande dificuldade que nós encontramos foi que nós pegamos algo só com o terreno. “Construído” não tinha absolutamente nada. Tivemos que procurar subsídios e apoio para a confecção da caminhada, para a elaboração das normas, do regimento. Mas também o grande lado positivo foi o empenho das pessoas nas discussões para elaborar os documentos, sobre como seria esse Conselho. Estas coisas nos dão força e vontade para trabalhar, porque a gente vê que não está só (RC, Molhes da Barra, entrev, p.20).*

Esses momentos de coletividade foram observados como motivadores da calmaria dos conflitos. Não havendo o conflito, não há também a transparência de idéias necessária para a coesão de grupo. Com isso, dificilmente se precipita uma consciência de grupo:

*Às vezes, o que a gente acha que está certo, outras pessoas acham que não está certo dentro do Conselho. Porque a gente acha que tem que tomar um rumo para um lado, tem algumas pessoas que diriam que não (...) mas o que a maioria decidir é o que vai*

*ser feito. Mesmo eu sendo contrária àquilo, eu não vou me negar a tá fazendo. Mas outros conselheiros eu não sei se eles vão fazer da mesma maneira como eu faço: Vou fazer mesmo sendo contrariada, mas têm alguns que não fazem contrariados (RP, Ilha dos Marinheiros, entrev., p.37).*

Além das dificuldades enfrentadas na relação entre os conselheiros e no desenvolvimento de projetos que motivassem a todos para seu desenvolvimento, apareceram falas que expressaram o sentido de que a falta de entusiasmo para a vida e para a participação também são características estampadas na comunidade.

A “aparente situação de conformação” da comunidade mostrou dificultar a aproximação dos conselheiros para tratar de assuntos como educação em saúde, sendo isso desenvolvido por pessoas que também são da comunidade:

*Aqui se eles têm uma patente ainda, está tudo bem! Se a casa não tem chão, está tudo bem! E isso tudo implica na saúde das pessoas. Dá pra viver? Dá pra viver. Mas dá pra viver em que condições? O que isso vai acarretar? Porque eu sei que as condições financeiras cortam a gente; que nem eu ali em casa. Eu não gostaria de ter aquele banheiro na rua, mas as minhas condições financeiras até hoje me levaram a continuar com aquele banheiro ali. Só que a gente está tentando evoluir. Mas eles não têm essa visão e não adianta falar. Eu costuro para fora, então eu tenho esse dom de falar, falar. E então, quando começo a falar com alguém, as pessoas acham que eu estou querendo me exhibir, que eu estou querendo me aparecer (RC, Cassino, entrev., p.42).*

Essa aparente conformação da comunidade foi associada com a ausência da perspectiva ou motivação para a melhora de suas condições de vida, como mostra a fala de um ACS:

*(...) até as pessoas que eu encarava assim como relaxadas para cuidar da casa, dos filhos; mulheres que ficavam sentadas o dia todo tomando chimarrão, fumando e se lamentando da vida. A gente tem essa visão de pessoa malandra, preguiçosa, que não quer trabalhar e fica lá sentada se fazendo de coitada. Mas aí, depois do curso [convive.], eu mudei a minha visão. Eu vi que elas não têm perspectiva de melhora; eles olham para um lado, olham para o outro eles não vêem nada na frente deles. Eles perdem as forças de lutar, se acomodam naquilo ali e terminam alguns ficando doentes mesmo. Fisicamente, vem a diabetes, o colesterol. A gente começa a observar que é uma consequência; e os filhos vão pelo mesmo caminho (RP, Reserva do Taim, obs, p. 54).*

A fala anterior parece indicar a relação entre a saúde e o contexto socioambiental em uma visão determinista, no sentido da ocorrência ininterrupta de um ciclo contínuo. Essa visão também foi identificada em outras falas. Ao invés do reconhecimento da relação, há um entendimento de sucessão. Essa visão pode causar certo sentimento de impotência, portanto dificultar a tomada de atitudes que interferem nessa sucessão, para os que a veem assim.

## Solidariedade Externa

Atribuímos à ‘*solidariedade externa*’ as relações institucionais, setoriais, voluntárias e humanas, as quais compartilharam no crescimento ou retraimento do processo de produção da saúde e construção do CLS em estudo.

A organização e coesão de grupo não é um fato isolado. Suas relações tanto internas como externas influenciam-se mutuamente. Nesta observação podemos fazer uma analogia entre o grupo representativo do CLS com o que Marx e Engels (2006) compreendem pelo relacionamento entre nações:

As relações entre as nações estão condicionadas pelo estado de desenvolvimento de cada uma delas no que diz respeito às forças produtivas, à divisão do trabalho e o intercâmbio interno. Esse princípio é universalmente reconhecido. Todavia não simplesmente a relação de uma nação com outras, mas também toda a estrutura interna de cada nação, dependem do grau de desenvolvimento de sua produção e de sua reciprocidade prestuária interna e externa (MARX e ENGELS, 2006,p.45).

Os movimentos que sugeriram o compartilhar da produção da saúde socioambiental durante o processo de construção do CLS em estudo foi a participação de instituições como as escolas, o Conselho Municipal de Saúde (CMS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) na ambiência local e sua coordenação, e a preocupação de envolver a comunidade na produção da saúde.

Os conselheiros da pesquisa, constantemente, sugeriram modos de estimular a população à participação para ouvir-lhes, trocar idéias em relação às ações que o CLS poderia desenvolver. Eles se propuseram a fazer isso por meio de assembléias, reuniões e eventos. Também mencionaram ser um dever do conselheiro consultar a população, mesmo frente ao estigma da diminuída motivação da comunidade; como anuncia a fala:

*O que se quer é um maior entrosamento, que a comunidade compareça! Mas, aí: “Vai se fazer um passeio? Vai-se para a Ilha, para o Cassino?” Aí você lota dois, três ônibus! Aí tem quinhentos para ir! Vai se fazer uma reunião, tem meia dúzia? Não pode ser assim. Então, o conselheiro ele tem o dever e a obrigação de chamar o povo, a comunidade, para o nosso lado (RC, Molhes da Barra, entrev., p.18)*

Entretanto, os conselheiros não promoveram tais encontros com a comunidade até a data da realização das entrevistas para esta pesquisa e culpavam-se por ainda não tê-los feitos. Como alude a fala:

*Nós temos que passar a existir de direito e de fato. Já existimos de direito, mas de fato se faz pelas realizações! De repente se fazer uma domingueira, um evento. Chama a comunidade para participar, faz uma reunião, faz uma assembléia, se convoca a*

*comunidade, e se dá ciência à comunidade: Olha, aqui se existe um Conselho Local de Saúde para ajudá-los! Eu acho que é por aí que as coisas vão começar a funcionar. Mas, só que temos que partir para os finalmente...pois nós precisamos atuar mais; quando eu digo 'nós', porque sou parte desse conselho! O primeiro passo foi dado. Nós já estamos formados. É um bom caminho. Chegamos lá! Alguns se quer têm conselho por enquanto. Eu vi naquele a reunião naquele dia, outros estão recém engatinhando. Então nós estamos na frente nessa parte. Basta agora apenas agir! (RC, Molhes da Barra, entrev., p.18)*

No evento que realizaram, o qual referiram por 'Mutirão contra a Dengue e o Lixo', os conselheiros contaram com o apoio da Equipe Saúde da Família para a divulgação da atividade nas escolas, por meio de cartazes e convites. Os profissionais da ESF também participaram do evento e das palestras relacionadas ao mesmo.

A idéia deste trabalho originou-se numa das reuniões do CLS. A participação da Equipe Saúde da Família foi um modo encontrado para o exercício da atividade, talvez pelas características peculiares deste trabalho. De certa forma, a idéia surgiu da ESF através de sua representação no CLS, justificada pela necessidade da ação frente ao risco da situação ambiental da Dengue.

Por outro lado, o desdobramento da participação dos conselheiros representantes dos usuários atenuou-se no desenvolver desta atividade. Por exemplo, em uma das escolas em que a vice-diretora participou com uma turma de alunos, do 'Mutirão contra a Dengue e o Lixo', ela não entendeu a informação de que se tratava de uma atividade articulada junto ao CLS, pensando se tratar de mais uma ação promovida pela equipe da ESF:

Do mesmo modo, em entrevista, a Vice-Diretora que participou do evento promovido pelo CLS, equivocadamente respondeu ao questionamento de quem ela conhecia por conselheiro local de saúde:

*[Você conhece um conselheiro local de saúde? Você sabe que tem um Conselho de Saúde por aqui?] Tem! Tem a ACS Museu de Azulejo, que mora aqui e ela é conselheira daqui do Bosque e ela trabalha no Postinho de Saúde e sempre que a gente solicita, ela vem, ela ajuda as escolas, ela ajuda as famílias (Museu Antártico, Vice-Diretora de escola, informante-chave, p.83).*

Essa informante de pesquisa e participante da atividade desenvolvida confundiu uma ACS da área de atuação de seu bairro como um conselheiro local de saúde.

Pelo acompanhamento do processo de construção desse CLS, indicamos algumas possibilidades desse conflito. Ela pode ter se confundido: porque apenas um conselheiro representante da comunidade efetivamente se envolveu nesse trabalho, sendo todos os demais representantes dos profissionais da saúde; porque a maioria dos envolvidos foram os

profissionais de saúde da ESF; ou por essa função de conselheiro ser nova e desconhecida na comunidade.

Não foi diferente o ocorrido para o evento da Semana da Saúde. Nas reuniões, várias atividades foram sugeridas pelos conselheiros para se divulgar o conselho no evento, como por meio de fotos, etc. Mas, por fim, eles foram apresentados em meio ao trabalho da ESF:

*E aí, eu como conselheira, apresentei cada um a sua função: o secretário, a coordenadora, o papel que os conselheiros exerciam, que foi feita a eleição tal dia, enfim! Contamos um pouquinho da história de como tinham sido construídos esses conselheiros e o que eles estavam fazendo; que naquele momento ele estava iniciando a construir o seu regimento. (...) Do Conselho estavam presentes [o Molhes da Barra, Orla Marítima, eu Ilha da Pólvora, a reserva do Taim e a Ilha dos Marinheiros]. Um detalhe: até, os conselheiros escolheram a bicicleta mais enfeitada, que tinha um concurso. Isso parece uma coisa simples, mas é um ato onde, por esse ato, se faz a presença (RP, Ilha da Pólvora, entrev., p.33).*

Se, por um lado, a diminuída desenvoltura da participação dos conselheiros representantes da comunidade nos eventos do CLS foi um dos achados de pesquisa indicados por eles próprios, por outro, eles também demonstraram: sentimento de culpa; anseio por desenvolver novas atividades partindo da premissa de consultar a comunidade; e o comprometimento de tomar iniciativas às reuniões. É o que sugestiona a fala:

*(...) embora me ache que também, até aqui, estou que nem Sonrisol: fervo, fervo e não resolvo problema nenhum! O que se precisa fazer: com uma conscientização, se partir realmente para ações concretas. Buscar a comunidade, marcar uma reunião, uma assembléia: nós também não podemos esperar que só a médica marque, não! Vamos marcar nós mesmos (RC, Molhes da Barra, entrev., p.18).*

Alguns agentes externos à construção do Conselho também relacionaram a desenvoltura dos CLS em geral, com o recente tempo de sua implantação em Rio Grande. Essas representações se fazem presentes nas falas do secretário do CMS e uma ACS não conselheira, mas pertencente à ambiência do CLS em estudo, respectivamente:

*(...) eu acho que esse conselho ainda é muito novo, as pessoas estão aprendendo juntas. Eu acho que não dá assim em um curto espaço de tempo, as coisas se resolverem (Museu de Azulejo, ACS, informante-chave, entrev., p.76).*

*Muito embora a gente tenha começado a discutir Conselho Gestor lá no meio do ano passado, a gente só consegue impulsionar mais para o fim do ano...Então nós não tivemos ainda uma seqüência muito grande de reuniões com os Conselhos Locais para já começar a estabelecer algumas bases fixas assim (Lagoa dos patos, CMS, informante-chave, entrev., p.72).*

Positivamente, a reorganização ou organização de outras entidades vem ao encontro desse conflito. Essas instituições, no entanto, também têm suas dificuldades em seu processo de re-construção.

Por meio da observação da pesquisa, na ocasião da Pré-Conferência, por exemplo, o CLS em estudo teve a oportunidade de dialogar com um representante do CMS sobre os espaços de trabalho dos Conselhos em geral, algumas maneiras de expandir suas reivindicações e sobre o poder de gestão dessas instituições.

Além disso, observa-se que o andamento de um processo que esteja vinculado a outro, relaciona-se ao desenvolvimento de ambos:

*Vocês estão organizando o CLS da [Unidade X]. A unidade y e X já estão atuantes. Só que ainda está desarticulado, porque nós do CMS não estamos organizados, após o “canetaço”; e vocês estão andando. Nós não temos local definido, o telefone mudou (...) o motorista é da prefeitura e nem sempre disponibilidade para nos conduzir às UBS (Museu Oceanográfico, informante-chave, CMS, obs, p.10).*

Em relação ao termo “canetaço” referido, trata-se da destituição do CMS através de Lei Municipal, por meio de sua representação maior. Na ocasião, segundo a fala do mesmo conselheiro que participou do momento histórico, foi alegada a falta de quórum como motivo da destituição, quando esse conselheiro alega que justamente os que faltavam eram representantes dos profissionais da saúde.

Contudo, foi apontada uma maior abertura ao diálogo político pela atual administração da Secretaria Municipal de Saúde, por seu representante, em comparação a menções que se ouviu nas observações da pesquisa em relação a administrações passadas.

Como exemplo, apresentamos a fala de um Conselheiro Municipal de Saúde (membro do CMS) que participou da reunião da Pré-Conferência Municipal de Saúde:

*O bom é que esse atual secretário sabe que os conflitos não são pessoais, são institucionais, é melhor de discutir. Então, realmente o caminho é organizar os conselhos locais, mas, para isso, precisa também da efetividade do CMS, pois estão articulados (Museu Oceanográfico, Informante-chave, CMS, obs, p.10)*

A colaboração política desses ativos representantes da sociedade, por meio do atendimento das necessidades no desenvolvimento do processo de trabalho dos CLS, pode significar uma forma de solidariedade externa à produção da saúde socioambiental inicialmente agenciada no âmbito da gestão e produção da saúde local.

Em contrapartida, o embate político pode provocar certa precaução por parte dos CLS em se coligar ao CMS, com receio de também ser destituído.

Logo nas primeiras reuniões no CLS pesquisado, essa questão de desconfiança em relação à coligação com o CMS apareceu justamente pelo motivo indicado pelo autor, ou seja, de suas vozes e interesses se perderem entre os demais.

Em se tratando da organização entre o movimento dos CLS e CMS, ressaltaram-se as questões da espontaneidade da implantação e construção dos CLS e da legalidade dos mesmos. Em relação a isso, o CMS, por sua representação, indica como positiva a questão da espontaneidade da formação dos CLS ao tempo que necessário o seu reconhecimento legal:

*Eu acho que a coisa começou a aparecer de forma espontânea e nós embarcamos nessa espontaneidade e não sentamos ainda para discutir a questão do que fazer a partir dessa necessidade sentida de ter os Conselhos Gestores Locais. Mas, o nosso projeto parte deles. Aprox. em julho, nós passamos a buscar maior insistência desse trabalho [de incentivo à construção dos CLS] porque ninguém tomava essa iniciativa. Aí o Conselho Municipal de Saúde tomou essa iniciativa Somos responsáveis por esse trabalho perante o conselho; eu e o conselheiro [Museu Oceanográfico]. Então, nós estamos indo nos bairros, nós estamos fazendo com que os bairros se organizem. Estamos tendo respostas sobre essa sistemática junto com a Secretaria de Saúde. Ela está sendo parceira nisso. Há interesse em que isso se crie; criando até um arcabouço legal para que dê sustentação de estruturação para que as comunidades se vinculem ao trabalho junto com setores de saúde. O que a gente pretende com o CMS é que ele seja demandado pelos Conselhos Gestores. (Lagoa dos Patos, entrev., p. 65 e 69).*

Se relacionarmos as citações anteriores temos o embate da questão da espontaneidade com a legalidade das organizações sociais e esse é um debate até hoje atual pelos prós e contras dos dois alcances.

Retomando a questão da representatividade, o CMS na voz de seu representante, mencionou a preocupação de que a gestão seja desenvolvida com o coletivo da comunidade e não apenas pelos conselheiros locais.

O conselheiro municipal exemplifica que a construção e atuação dos CLS em Rio Grande/RS vêm se produzindo de modos diferentes em relação a esse quesito. Também comenta a construção de alicerces para a saúde coletiva, o que dependente da vivacidade da incorporação comunitária na participação:

*Sobre a relação das comunidades com os Conselhos Locais, têm comunidades que ainda não sabem bem o que é o Conselho Local, mas estão se aproximando, estão procurando aprender, tão colocando as suas dúvidas. E a gente está buscando organizar isso. Outras comunidades que já têm o Conselho Local e que o Conselho Local tem uma caminhada... (...) ainda ontem voltamos de lá e eles não fizeram a reunião de novo! Então, é uma aparência e as pessoas se ressentem muito da questão da liderança local: “Eu, liderança, vou fazer!” E aí a comunidade dependendo, ou realmente se incorpora a essa liderança e realmente constroem alguma coisa, ou vão junto até sentirem que aquela liderança não é confiável. Aí tudo se retrai e a coisa desanda mesmo. Aí a dificuldade para se reconstruir é muito grande (Lagoa dos Patos, entrev., p.67).*

O CMS que está procurando se aproximar dos CLS por meio de encontros mensais entre os colegiados (CMS e os CLS). Mas, enquanto existe receio dessa aproximação, por parte de alguns Conselhos locais, presumindo vontade de independência nas reivindicações, por parte de outros, há um sentimento de tutela do desenvolver de atividades:

*Eu até diria que existe da parte de alguns Conselhos Locais, o 'insight' de estarem sozinhos, de quererem fazer a gestão sozinhos. Mas eles ainda não nos colocaram a postura de independência. E outros se sentem tutelados, precisam que a gente esteja junto. Bom, o que a gente está procurando fazer: visitar o máximo possível os Conselhos Locais para discutir com eles, ouvi-los, sensibilizá-los, entusiasamá-los (Lagoa dos Patos, entrev., p.66).*

Chamou a atenção que alguns dos entraves que em princípio esta pesquisa identificou na construção específica de um CLS na relação com a produção da saúde socioambiental, também foram identificados por representantes do CMS. Referem receio entre segmentos distintos dentro dos conselhos, como explica a fala:

*O CMS como instituição é isento. Os conselheiros são escolhidos pelas suas instituições - são gestores, usuários, profissionais e prestadores de serviços. Acontece que enquanto eu defendo os usuários outros defendem outros interesses. Então pontualmente há divergências, mas como instituição somos um órgão independente – tínhamos no passado choque com o executivo; no “canetaço” o Prefeito destituiu o Conselho, alegando falta de quórum. (...) Mas a visão do atual Prefeito e secretário de saúde são diferentes, estão dando condições de funcionamento, mas para se reconstituir o CMS está sendo mais difícil que sua constituição inicial (Museu Oceanográfico, Informante-chave, CMS, obs, p.10).*

Pelas falas dos representantes do CMS, eles têm a ciência de que há uma necessidade de facilitar a correlação entre profissionais de saúde e usuários:

*Agora estamos conversando com o CMS para que eles comecem a trabalhar a sensibilização dos profissionais dos Postos. Começamos recentemente a discutir isso com a Secretaria. Para que também os profissionais dos Postos sejam estimulados, sejam sensibilizados, estejam receptivos e não achem que a vinda da comunidade para discutir saúde com eles possa ser uma disputa. Ou então um benemérito ao conhecimento que o profissional tem. Na realidade a gente quer que seja encarado como uma reunião cidadã de melhoria do sistema. Então estamos conversando com a Secretaria de Saúde para que ela tenha um trabalho de sensibilização junto aos profissionais nas UBS (Lagoa dos Patos, CMS, entrev., p.65).*

Outro dado que identificamos pelas entrevistas é que o CMS, ao mesmo tempo em que relaciona a saúde com a qualidade de vida por meio de propostas de ações produtoras de saúde, valoriza as práticas de atendimentos curativos e imediatistas da saúde, como indica a fala:

*Se a gente for ver nos bairros de periferia, a saúde bucal é um problema gravíssimo! As pessoas estão com a dentadura em péssima condição, não tiveram atendimento para a saúde bucal e nem educação para a saúde bucal. Então, as pontualidades nas áreas de atendimento a saúde na cidade, a gente tem muitas. Por isso eu acho que eu estou começando a entender de forma diferente, a gente vai fazendo uma caminhada e começa a ter entendimentos diferentes. Entendo que não adianta a gente fazer uma disputa muito grande com as pontualidades, acaba tendo que atender! Nós precisamos de programas de saúde que possam atender a população (Lagoa dos Patos, CMS, entrev., p.64).*

O representante do CMS, explica que, a partir de sua experiência como conselheiro, re-elaborou alguns conceitos sobre a saúde e passou a reconsiderar as reivindicações comunitárias sobre pontualidades como oftalmologistas e dentistas. Na mesma discussão, ele refere a necessidade de programas de saúde que atendam a população. Fica subentendido, então, que há carências nos programas de saúde para o atendimento de necessidades constatadas pela própria comunidade.

Uma vez a construção dos CLS estar achegada à proposta de operacionalização da ESF, esta também, na representação de uma das coordenadoras da ESF na Secretaria de Saúde do Município, manifesta-se incentivadora do desenvolvimento das organizações dos CLS. Essa profissional médica tem a experiência de ter participado da construção do primeiro CLS em Rio Grande/RS, a partir da vinculação de um estudo teórico, a realidade de trabalho em que estava atrelada. Ela esclarece:

*Eu fiz um curso de Saúde da Família, né, de especialização. Aí, depois de um tempo, eu comecei a trabalhar em uma equipe e nós fizemos tipo um curso de educação permanente em Porto Alegre, era à distância. A gente tinha um tutor e aí eles mandavam apostila e eu fui me interagindo. Dentro desse... falava em controle social e eu fui gostando desse assunto. Então quando eu comecei a trabalhar a primeira unidade foi a [X e Y]. E lá eu vim imbuída desse curso de educação permanente, desse curso, eles estimulavam para tu fazer alguma ação dentro desse curso. Aí a gente comentou que eu podia começar mobilizar as pessoas e a equipe para formar um Conselho Gestor lá naquela unidade. E a gente conseguiu, foi o primeiro Conselho Gestor de Rio Grande, foi lá! Realmente formado e tudo e ele funciona até hoje e eu tive a felicidade de participar (Ecomuseu da Picada, informante-chave, médica da ESF e CMS, entrev., p.77).*

Em princípio, a coordenação da ESF mostrou-se disposta em promover uma sensibilização dos profissionais da saúde para estarem receptivos ao acolhimento dos conselheiros representantes da comunidade, nesse processo de produção coletiva da saúde, que se precipita em nível local, como indica a fala da coordenadora da ESF:

*Nós, do NEPEs, que é o núcleo que temos na Secretaria de Educação Permanente, vamos fazer algum tipo de oficina para mobilizar os trabalhadores [em saúde] para que eles percam certo receio que têm dos Conselhos Gestores. Que fica todo mundo um pouco receoso com isso. Então, a gente está programando fazer essas oficinas nas próprias unidades, conversar com eles para mobilizar. Esse trabalho está me*

*deixando entusiasmada porque eu acho que agora vai ser um “boom” de Conselho Gestor (Ecomuseu da Picada, informante-chave, médica da ESF e CMS, entrev., p.78).*

A iniciativa de trabalhar o receio dos profissionais da saúde por parte da representante da profissional de saúde no CMS é coerente com o sentimento de desentrosamento entre algumas categorias profissionais dentro do CLS estudado, como apresenta a fala:

*Em todas as idéias, quando a gente quer trazer a comunidade para dentro, tu vê um medo de ser questionada. Um medo de dizerem que teu trabalho não está bom (RP, Ilha dos Marinheiros, entrev. p.39).*

Esse trabalho conjunto de sensibilização dos profissionais da saúde pode ser um começo para o melhor entrosamento entre os distintos segmentos, a partir de uma constatação vista por quem está se aproximando desse processo de construção dos CLS.

Em se tratando do direcionamento das ações em saúde, avaliamos que a prevenção da doença e educação em saúde se apresentam em predominância nos discursos que pensam o trabalho do CLS, por parte da profissional médica que participa da coordenação da ESF:

*As pessoas têm que viver um pouco melhor e, às vezes, poucas coisas já contribuem para tu viver melhor. E aí, entra o que eu te digo: A educação em saúde é tudo! Desde o jeito que tu guarda os teus alimentos, do jeito que tu troca a fralda e que destino tu vai dar para a fralda do filho, né. Coisas básicas, às vezes, que para a gente é tão simples e para o outro faz diferença (Ecomuseu da Picada, informante-chave, médica da ESF e CMS, entrev., p.78).*

Esse caráter predominante, também se apresenta nos discursos dos profissionais de saúde em nível de Secretaria Municipal de Saúde, da mesma forma aparece comparativo aos discursos do profissional médico conselheiro na dimensão do CLS. A concepção predominante das ações em saúde para a comunidade está na dimensão possível da Educação em Saúde.

Em intermediação, nesse âmbito da produção da saúde, o qual vem se aproximando dos CLS, há indicativos de provocação à redução de algumas barreiras da práxis do trabalho dos conselhos. A fala a seguir deixa a entender a dificuldade do envolvimento de alguns setores da Secretaria Municipal na produção da saúde:

*Não adianta eu ficar esperando que o secretário se dê conta que não tem dentista no meu bairro; que não tem medicamento; que não tem saneamento. Secretaria de Saúde, é importante ter saneamento! Não adianta ele achar que isso é uma atribuição de outra secretaria e que ele não tem que se preocupar com isso. Hoje eu tenho o entendimento de que se eu ficar esperando pela autoridade, eu também não provoço a autoridade melhorar, muito menos, às vezes, a atender. Então é preciso que, o exercício da cidadania, na reunião dos moradores, das pessoas que são atendidas pelos Postos de Saúde, discutindo as necessidades que tem nos bairros (Lagoa dos Patos, CMS, informante-chave, entrev., p.64).*

Queremos ressaltar aqui que, justamente essas questões da insuficiente parceria setorial são referidas pelos conselheiros locais da saúde como barreiras ao desenvolvimento dos trabalhos característicos de Promoção da Saúde. Por fim, relacionamos que, por causa dessas barreiras ao trabalho, tanto há sujeição dos distintos segmentos ao desenvolvimento de práticas afins, como insatisfação no desenvolvimento das ações por parte dos representantes da comunidade.

#### 4.1.3 Discussão dos Resultados

A discussão desse capítulo abrange as categorias anteriormente apresentadas, as quais permitiram a interpretação dos dados de pesquisa: Práxis Produtiva e Consciência, Solidariedade e a Relação Individual/Coletiva e, Solidariedade Externa.

A orientação da categoria **Práxis Produtiva**, na avaliação do CLS, possibilitou-nos visualizar distintas propostas de produção da saúde. As propostas de atividades dos conselheiros oscilaram entre as ações com referência no conhecimento permitido pela particularidade dos seus trabalhos extraconselho e as que ofereciam o próprio trabalho extraconselho, seja voluntário ou profissional, para a realização das atividades.

O profissional da saúde destacou-se na condução do trabalho e no presidir das reuniões, em relação aos demais conselheiros. Embora tenha ocupado uma posição de trabalho como qualquer outro conselheiro, ao fazê-lo, diferenciou-se pelo próprio vínculo do trabalho na área da saúde e pelo conhecimento propiciado pela área profissional a que estava vinculado. A explicação está em suas próprias palavras que informa que maneira dele interpretar os fatos é correspondente a sua profissão.

Os demais profissionais, ambos ACS e os representantes do segmento da comunidade também relacionaram suas falas aos vínculos empregatícios ou de trabalhos que mantinham ou mantiveram. As falas dos Agentes Comunitários de Saúde tanto reforçaram suas vontades de ação dentro do CLS para as práticas relacionadas à melhoria do processo de trabalho preventivo que desenvolvem na saúde, como para as práticas de caráter mais curativo e reivindicatório. Essa flexibilidade pode ser relacionada ao fato de que os ACS, dentro do CLS, representam formalmente os profissionais da saúde, em atenção à paridade dos segmentos. Mas seus discursos diferenciaram-se daqueles pela condição de também serem membros da comunidade.

Entretanto, a diferença entre os discursos é que o conhecimento e a facilidade de expressão do profissional médico facilitaram a exposição de suas idéias. Por essas distinções,

embora esse profissional não tenha sido eleito como coordenador do grupo, ele tomou iniciativas peculiares a essa função, conduzindo o grupo para propostas de ação e trabalho semelhante as que vinham sendo desenvolvidas pela ESF do qual faz parte.

Se a experiência reiterada da práxis produtiva agregar características de condicionamento, ela pode inibir a crítica. Essa prática então pode vir a produzir representações unidimensionais, características de indivíduos determinados<sup>26</sup>, como relaciona a citação: “A ‘imaginação’, a ‘representação’, que esses homens determinados fazem de sua práxis real transforma-se na única força determinante e ativa que domina e determina a práxis desses homens” (MARX e ENGELS, p.67).

Campos e Wendhausen (2003) comentam, por exemplo, que os Agentes de Saúde, como moradores da comunidade inicialmente se motivam-se a lideranças comunitárias, mas, ao tornarem-se agentes de saúde, passam a se relacionar com a comunidade por meio de regras e das metas de produtividade.

Em complementação, Liberal (2006) explica que as concepções dos representantes dos usuários na condição de conselheiros acerca do que são e fazem, geralmente apresenta-se em descompasso com as representações que têm do que deveriam ser frente a outros atores sociais. Por seus discursos caracterizarem vivências precedentes e particulares, não se reconhecem como sujeitos participantes, construtores da sua autonomia e a daqueles que representam em espaços como os Conselhos.

A interpretação do trabalho do CLS, na relação saúde, ambiente e educação, por meio da associação das categorias **práxis e consciência** permitiu-nos desvelar a situação que ora nos intrigava durante as observações de pesquisa, e as quais foram apresentadas pela categoria práxis produtiva.

Por meio da associação dessas categorias, pudemos avaliar que, embora as práticas relacionadas à categoria práxis produtivas tenham sido as mais promulgadas nas falas e atitudes dos conselheiros, elas não significaram ser as práticas preferidas.

O estudo da produção da saúde pelo CLS indicou desvios entre as finalidades do trabalho e sua objetivação organizada em distintas modalidades. Pelos resultados da pesquisa, desvelou-se que esses desvios foram devidos ao reforço das ações ao invés de sua complementaridade.

---

<sup>26</sup> No sentido de determinismo: “Relação entre os fenômenos pela qual estes se acham ligados de modo tão rigoroso que, a um dado momento, todo fenômeno está completamente condicionado pelos que o precedem e acompanham, e condiciona com o mesmo rigor os que lhe sucedem”. AURÉLIO, Dicionário Eletrônico- Séc XXI. Editora Nova Fronteira. Desenv. Téc. MGB Informática Ltda. Versão 3.0. Nov. 1999.

Antes das discussões posteriores, queremos observar que não é de nosso entendimento que a Educação em Saúde, a Promoção da Saúde e as fases da Prevenção da Doença ocupem ou devam ocupar espaços e tempos separados de ação. Muito ao contrário, entendemos que os pontos reforçam-se e existem pela sua contradição.

Os conselheiros locais indicaram que a melhora da saúde da comunidade viria com medidas características de Promoção da Saúde. Entretanto, limitados ao desenvolver dessas práticas, devido à dependência de outros setores como o de infra-estrutura, restringiram-se a medidas de caráter compensatório e diferente para cada segmento.

Os representantes do segmento da comunidade freqüentemente interromperam seus discursos com demonstração de sensibilidade às situações de carências comunitárias, tais como alimentação e moradia, compreendidas por Marx como necessidades básicas. O sentimento de empatia foi percebido pela menção de exemplos de vivências concretas da comunidade.

Na interpretação de nosso referencial teórico, a questão das necessidades básicas pode se manifestar involuntariamente superiores a outras vontades:

As frases vazias sobre consciência se encerram, e um saber real passa a ocupar seu lugar. A eliminação dessas dificuldades depende de pressupostos que resultam do estudo do processo de vida real e da ação dos indivíduos de cada tempo. O primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto, de toda a história, é que todos os homens devem estar em condições de viver para poder “fazer história”. Mas, para viver, é preciso antes de tudo comer, beber, ter moradia, vestir-se e algumas coisas mais (...). A primeira questão, portanto, em qualquer concepção histórica, é observar esse fato fundamental em todo seu significado e em toda sua extensão e render-lhe todo o direito (MARX e ENGELS, 2006, p.53).

Circunscritos aos instrumentos disponíveis ao trabalho, os resultados de pesquisa indicaram o caráter reivindicatório das ações nas falas dos conselheiros representantes da comunidade. Esses resultados também foram encontrados por outras pesquisas, tais como de Crevelim & Peduzzi (2005) e de Frederico e Almeida (2007).

Identificamos uma regressão na dimensão do conceito de saúde nessa compensação para as ações secundárias como propostas de trabalho propostas em compensação às dificuldades de movimentar as ações que envolvam as questões de moradia, saneamento, alimentação e sistema socioeconômico da comunidade.

Com a substituição do trabalho, sobreveio um estranhamento entre a produção da saúde socioambiental desejada e a produzida. Cezar-Vaz (1999) explica que, no silogismo entre sujeito, trabalho e a saúde, o trabalho apresenta-se como termo médio “que tem de um

lado o objeto produzido, a saúde e, de outro, o sujeito com seus carecimentos (desejos) que chegam de forma imediata pelo sentimento de consciência do sujeito epistemológico” (p.58).

Esses limites do trabalho do CLS podem ser associados também aos limites do trabalho da ESF. Ao avaliarmos a fala do médico que refere não ter os instrumentos almejados para a operacionalização do CLS, mesmo que a organização faça parte do “sistema” (por suas palavras) de trabalho da ESF, fica subentendido que a dificuldade de agregar esforços dos setores exteriores ao SUS também prejudica as atividades que a ESF preconiza.

Apesar disso, o comprometimento referido pelos profissionais conselheiros na manutenção do “sistema” de trabalho da ESF foi identificado como um motivador para a opção da substituição das ações ao invés da passividade.

Esse comprometimento pelo vínculo com o sistema de trabalho apareceu como fator relacionado à iniciativa de operar uma ação por meio dos profissionais da saúde em comparação ao segmento dos representantes da comunidade, para os quais as dificuldades ocasionaram certo atrelamento.

A substituição de práticas, ao invés do enfrentamento dos percalços ao trabalho, tende a reproduzir e enfatizar sempre as mesmas ações. Essa reprodução de ações mantém o indivíduo em um ciclo do qual dificilmente consegue substituir a pressão do fazer pela revisão de como está sendo feito, como identificamos na fala de um conselheiro representante dos profissionais de saúde: *“porque o teu querer e é o querer dentro do sistema em que tu trabalha (Ilha da polvora, enterv.)”*. Perde-se, com isso, a oportunidade de acrescentar o conhecimento das dificuldades práticas na teoria do próprio sistema.

Por vezes, se os profissionais da saúde assumiram notoriamente as iniciativas de reiteração das suas práticas de trabalho, os conselheiros representantes da comunidade mostraram-se coniventes à tomada de atitudes e coordenação de outrem.

Semelhante resultado de pesquisa foi encontrado por Campos e Wendhausen (2003), que as levaram a concluir que os profissionais da saúde, acreditando na passividade da comunidade, representada por seus conselheiros, passam a coordenar os espaços de participação.

O motivo dos representantes da comunidade não tomarem iniciativas, ou cederem os espaços à iniciativa de outros, pode estar relacionado ao sentimento de vergonha pela condição de inferioridade econômica e cultural estigmatizada em algumas comunidades (SAWAIA, 1996)

A questão do sentimento de inferioridade cultural foi tratada na categoria anterior, mas aditamos a isto os exemplos que os conselheiros representantes da comunidade contaram sobre a falta de compromisso entre quem faz e para quem é feito. No caso, os conselheiros comentaram sobre algumas obras feitas para a comunidade, mas deixadas em condições impróprias de uso, ou ainda investimentos financeiros tão altos, os quais que poderiam ter sido aplicados em outras carências.

Nessas inferências há a legado de que se faz apenas para cumprir uma cota de ações comunitárias obrigatórias, sem valorar a subjetividade cultural comunitária.

Os fatos interpretados por meio das categorias **solidariedade e a relação individual/coletiva** mostraram que o arranjo da lógica do mercado também interfere no relacionamento de organizações sociais como os CLS.

O arranjo da lógica de mercado aqui é representado pela oferta dos instrumentos de trabalho. Tendo sido o promotor de opções secundárias a produção da saúde da comunidade, ora distintas em reforços da Educação em Saúde e das carências comunitárias, também inventariou a não identificação da individualidade de cada segmento dentro dos planejamentos coletivos para operacionalização do conselho.

Aproximando, Marx e Engels explicam que a práxis produtiva participa da constituição social dos sujeitos, assim como os instrumentos de trabalho disponíveis interferem na sua produção:

A forma pela qual os homens produzem seus meios de vida depende, sobretudo da natureza dos meios de vida já encontrados e que eles precisam reproduzir. (...) O que eles são coincide, portanto, com sua produção, tanto com o que produzem como com o modo como produzem. (p. 44-5).

Em complemento, podemos dizer que houve um distanciamento entre as propostas dos discursos sob uma lacuna do que os conselheiros puderam fazer ou fizeram, e o que gostariam de fazer. Segundo Marx e Engels (2006, p.60), essa contradição com as expectativas individuais e que reduz a esperança nos resultados; ao passo que causa abatimento, também desenvolve a “qualidade de uma coletividade ilusória, mas sempre sobre a base real das conexões”.

Essa subdivisão entre os discursos proferidos e as propostas de trabalho, também diminuiu o desenvolvimento de cumplicidade entre os conselheiros. Pareceu haver certa falta de alteridade entre os que encontraram dificuldades em agregar a si experiências ou desejos de outrem.

A falta de coesão do grupo do CLS; de transparência e dos conflitos de idéias, dificultaram a convergência das ações para um objetivo comum e satisfatório dentro do grupo de conselheiros locais. Relacionamos não ter sido possível visualizar a *práxis política*, também por essa falta de coesão interna do grupo, pois a efetivação da práxis política requer a formação da consciência de classe e de uma ideologia autônoma de forma organizada (GOHN, 1997, p.177).

Para haver a coesão de grupo, precisa existir conflito de interesses transparecidos pelas vozes de diferentes atores sociais, em caminho à convergência em um processo de legitimação de objetivos (LEFF, 2001, p.135).

Nessa perspectiva, Crevelim e Peduzzi (2005) inferem que o trabalho conjunto entre profissionais da saúde e usuários da comunidade, apesar das peculiaridades da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos avanços na participação, não garantem uniformemente a construção de um projeto assistencial comum no trabalho em equipe. Para as autoras, a população é chamada a participar para legitimar decisões técnicas já tomadas pela equipe de profissionais e não para a construção conjunta.

Um dos motivos do receio, continuam as autoras, - ora também identificados em nossa pesquisa - é que, embora os usuários dos Conselhos de Saúde Local tenham demonstrado uma noção ampliada sobre saúde, prevaleciam, nas principais pautas das reuniões do CLS, discussões em torno da falta de recursos como: medicamentos, referências para exames, consultas especializadas, internação hospitalar, além da insuficiência de profissionais médicos nos serviços de saúde (2005).

Nas observações da pesquisa, as hostilidades não foram suficientes para promover conflitos capazes de provocar turbulências, a ponto de transparecer os desejos primeiros dos conselheiros em relação à produção da saúde, porque não houve uma separação específica entre os que propunham as ações e os que as faziam (teóricos e executores), uma vez que essas foram realizadas em sua maioria pelos profissionais da saúde com a ESF, ou seja, os mesmos que as propunham.

Entendemos como positivo o conflito e contradição para que os discursos vazios se percam aos que consideram as premissas da existência humana. Mas, também existe uma possibilidade da ausência do conflito. De acordo com Marx e Engels “a possibilidade de não entrarem esse elementos em conflito está unicamente no fato de que a divisão do trabalho possa ser novamente suprimida” (2006, 58).

Em relação a esse aparente recuperado entrosamento pela ausência de conflito, podemos interpretar que, dentro de um grupo, mesmo havendo períodos de certa oposição e

hostilidade entre ambas as partes, essa hostilidade desaparece por si logo que surge algum conflito prático capaz de pôr em risco a existência do próprio grupo, comentam os mesmos autores.

Do mesmo modo, continuam eles, com a perda da hostilidade, há perda da possibilidade de conflitos. Se, por um lado, “a consciência da necessidade de estabelecer relações com os indivíduos que os cercam é o início, para o homem, da tomada de consciência de que se vive em sociedade”, por outro, essa aparente coesão de grupo é que abranda a possibilidade de conflitos por interesses capazes de principiar uma consciência coletiva real (2006, p.57).

Nesse sentido, Freitag (1997) ressalta que os seres humanos têm capacidade de pensar independente do grupo social a que pertencem. Contudo, chegam a uma autonomia do pensar pela interação com esse grupo, que necessita ser cooperativa e não coercitiva.

Podemos relacionar que a ACS mudou seu ponto de vista em relação a estigmatizar a comunidade como acomodada, por meio de um curso, promovido junto à coordenação da ESF do município. A iniciativa desse curso possivelmente teve relação com a anterior constatação da falta de estímulo comunitário. Entretanto, não podemos avaliar quais medidas foram sugeridas pelo curso para trabalhar os ciclos de relação saúde doença. Isto é, se foram indicadas medidas de prevenção da doença, educação em saúde, promoção da saúde, pontualidades curativas, ou se estas, em pares, ou ainda, de modo específico.

Queremos complementar que, nesse ensino-aprendizado, o direcionamento das ações em saúde, proposto teoricamente pelas instâncias maiores, pode encontrar dificuldades de aplicação em instâncias menores a ponto do prejuízo do seu desígnio.

A interpretação da categoria **solidariedade externa** ao processo de produção da saúde socioambiental por meio dos CLS, agita discussões acerca do vínculo entre distintas instituições sociais, tais como SMS, CLS e CMS, na dimensão dos seus arcabouços jurídicos, da representatividade e da estrutura de articulação coletiva.

O desentrosar entre o CMS e os representantes da administração passada no âmbito do município em estudo, que se consolidou no “canetaço”, repercutiu na construção dos CLS no município, a exemplo do nosso estudo de caso. Isso significa que, mesmo em administrações posteriores a esse episódio, o receio que dele foi gerado permaneceu como precaução ao vínculo dos âmbitos locais com as outras instâncias de atuação. Essa postura, também foi um fator identificado como cooperador à cautela na desenvoltura do CLS em relação à articulação com o CMS.

Esse receio também foi comum em pesquisas que revelaram que a dinâmica do modelo assistencial é construída no cotidiano das relações políticas de atores sociais com graus diferenciados de inclusão de suas demandas pelo poder público (SENNA & COHEN, 2002).

A questão da representatividade e liderança de um grupo merece atenção. O representante de grupo, que subentende que suas necessidades são as mesmas de seus representados, não permite a manifestação de outras expressões. Essa subjugação causa a perda da subjetividade do indivíduo para idéias reiteradas no grupo. Segundo os autores:

Os indivíduos, isoladamente, só formam uma classe na medida em que têm de empreender uma luta comum contra outra classe; no restante, eles se defrontam como inimigos na concorrência. Por outro lado, a classe torna-se autônoma em relação aos indivíduos, de maneira que estes últimos têm suas condições de vida pré-determinadas e têm assim, sua posição na vida e seu desenvolvimento pessoal definidos pela sua classe; tornam-se subordinados a ela (MARX e ENGELS, 2006, p.88).

Já o representante que cultiva contato e relação freqüente com sua comunidade está sempre num movimento de eu - coletivo, da esfera do abstrato da representação de liderança à realidade, o qual também está posto. Sendo percebido, há necessidade de demonstrar o comprometimento com a comunidade.

Em virtude do jogo de forças entre CMS e representação do Estado, Ribeiro (1997) infere que a participação social pelos conselhos de saúde por si só pode não representar mudanças estruturais na sociedade; dentre outros motivos específicos, porque a atuação do Estado na estruturação da ação dos grupos de interesses societários na esfera da gestão pública pode representar a absorção da participação social.

Em sincronia, uma pesquisa realizada por Uzêda e Coelho (2005) revelou a resistência dos responsáveis pela gestão municipal em permitir a participação da sociedade civil organizada, porque poderia contrariar interesses. Entretanto, em oposição, anuncia que a organização e o movimento das forças da sociedade podem ocupar os espaços para sua legitimação.

Para o incentivo às tomadas de atitude por parte desses representantes, Gerschman (2004) sugere uma modificação nos cursos de capacitação para conselheiros, porque avalia que eles preparam tecnicamente, mas não para a qualificação política, ou seja, conhecimentos necessários para agir de maneira decisiva nas deliberações.

Em relação à legalidade dos CLS o dualismo não é diferente. Enquanto os movimentos autônomos desses CLS poderiam limitá-los a sua ambiência da assistência à saúde, o

arcabouço legal poderia condicionar a produção da saúde a características da assistência tradicional, na medida em que os interesses do CLS forem perdidos em meio aos interesses do grupo ascendente.

Se, por um lado, a espontaneidade da implantação e construção dos CLS agrega qualidades, como a maior liberdade de organização e a peculiaridade na produção da saúde, por outro, a diminuída articulação a instâncias ascendentes limita os instrumentos de trabalho. A ausência do entrosamento de trabalho entre o CLS e o CMS também poderia significar uma estagnação na transformação de propostas locais como sugestão à elaboração de políticas e programas de saúde, em instâncias superiores, que facilitem seu desenvolvimento do trabalho de âmbito local.

Na ausência formal do reconhecimento municipal, o conflito não é promovido. Sendo assim, os diferentes atores envolvidos podem produzir percepções negativas a respeito das atribuições dos colegiados locais e revitalizá-las. Inclusive a concepção do conselho apenas como reforço das medidas governamentais (OLIOSA, 1999).

Em relação à menção do sentimento de independência por parte do trabalho de alguns CLS, isso pode estar relacionado também com o conhecimento da situação do “canetaço” ou destituição do CMS por falta de quórum.

Como exemplo, há registros de pesquisa, como a de Uzêda e Coelho (2005) indicando que alguns Conselhos Municipais de Saúde não conseguem deliberar o que não é do interesse do governo municipal, porque último esse estaria articulado com representantes do próprio conselho. Essas pesquisas indicam falas que retratam a expressão de angústia dos conselheiros ao receberem projetos submetidos em reuniões de conselho a sua aprovação, em tempo muito próximo das datas, queixando-se de não poderem lê-los e interpretá-los.

As autoras observaram falas de conselheiros que sugeriram a incorporação à Resolução 333/03<sup>27</sup>, peculiarmente revigorada por decreto municipal, que cria os CLS, do reconhecimento da importância do controle social por meio dos CLS. Segundo elas, essa medida de reconhecimento e formação de conselhos locais tornaria a descentralização, não apenas administrativa, mas política, com possibilidade de resolução dos problemas a partir de propostas mais próximas da ocorrência dos fatos e suas condições, ao passo que melhoraria o entrosamento com o CMS.

Um dos motivos para a solicitação anterior é devido à composição, organização e competência dos CLS não estarem postas na Lei nº 8.142/90 e na Resolução 333, de 04 de

---

<sup>27</sup> Conselho Nacional De Saúde. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Disponível em: <<http://www.saude.al.gov.br/conferencias/2aCNCTIS/Resolu%E7%E3o%20CNS%20333-03.htm>>

novembro de 2003. Sendo, os CLS instâncias, pois, criadas por decretos e leis municipais têm seu arcabouço jurídico à mercê das peculiaridades de cada decreto municipal.

A ausência de uma lei padrão que regularize os CLS sob pilares formais de sustentação em nível federal, fornece espaço para que as administrações municipais os façam por meio de decretos municipais. Essa falta de definição das particularidades de um CLS a nível federal poderia ser relacionada aqui, como um fator de posicionamentos distintos dos CLS em Rio Grande, ora de autonomia, ora de dependência em relação ao CMS.

Em conseqüência, a ausência dessa identidade e firmação dos CLS, há estudos revelando que, em alguns casos, embora haja a participação institucionalizada, muitos atores não conseguem identificar as formas de participação existentes ou não sabem como aproveitá-las como instrumento para melhoria e consolidação do SUS (SANTOS e WENDHAUSEN, 2003).

Logo, se considerarmos o conselho de saúde como um novo centro de poder, haveria necessidade de se desvendarem as formas de representação que se explicitam em seu interior (PESSOTO et al, 2001).

Para essa realização, seria necessária a associação da alteridade no conceito de cidadania, ora mencionada. Sawaia (1996), frente à problemática das representações da atualidade, indica que o conceito de cidadania precisa ser ampliado para além da igualdade de direitos. Ele propõe a alteridade, no sentido da autonomia, pluralidade e individualidade.

Para esse autor, cidadania traz a idéia da obediência, da ordem, através das leis superiores, ainda elaboradas por poucos representantes. Enquanto juntas, alteridade e a cidadania, permitem compreender que temos que provocar transparências, mas que também somos capazes de empatia frente às diferenças.

Por essa concepção, o autor chama a atenção de “grupos e comunidades étnicas que caem no mesmo erro que desejam negar, na medida em que lutam pelas diferenças culturais, mas cada um se concentra e defende a sua, sem dialogar com o outro” (p.148).

Para os conselheiros locais de nossa pesquisa, as considerações e valorações que acercaram as suas propostas de trabalho ou as dificultaram, não foram discutidas em grupo. Foram confessadas em depoimento individual, apenas. Em grupo, as mediações do possível de ser feito ou a manutenção de um estilo de trabalho que já vinha sendo feito pelos profissionais de saúde da ESF, conduziram o processo de trabalho do CLS.

A reprodução, ou mesmo o reforço de práticas desentrosadas aos interesses coletivos, pode significar a estável adoção de um sistema de visão, ou “consciência”, de épocas anteriores à repetição no presente:

(...) a consciência pode às vezes parecer mais avançada que as relações empíricas contemporâneas, de tal maneira que, nas lutas de uma época posterior, possa-se apoiar nos teóricos anteriores como autoridades. (...) A tomada do poder está, ademais, condicionada pelo objeto do qual se apropria (MARX E ENGELS, 2006, p. 110-1).

Os conselheiros, ao limitarem-se às ações do trabalho de produção da saúde por causa dos instrumentos insuficientes ou inadequados, consolidam o seu trabalho na disposição dos instrumentos ou no ato de fazê-lo. O produto do trabalho, assim, ao invés de se concretizar nos corpos do indivíduo e do ambiente, conclui-se como meio de trabalho, como explica a citação:

No trabalho em saúde, o indivíduo com suas necessidades, necessidades de congruência, apropria-se dos serviços como fins em si mesmos, e não como meio para uma aproximação àquelas necessidades. Nessa forma, as necessidades de saúde adquirem o significado de um somatório de carências que, tanto por parte dos produtores, como por parte dos consumidores dessas necessidades que objetivam o universal concreto saúde, se expressam pela posse das disponibilidades de serviços. Os trabalhadores e os clientes da saúde adquirem a forma dos interesses particulares ou gerais do sistema, reproduzindo, em seu fim, as contradições intrínsecas às relações produtoras de (in)congruência nos indivíduos, como inversão real no trabalho (CEZAR-VAZ, 1999, p.64).

O ponto-chave da questão seria, então, a necessidade de intervir no processo de trabalho por meio da revisão de seus instrumentos, com a finalidade de produzir a saúde socioambiental.

## **4.2 Educação e trabalho na abordagem ecossistêmica da saúde: análise dos saberes e ações desenvolvidos na construção de um CLS na ambiência da ESF**

### **4.2.1 Apresentação dos Resultados**

A utilização das categorias Práxis Significativa, Saber e Racionalidade Ambiental foram aplicadas para a interpretação dos saberes, concepções e das propostas de trabalho de um CLS na ambiência da ESF.

Pelas observações e entrevistas da pesquisa, notamos particularidades distintas com que a educação foi tratada na produção da saúde. Estas particularidades ressaltaram o potencial intercessor e a variante da educação em se tratando de ações para a produção da saúde socioambiental, por meio de um CLS.

Na fala seguinte, por exemplo, o conselheiro, representante da comunidade, imagina uma situação em que a população tenha o acesso ao emprego e às condições de vida

provenientes dele. Nessa circunstância, o sujeito lembra a educação relacionada à qualidade pessoal do autocuidado, da informação e da orientação:

*Quando pensamos em saúde pensamos numa maneira globalizada. Que o cidadão brasileiro deveria ter a saúde, no caso, ter os métodos para prevenir; que não é o que se vê no dia de hoje! E, quando isso não for possível, ter um tratamento digno. Que todo mundo tivesse trabalho, porque uma coisa é consequência da outra. Com trabalho, as famílias viveriam melhores, teriam melhores condições de alimentação, de vestuário, de higiene pessoal. Isso daí é prevenir. Mas aí [nessa situação, com essas condições], vem o problema de fórum íntimo das pessoas realmente que não se cuidam. Mas, aí também, os brasileiros sempre deixam as coisas para a última hora, eu acho que pela falta de informação (RC, Molhes da Barra, entrev, p.15 e 23).*

O conselheiro declarou que, na suposição de *um ambiente* com disponibilidade das condições promotoras da saúde (equivocadamente referidas por prevenção), - como alimentação, moradia, saneamento e emprego, - a educação oportuna está caracterizada pelas práticas comportamentais, pessoais e individuais. Essas características são próprias da Educação em Saúde, conceituada como “quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde” (CANDEIAS, 1997, p. 210).

Nesse relato, *a saúde* foi incluída no sentido da disposição do trabalho e o que dele proviria. *O ambiente* foi relacionado ao local que oferece os elementos promotores da saúde e as práticas típicas da Educação em Saúde como uma obrigação de cada indivíduo à manutenção da saúde.

Em outras situações, identificou-se uma variância de adequação das práticas de educação anteriormente conceituadas. A fala a seguir retrata a dificuldade de desenvolver as práticas características da Educação em Saúde *no ambiente* da comunidade nos casos em que não há disponibilidade de alimentação e materiais de higiene:

*Eu já estou te falando da doença, porque os remédios quando tu precisas é porque já se está doente; a saúde já não está boa. Na doença tu já não está com saúde, a pessoa já tá doente, a pessoa está precisando do remédio. Eu, pra mim, é educação, também, também! Não é dizer assim “Ah, eu vou educar”, não. Ir lá conversando, com todo jeitinho, vamos melhorar. Porque, às vezes, as pessoas tão com a autoestima lá em baixo, porque, Nadia, se a pessoa não tem uma mamadeira de leite pra dar pra um filho, como é que uma mãe vai ter vontade de limpar uma casa, de lavar uma roupa? Não tem um pedaço de sabão, não tem nada. Aí tu vai chegar na casa da pessoa e vai dizer: “Tu tem que limpar tudo”. E aí, o que a pessoa vai dizer? É uma coisa muito delicada. Está meio difícil (RC, Orla Marítima, entrev., p.10)*

*(...) problemas que poderiam ser evitados, problemas de higiene das pessoas, que não ocorrem exatamente pela situação financeira e econômica que as pessoas enfrentam (RC, Molhes da Barra, entrev, 15).*

Em meio às falas dos representantes do segmento dos usuários da saúde que retrataram a situação do indivíduo ou da comunidade de não disporem dos elementos promotores da saúde, a educação com ênfase nas características comportamentais ora foi lembrada com importância reduzida, ora pareceu ser mencionada pelo hábito ou pelo comprometimento em fazer essa menção.

Logo, no momento em que os discursos enfatizaram *o ambiente local* da comunidade, caracterizando-o pela pobreza e precariedades de alimentação, moradia e saneamento, a maioria das falas sugestionou o desenvolvimento da Educação em Saúde com certa atonia, ou justificando essa falta pela própria carência econômica da comunidade.

Contudo, houve exemplos em que a Educação em Saúde foi também adequada para as situações de carências comunitárias, indicando que esta não justifica certas atitudes que degradam o ambiente de subsistência humana. Ela apareceu relacionando o uso do conhecimento para e amenizar a situação das necessidades básicas e da obrigação de cada indivíduo à manutenção do seu ambiente de subsistência, respectivamente:

*Eu acho que é um pouco de falta de uma orientação, uma estrutura mesmo assim, financeira. Não, nem tanto também! Porque tem coisas que não precisa ter uma estrutura financeira melhor, para melhorar. Porque muita coisa assim que daria bem pra gente comer, a gente muitas vezes até põe fora, como as cascas de alimento. Folhas verdes, que nem a folha da beterraba, ninguém gosta de comer e eu adoro a folha da beterraba e tem bastante vitamina. São coisas assim que as pessoas não sabem que podem ser usadas, entendesse? Vai ali e compra um pouquinho de batata e aí, a casquinha? Mas aí falta uma orientação pra essas pessoas (RC, Cassino, obs, p.44)*

*Aí a professora dizendo que a gente joga sacolinhas na praia e vêm as tartarugas marinhas, olham o saquinho que fica com aquela bola pra cima e acham que é o alimento delas, porque elas comem as águas-vivas. E tinham que ver as coisas que eles diziam dentro da sala de aula, bobagens sabe: “Antes as tartarugas do que eu”. “E por que ela não cuspiu a sacola”. “Da próxima vez mete o dedinho e tira a sacola”. Rapazes que pescam há anos, que vivem da pesca e não vê que isso tudo prejudica a gente mesmo (RC, Cassino, entrev,p.53).*

Para esses conselheiros representantes da comunidade, a Educação em Saúde é concebida com suficiente resolução, segundo as especificidades das situações para as quais pretende ser aplicada e eles consideram isso ao pensarem ações para o Conselho.

Mesmo os conselheiros profissionais da saúde, com a constância do trabalho no realce da Educação em Saúde, distinguiram que, para certa parcela da população, somente essa característica de educação não estava sendo suficiente para alterar o ciclo relacional entre ‘saúde, ambiente e educação’ uma vez que as condições socioambientais eram desfavoráveis à produção da saúde na comunidade adscrita.

Nessas condições, os profissionais de saúde, reconhecem que para a parcela da comunidade mais carente, a informação em saúde não estava sendo capaz de transformar as situações que atrelam os indivíduos a elas, como sugerem as orações:

*Tem pessoas que, com a informação, elas se tornam atuantes e conseguem uma situação mais saudável Enquanto, tem aquelas pessoas que, mesmo a gente estando lá, mesmo tendo acesso a um profissional de saúde, a medicação, a informação, eles não conseguem optar por isso. Ele não consegue visualizar que, fazendo a prevenção, ele vá ter uma situação mais saudável (RP, Ilha da Pólvora, entrev., p.27).*

Como notamos, em se tratando da educação, os conselheiros ora reforçaram a questão da informação, ora das carências comunitárias, segundo o segmento que compõem. Entretanto, no que tange à operacionalização das ações pelo Conselho, nas primeiras reuniões, motivados por estudantes da universidade federal, as discussões chegaram a tratar de alguns possíveis fatores causadores das doenças da comunidade e das ações que o Conselho poderia intermediar nessa relação.

Nesses momentos de observação, os conselheiros locais, tanto os representantes da comunidade, como dos profissionais, descreveram a relação ‘saúde, ambiente e educação’ em ciclos correntes e ininterruptos, como também apareceram nas entrevistas:

*Eu mesmo, assim, hoje, o meu banheiro é na rua, é fora da minha casa. Isso também é uma coisa que implica muito na saúde da gente. Porque tu vai ali, toma um banho e já tens que passar pelo pátio. Quer dizer, já pegas mais alguma sujeira. Isso acarreta já algum problema de saúde, alguma infecção, alguma bactéria que a gente já pega (RC, Cassino, entrev, p.42)*

*Hoje crianças com onze, doze, treze anos já são mães, Então precocemente essas pessoas também ficam muito vulneráveis, porque fica à mercê das doenças, porque sequer têm condições financeiras de sobreviverem a si próprios. Então já carrega mais uma família, aumenta a população dessa família e isso acaba, no futuro, gerando mais doenças (RC, Molhes da Barra, entrev, p.15).*

Não obstante, foram pelas entrevistas que os conselheiros, sem distinção de segmento, demonstraram conhecimento sistêmico da relação entre ‘saúde, ambiente e educação’:

*(...) aquela praia que era linda ali, que era uma coisa de lazer e também de sustento para eles, ela foi tão explorada que ela já não é mais. Então aquele ambiente ali da Lagoa ele já se modificou. Então, eu acho que é um ambiente que infelizmente ficou muito urbano e muito empobrecido. Então, quer dizer, esse ambiente está ali provocando doenças tanto físicas, quanto emocionais. É um ambiente, por tudo isso mais empobrecido, e aí, quer dizer, em si, falta saneamento, tem lixo na rua, a casa não está em condições, com famílias desestruturadas, o ponto de droga, a prostituição das jovens, das crianças... (RP, Ilha da Pólvora, entrev, p.3)*

*Pra mim? A minha preocupação, assim, com o meio ambiente, é que o homem que está terminando. O homem começou a querer modernizar as coisas, a ficar mais fácil as coisas pra nós, pro ser humano. Antigamente, nós íamos ao minimercado, tu*

*levavas sacola de casa. Agora não, tu vem do supermercado com 4, 5 sacolinhas. (...) dura 400, 300 anos aquilo lá. É, o ambiente aqui da nossa comunidade é muito pobre também. A uns 4 ou 5 anos atrás deu um temporal, de vento e chuva e encheu muito a lagoa. Quando baixou, Nadia, as árvores, parecia árvore de Natal. De sacolinhas de lixo nas árvores! De tu veres, a tristeza que dava, e as pessoas achavam bonito! Ela não está vendo que aquilo ali, o futuro dos filhos e dos netos e dos bisnetos. Dava pena de ver (RC, Orla Marítima, entrev, p.10).*

Esses *saberes* foram acompanhados da questão da preservação do ambiente e da qualidade de vida como requisitos que devem ser construídos no presente em benefício das gerações futuras.

Em alguns momentos, os conselheiros de ambos os segmentos, além da Educação e Saúde, indicaram ter o conhecimento e estarem carentes de uma educação que objetiva construir indivíduos ativos, que invistam na transformação social e não apenas na interrupção dos ciclos saúde-doença, como evidenciam as falas:

*Bom! Educação eu entendo que é a informação que pode transformar o sujeito. E transformar ele para que ele amplie os seus horizontes, produza mais, que ele busque melhorar. Então, eu acho que a educação é isso: ela é transformadora (RP, Ilha da Pólvora, entrev, p.33).*

*E fazer alguma oficina, alguma coisa, pra elas aos pouquinhos irem entendendo e irem lutando por elas. Porque tem pessoas que não lutam, não têm emprego, não têm nada e ficam sentadas. Então, pra gente resgatar eles pra eles entenderem que a vida não é isso aí. Que eles têm que lutarem também pra terem as coisas, pra sustentarem a família (RC, Orla Marítima, entrev, p.10).*

Apesar desses *saberes* e sentimentos, até o tempo das observações de pesquisa, os conselheiros não tentaram se vigorar coletivamente da consideração do indivíduo como agente *transformador* das inconveniências de vida e do trabalho.

Em alguns momentos, em que as falas que expressaram certo conhecimento sistêmico da saúde, foram entremeadas por frases de retraimento em solicitar colaboração de outros setores municipais na execução de ações características de Promoção da Saúde, como apresentamos:

*E não é só esse trecho aqui que joga esgoto. Tem um trecho mais lá adiante, que aquelas pessoas lá também não têm. Ou acham que todas aquelas casinhas lá têm fossa em cada pátio? Não têm. Eles jogam direto pra praia. Quer dizer, é muita gente jogando, uma casa com 5, 6 pessoas...Mas tu vai comer o peixe também! Tu vai comer o camarão! Porque esses problemas não tão sendo só pra aqueles ali. Vai ser pra mim, pra ti, pro Prefeito, porque todo mundo come peixe daí; todo mundo que vai ali no mercado compra camarão dali... Não sabem nem da onde vem, mas vem daqui da nossa praia! O problema é que, se o prefeito faz um banheiro para umas famílias, já vem outro bairro carente. E, é teu o banheiro, é teu o pátio. Então caberia a cada u. Só que, o problema, é que essas pessoas não tão tendo uma estrutura financeira pra conseguir fazer isso. E aí, de quem seria esse problema?(RC, Cassino, entrev, p.52).*

Os conselheiros locais oscilaram entre frases que indicam que ora as mudanças das condições de vida são de sua responsabilidade, ora da responsabilidade da infraestrutura do município. Mas a responsabilidade desse último foi timidamente mencionada e ainda demonstra a necessidade de justificá-la alegando que os problemas do ambiente local não ficam restritos a esse espaço.

Eles demonstraram certa insatisfação pelas limitações da participação representativa do CLS, no sentido da ausência do direito ao voto de um membro do CLS, no Conselho Municipal de Saúde (CMS). Em contrapartida, procuraram articular um modo de tornarem-se mais ativos, por meio da participação da coordenadora do CLS nas reuniões do CMS, como representante da Pastoral da Criança:

*Mas a Pastoral da Criança tem representante no Conselho Municipal de Saúde que pode votar. Eu nunca fui, mas agora eu vou tentar ir lá. Eu vou juntar as duas coisas pelo Conselho. Tudo que eu souber que vai está acontecendo lá como Pastoral, eu vou trazer pra cá, para o Conselho. (RC, Cassino, entrev, p.8).*

Em outros momentos os conselheiros evidenciaram preocupação com o término do período do mandato e as ações discutidas não terem sido feitas, bem como a preocupação de que os novos conselheiros não se empenhassem no engajamento necessário, como sugere a fala:

*Eu estou preocupada, porque agora, em novembro, termina já o nosso tempo. Faz dois anos agora em novembro. Agora minha preocupação é outros que pegarem, se não tiverem a mesma visão que eu estou sempre procurando, eles entenderem o troço mais no geral, e está muito difícil. Imagina outra turma que entrar que não tenha visão. Porque é muito fácil tu avisar assim, ó: “Vai ter eleição pro Conselho, já completou dois anos”. i aparece 20, 30. Mas é pra dizer depois: “Eu sou do conselho local de saúde, eu participo”. Mas não é a luta, não é a camiseta ali de trabalhar. E essa é minha preocupação (RC, Orla Marítima, entrev, p.3).*

A operacionalização do CLS, que teve seu início com o desenvolvimento de uma prática de Educação em Saúde, foi consolidada pelo tempo ao limite dessa única prática, porque até o momento das observações nenhuma outra atividade foi desenvolvida. As observações indicaram que essas dificuldades de operacionalizar a saúde entre as questões de espaço e tempo podem ter circunscrito o Conselho no desenvolvimento de uma atividade comunitária até o momento da observação de pesquisa.

Os conselheiros participantes, em grande maioria do segmento dos profissionais da saúde, organizaram o referido mutirão, considerando o risco de uma doença transmissível endêmica a algumas regiões, mas com possibilidade de incidência no município em questão por suas características hídricas e portuárias - a Dengue.

Os envolvidos no evento investiram no conhecimento das crianças, por entenderem ser agentes estimuladores da mudança cultural familiar. Elas foram chamadas de Patrulha Ambiental Mirim. A fala indica a repercussão positiva para as crianças que participaram:

*Então, a gente fez a educação nas escolas; depois a gente convidou eles para saírem para a rua para a gente mostrar a realidade, o que estava acontecendo ali. A realidade: o lixo na valeta, que tava contaminando a praia. A gente saiu para mostrar para eles o que era a realidade ali que estava acontecendo na comunidade deles. Foi bom, porque as crianças se interessaram muito. Eles corriam para catar o lixo dentro da valeta. E a gente, com todo o cuidado, com as luvinhas e dizendo: “Olha, cuidado! Espera que a gente pega”. E a gente viu eles muito interessados! Teve repercussão. Teve uma professora que participou com a gente. E ela gostou muito. Disse que não tinha visto ainda uma iniciativa assim. Porque eles podem passar todo o dia ali e não perceber o que é aquilo que está acontecendo. E a gente queria mostrar para eles onde estavam os focos, para começarem dentro do pátio deles. Então a gente mostrou nas ruas o que eles poderiam estar fazendo dentro do pátio de cada um. Porque eles, começando no seu pátio, de repente vai mobilizando os outros (RP, Ilha dos Marinheiros, entrev, 40).*

No desenvolvimento da atividade, os partícipes tiveram a preocupação de vincular os conhecimentos clínicos e epidemiológicos sobre a doença informados por meio de palestras em escolas, com a visualização da situação do lixo à mercê do ambiente da comunidade.

Atividades como estas, relacionando as campanhas de saúde Pública como instrumento de trabalho, também foram postas pelo conselheiro médico como pretensão de outros trabalhos por meio do Conselho, como observamos na fala:

*Essa constituição da Patrulha Mirim Ambiental, que dessem seguimento disso durante todo o ano, não só no período do verão, porque outras doenças vêm. Mas, assim, no momento, penso na dengue; mas eu vejo assim, que nós temos todo um caso de verminose, de tungíase que é o bicho-do-pé, de impetigo que é uma doença: “Ah, uma besteirinha, uma lesão de pele”, mas que pode levar a uma doença nos rins e a pessoa poder levar a uma insuficiência renal (RP, Ilha da Pólvora, entrev, p.32)*

Embora essa atividade tenha sido combinada como primeira ação do Conselho, mesmo porque os conselheiros representantes da comunidade até então não haviam conseguido delinear, projetar e executar outra atividade - e eles mesmos culpam-se por isso - ela não foi retratada por esse segmento como sendo de grande interesse, como percebemos na fala:

*O que nós fizemos foi o estatuto, onde nós trabalhamos. Foi o que nós vamos deixar pra outros. Porque eu estou fazendo um ano já e eu tô frustrada que não consegui fazer bem dizer nada. Não, alguma coisa acho que sim. Mas assim eu quero... como é que eu vou te explicar? De trabalhar na rua, sabe? Até teve a campanha do mosquito da dengue. Até que no dia saíram, até saíram. Só que eu não pude, porque eu tinha outro compromisso (RC, Orla Marítima, entrev, p.3-5).*

Uma das considerações para esse parecer de alguns conselheiros, é que as pretensões das ações pelo CLS devem considerar o perfil socioambiental da população que se quer

atingir. No caso, a fala a seguir, de um ACS, trata de diferenças do perfil socioambiental dos dois bairros que compõem a ambiência da ESF, que dispõe do CLS em estudo:

*Porque é bem diferente [o Bairro A do Bairro B]. O Bairro B é todo beira de praia. No sentido do que eles vivem, eles se sustentam exclusivamente da pesca, tem um camarão, depois vem a tainha; então eles tem um ciclo tem um período que eles não tem nada. Já a parte do [Bairro A], a maioria é empregada doméstica e funcionário da construção civil. Tem que escutar as duas comunidades, porque na época, assim, no verão, que tu quer reunir, eles tão ganhando o dinheirinho deles dia e noite no camarão. Então, tu não consegue fazer uma reunião nem juntar ninguém. Então é difícil, é bem diferente a comunidade uma da outra. Apesar de parecerem juntas, mas não, a realidade é diferente e a gente sempre tem que escutar o outro lado. E a gente marca umas coisas que serve para uma comunidade e não serve para outra (RP, Reserva do Taim., entrev, 62).*

No mesmo sentido, houve falas, de um representante dos profissionais da saúde, que pontuaram que a educação escolar e a aderência às práticas de Educação em Saúde são comparáveis com a situação econômica da comunidade, de forma que as pessoas com melhor poder aquisitivo têm maior comprometimento na percepção de situações saudáveis ou não, como notamos:

*Então eu vejo assim, que é uma situação econômica muito ruim, em que essas pessoas, com situação econômica ruim, têm uma educação também que não é tão boa. O ambiente, ele favorece que tu tenha ou não saúde, e como vai ser essa saúde. E a educação te dá essa possibilidade de perceber situações saudáveis ou não, de um ambiente saudável ou não. Então, realmente está tudo ligado (RP, Ilha da Pólvora, entrev, p 34).*

Os conselheiros, representantes da comunidade, principalmente, mencionaram relação direta entre dispor de agentes promotores da saúde e a correspondência de indivíduos com uma saúde transcendente ao tempo. Segundo a fala, há relação direta entre condições financeiras e as condições de alimentação e desnutrição infantil na comunidade. Somente escaparia dessa correspondência, a vulnerabilidade a algumas doenças transmissíveis:

*Não que uma pessoa saudável também não apresente problemas, não! Tem a AIDS, a Dengue...Mas, principalmente esse problema da desnutrição infantil. Então, nós criamos hoje os homens de amanhã de uma forma paupérrima, pelas condições financeiras da família, às vezes que não tem um copo de leite para dar a um filho (RC, Molhes da Barra, entrev, p.15).*

Distintamente, por meio das entrevistas, houve dois exemplos de operacionalização de ações pelo CLS, que incluíram ambas as considerações dos quesitos de Educação em Saúde e carências comunitárias, que se mostraram até então reforçadas de modo individual nas falas. O diferencial é que eles vieram à análise do arranjo da produção e do consumo do sistema vigente com a finalidade de operar na contramão desses. Essas propostas foram mencionadas

por dois conselheiros. Um, ACS, representante dos profissionais da saúde; outro, representante da comunidade.

A proposta referiu organizações de cooperativas como uma atividade capaz de interferir tanto nas condições socioeconômicas, como na educação da comunidade. A cooperativa seria o meio para se atingir os resultados julgados necessários, sendo a educação e a sobrevivência as finalidades dessas propostas.

Como as propostas das cooperativas são quase idênticas, analisaremos apenas uma delas, escolhida simplesmente por contemplar maior variedade de informações e melhor delineamento. Suas características podem ser verificadas na fala a seguir:

*(...) no Grupo de Saúde Mental das mulheres da comunidade, a gente fala mais de mulheres só porque os homens não vêm. A gente tinha a idéia de fazer cobertores, edredons, de retalho de roupa velha e pedir nas malharias as sobras que eles fornecerem. Conseguir uma doação de uma máquina de costura. Mas o grupinho que se formou é de senhoras, que têm mais condições, e vêm para fazer artesanato, um bordado. E eu terminei me afastando, porque não era isso que eu queria, a perspectiva era vazia. Começar, então, com um outro grupo, a trabalhar com cobertor para a própria comunidade que é carente é uma maneira de ir mudando a realidade delas e a fazer curso de corte costura e nós conseguimos uma senhora que estava disposta a dar aula, a ensinar a costurar e aprender, e isso a gente pensa em fazer. A trabalhar com material reciclado, tentar montar uma cooperativa, um galpão; eles pegarem o lixo, separarem, reciclar para eles mesmos venderem, não eles catarem na rua para eles pesarem lá, vender para o outro ganhar mais que eles. Para elas aprenderem algo para elas terem uma outra visão, que tem uma perspectiva na frente E aí o presidente do bairro disse: “Mas isso é uma idéia ótima, porque enquanto ele limpasse o pátio dele, ele ia vê que aquilo não é lixo, que aquilo ia se transformar num caderno para o filho, ou num quilo de arroz ou num quilo de feijão que já ia fazer diferença”. Eu acho que o primeiro passo é esse; é tentar expor para a comunidade e ver se ela quer e quem está disposto a ajudar e participar. Nós conversamos com a presidente do outro bairro e ela achou uma idéia ótima, que não precisava ser para um bairro só. Que a gente podia se unir com os bairros vizinhos, juntar tudo isso e fazer uma cooperativa (RP, Reserva do Taim,, entrev., p. 55-56).*

Os dizeres explicam que a idéia da cooperativa partiu de uma experiência vivenciada no grupo de Saúde Mental iniciado pela equipe da ESF. Mas, segundo o conselheiro

ACS, essa ideia teria que ser modificada para se formar uma cooperativa que teria objetivos diferentes desse grupo. Essa cooperativa precisaria agregar o vínculo do trabalho para ajudar no sustento familiar ou para atender a necessidade que a comunidade tem para enfrentar o rigoroso inverno do sul do Estado.

A fala retrata que, na questão da Saúde Mental, as pessoas com menor carência socioeconômica são bem atendidas pelo formato do grupo, mas que, para atender outras necessidades comunitárias, a perspectiva é insuficiente.

Essa fala é muito semelhante à de outra entrevistada. Embora o seguinte relato não especificamente pontue as diferenças entre o grupo e a cooperativa que se formou em relação

a que se quer formar, ela menciona a palavra “transformar” que, no nosso entendimento, implica o sentido de mudança e alterações, como apresentamos:

*(...) tipo esse nosso grupo de saúde mental aqui, eu gostaria de transformar, de repente, esse grupo, numa cooperativa. Que as pessoas vissem um fim financeiro, porque já ia motivar mais eles e ajudar; aí acho que as pessoas se influenciariam mais. Eu costuro. Eu acho isso assim uma coisa que te dá muita força, uma grandeza tua interna. Isso satisfaz muito. Como pessoa isso te engrandece, porque tu estás vendo aquilo ali: “Fui eu que fiz. Eu sei fazer!” Então, eu acho que o seria muito importante a gente tentar trabalhar com essa comunidade e, ali nesses grupos, a gente já podia trazer informações sobre tudo, enquanto a gente tá ali trabalhando (RC, Cassino, entrev, p.46).*

Essa medida também observa a questão de que o ato de realizar uma atividade favorece a abertura à informação, como mostra a fala:

*É, porque a gente já tiraria essas pessoas desse mundo fechado; abriria um pouco a visão delas; levaria uma renda, porque elas teriam a renda delas; ajudariam dentro de casa; aprenderiam a fazer outros tipos de serviços que elas não sabem; e aprenderiam também a reciclar. Juntar o útil e o agradável É, a mesma coisa que o meu artesanato. Eu vivo dizendo: eu faço bolsas de garrafa, bolsas de cartão telefônico, que a gente junta na rua, entendesse? Era isso que eu queria fazer com essa cooperativa! Que, em vez da gente jogar a garrafinha fora, vamos dar serviço pra essas mulheres, vamos fazer trabalhos manuais pra serem vendidos em feiras, entendesse? Porque aí a gente já estaria limpando, ensinando, que elas podem fazer com aquele material que seria lixo e ganhando (RC, Cassino obs, p.53).*

A proposta anterior é um exemplo de trabalho que considera as circunstâncias socioambientais no espaço da educação. Ela é de consenso pelos demais conselheiros, independente dos segmentos. Por exemplo, relacionamos que essa idéia está de acordo com a consideração do profissional médico:

*Eu acho que quem pode realizar é a própria comunidade. Quer dizer, no momento em que ela percebe e desperta para isso, eu acho que ela pode se tornar atuante. Votando nas pessoas certas, ela se engajando na comunidade, querendo fazer um trabalho de geração de renda, eu acho que a própria comunidade pode fazer isso. Eu acho até que, no caso aqui, como o presidente do bairro e como o Conselho Local são focos aí que podem germinar essas idéias, mas eles mesmos podem atuar, porque eles esperarem que venha um governo, vão esperar a vida inteira. O que poderiam fazer é se engajar, procurar por idéias, cooperativas, organizações que tornassem eles com poder mais representativo e por aí então de negociação (RP, Ilha da Pólvora, entrev, p.27).*

Ainda que as ações sugeridas na citação anterior, pelo conselheiro médico, expressem a vontade de todos, a frase que apresenta a comunidade por “ela” indica que esse fazer exige maior iniciativa e empenho dos próprios moradores da comunidade. A realização desses acontecimentos está dependente do maior empreendimento dos representantes da própria comunidade.

Observamos também que os conselheiros demonstraram vontade em realizar projetos em que a comunidade tenha que se responsabilizar em fazer, em trabalhar, porque entendem que o fazer estimula novos aprendizados e, portanto, as pessoas ficam mais receptivas a receberem outras informações, como advertem as falas:

*(...) não sei onde eu peguei um folheto que dizia que o governo tá ensinando a pescar. O governo não tá nos ensinando a pescar ainda, né. O governo tá nos dando peixe direto. E eu acho que o que é preciso é ensinar a pesca. Então, eu acho que o Conselho até conseguiria ou vai conseguir um dia isso (PC, Cassino, observação, p. 48).*

*Elas não têm onde deixar os filhos. Os maiores é que tomam conta, ficam com os menores. Já os maiores já começam que não vão à escola: falta um dia, porque tem que cuidar da roupa hoje; porque o irmãozinho tá doente. Então o que tinha que ter, escola de horário integral, uma creche (...) um curso para trabalho, que fosse cabeleireiro, azulejista, auxiliar de pedreiro, coisas que tivessem mais ao alcance deles. Para poder trabalhar e quem sabe fazer o 2º grau à noite. E isso a gente não vê nas comunidades (RP Reserva do Taim, entrev. p. 54).*

As conselheiras não estão referindo-se apenas a considerações que o CLS deve atentar em seus projetos, mas em considerações que níveis maiores de gestão devem pensar aos seus planos de ação. São considerações alusivas à necessidade de se promover atividades práticas e educativas com as pessoas que recebem os benefícios assistenciais, caso não tenham emprego ou outro trabalho.

Foi sugerido não apenas a proposta de manter as crianças nas escolas em troca da assistência, mas junto a medidas como essas comentam da necessidade de estimular os próprios pais a exercerem o seu tempo livre para atividades como serviços voluntários, realização de cursos ou participação em cooperativas e outras.

#### 4.2.2 Discussão dos Resultados

Conforme os dados da pesquisa, o ambiente foi apresentado pelos conselheiros, como elemento de readequação das práticas de educação, significando que essas modalidades precisam ser ajustadas a partir de situações concretas e locais, a fim de problematizar o contexto de vida, as carências e atitudes dos sujeitos, ora particulares em cada situação, tempo e espaço.

Nessa apresentação, o ambiente está no sentido das condições em que vivem as pessoas, formando um universo tecnológico de conformação das estruturas de atenção à saúde, a qual influencia na modelagem das intervenções em saúde (CEZAR-VAZ et al, 2007).

Observamos e ouvimos exemplos de que as práticas de Educação em Saúde no sentido de informar, ou mesmo passar conhecimentos da relação entre algumas causas do adoecer com os comportamentos e atitudes dos indivíduos, também têm seu espaço e valor de aplicação. Mas, a opção do aproveitamento dessas informações mostrou-se dependente e proporcional a outros fatores.

Nas prioridades de ação pelo Conselho, enquanto algumas falas - mencionadas por representantes da comunidade, principalmente - penderam ao atendimento da população mais carente, mantendo a consideração de que essa população tem dificuldade de aderir às práticas de Educação em Saúde sem a motivação da modificação das condições de vida, outras reforçaram a Educação em Saúde.

Em algumas situações, como do uso do meio ambiente e dos recursos dele disponíveis, no caso mais enfático da pesca, a falta das Práticas de Educação em Saúde, tipo jogar sacolas plásticas no ambiente, foi julgada pelos conselheiros como atos inadmissíveis. Nesse momento, as falas relacionadas à preservação do ambiente foram apresentadas junto a discursos que envolveram conhecimentos ecossistêmicos relacionados à sobrevivência socioambiental fundamentados em vivências pessoais.

A experiência do trabalho, os sentimentos e dependência dos recursos ambientais do ambiente em que se dispõem os sujeitos podem significar, então, fontes de produção de saberes. Por isso, Gazinelli (2005) observa que há uma não-correspondência freqüente entre saber instituído e mudança de comportamento, por meio das práticas de Educação em Saúde em relação aos aspectos do ambiente. Ou seja, porque, na maioria das vezes, as atitudes não podem ser modificadas valendo-se unicamente de novos conhecimentos.

Para além da visão sanitarista e no repasse de informações, as práticas de Educação em Saúde precisam reconhecer que o indivíduo não é apenas o receptor e o agente das influências socioambientais, mas ele tem a capacidade de análise e convergência desses estados e, por ética, a liberdade e o direito à escolha (PORTO et al, 2002).

Também no caso de algumas Doenças Transmissíveis mencionadas, como Tungíase, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA-AIDS) e Dengue, as práticas em Educação em Saúde mostraram-se possíveis de serem trabalhadas por estarem às margens das carências comunitárias. Mas, mesmo assim, lembremos que no conselho em estudo, elas foram tidas como medidas de interesse secundário pelos conselheiros representantes da comunidade, considerando o perfil da população a que foi oferecida.

O modo como foi trabalhada a relação 'saúde, ambiente e educação' no risco da Dengue na comunidade indica uma abordagem de caráter teórico-prático com enfoque na

Educação em Saúde. A atividade foi proposta para a comunidade com o ambiente mais poluído, em que as valas e bueiros tinham mais lixo, ora apresentada também pela comunidade do bairro mais carente. Essa atividade foi coordenada pelos profissionais da saúde e desenvolvida em conjunto com a Equipe Saúde da Família.

Góis (2007) chama a atenção que o Dengue não tem uma causa única, tem um contexto complexo, que requer a consideração das inter-relações entre os fatores ambientais, sociais, culturais, econômicos e que envolvam os diversos atores sociais, populações locais, pesquisadores e gestores de diversas áreas.

No ambiente da pesquisa, a Educação em Saúde, nos moldes da mudança individual e comportamental, teve sua suficiência atrelada às condições de vida da população a que estava sendo proposta. A essa conformação foi cabida à Educação em Saúde uma medida de valor segundo a situação de sua aplicabilidade. Mas, mais coerente seria lutar para a conveniência dos instrumentos que desatrelariam as condições de vida.

Portanto, em relação ao quesito ‘educação’, na particularidade do formato da Educação em Saúde, na operacionalização das ações do CLS, as práticas não se mostraram insensíveis ou não compreensivas às situações de vida da comunidade, mas a efetividade de seus resultados poderia ser maior se essas fossem integradas a mudanças socioambientais *transformadoras do social*.

Outras pesquisas, como de Pestana et al (2007), também indicaram semelhantes resultados, destacando que os conselheiros locais de saúde revelam uma prática de controle restrita à racionalização do serviço através do gerenciamento administrativo da unidade de saúde, sem interferir na política de saúde e na destinação da verba pública.

Para essa transformação, haveria a necessidade da abordagem ecossistêmica da saúde humana, pois esta implica a construção de estratégias de gestão integrada do meio ambiente na promoção da saúde (CEZAR-VAZ et al, 2007).

Ao reforçarem suas considerações de supervalorizar ou a Educação em Saúde ou as carências comunitárias, os conselheiros não concentraram esforços conjuntos na capacidade de transformação que eles podem empenhar no processo coletivo de produção da saúde. Ao contrário, o empenho coletivo não é somente capaz de interromper ciclos do processo saúde-doença exemplificados pelos conselheiros, como é capaz de impedir o seu início ou o seu movimento pré-delineado. Conseqüentemente, na saúde, o empenho coletivo é capaz de motivar outro ciclo, iniciar ou recriar a produção da saúde. No mais,

A possível desconstrução da racionalidade capitalista e a construção de uma racionalidade ambiental, passa, pois, pelo confronto de interesse opostos e pela conciliação de objetivos comuns de diversos atores sociais (MARX e ENGELS, 2006, p.135).

Abordando a transformação social, não é oportuno isoladamente supervalorizar nem os condicionantes da saúde (referidos pelas situações de vida da comunidade) nem a própria educação, mas empreender trabalho na capacidade humana de transformar as circunstâncias e o próprio educador. Podemos relacionar essa mediação, com a seguinte citação:

(...) a doutrina materialista que supõe que os homens são produtos das circunstâncias e da educação (...) esquece-se que são justamente os homens que transformam as circunstâncias e que o próprio educador precisa ser educado (MARX E ENGELS, 2006, p.118).

A essa mediação da práxis do trabalho, Marx associa a práxis significativa. A práxis significativa é produzida do encontro da práxis material com a práxis teórica. Por depender do concreto, valoriza a consideração da “constituição corporal” e das condições de existência humana. Esse prestígio de sua condição, por vezes, é o próprio reconhecimento do potencial de diferenciação humana dos demais seres vivos e da sua capacidade de transformação, como confere o parágrafo (MARX e ENGELS, 2006).

A práxis significativa tem o potencial de transformação do social, porque agrega, junto ao trabalho ou na projeção da atividade, tanto a ciência das práticas inspiradas no concreto como os potenciais ou capacidades humanas disponíveis para realizá-los. A capacidade humana de projetar ações e antever os resultados patrocina a práxis significativa. O produto da práxis significativa é, então, um produto que agrega tanto o contentamento material como o espiritual.

Pela análise dos dados, relacionamos que a *práxis significativa* em Marx apresenta congruência com a *Racionalidade Ambiental* em LEFF pela perspectiva transformadora do social. Ambos, inclusive, ressaltam que as práticas das organizações criadas localmente, com essa característica, precisam estar combinadas com outros locais, agentes, saberes e poderes para alterar estruturas em escalas globais.

Por outro lado, nosso referencial teórico avaliou que a idéia da cooperativa, segundo mencionado, não pretende reproduzir o formato do trabalho que visou à saúde mental das pessoas, porque se destina a outro perfil de população. Nessa visão, a população mais carente tem maior dificuldade de alcançar a saúde mental, porque há outros fatores, como a carência socioeconômica de vida e suas repercussões, influenciando profundamente nessa condição.

Considerando essa variável e almejando a eficiência do trabalho, as falas sugeriram que o formato da atividade precisa ser remodelado, que a motivação das pessoas viria em favor de sua saúde mental (por meio da perspectiva) e que isso geraria aprendizados éticos e contínuos por estarem sustentados no trabalho (como atividade inerente e, portanto, necessária ao ser humano). Nesse sentido, o trabalho, no seu interior, se concretiza pela abordagem ecossistêmica de seus elementos, externalizando seus componentes sistêmicos, no sentido da tentativa da superação do pressuposto “bioclínico” predominante na atenção à saúde (CEZAR-VAZ, et al, 2007).

Distante de simplesmente reivindicar ações, entendemos que empreendimentos como esses, ao serem iniciados e bem projetados a seus objetivos, significam força política, pela sua fundamentação em pilares éticos e ecológicos, com capacidade de transformação social e manutenção da proposta.

Ao referirmos a perspectiva transformadora, queremos dizer por aquela que estabelece

um movimento unitário entre teoria e prática, em processo integrado de mudança de valores e de padrões cognitivos com ação política democrática e reestruturação do conjunto das relações sociais, inclusive as econômicas, que definem a base da organização da vida em sociedade (LOUREIRO, ano<sup>28</sup>, p.265)

Tendo essa fundamentação e delineamento, possivelmente os conselheiros, por seus trabalhos, teriam maior possibilidade de serem apoiados porque denotariam arranjos locais com legitimidade política. Nessa visualização, esta medida resolveria grande parte dos problemas de entrosamento e satisfação com os resultados das atividades possíveis de serem realizadas por meio do Conselho, que se mostraram como empecilhos constantes à coesão do grupo de conselheiros locais de saúde.

Há de se precaver que os vínculos e adesões institucionais necessários à construção da cooperativa, contudo, não reprimam os objetivos da comunidade que iniciar o trabalho. A formação da racionalidade ambiental adverte que, no momento em que se estende o grupo de trabalho, que tem um objetivo e um perfil comunitário, a outros grupos, sem o devido conflito que agregue interesses distintos a objetivos comuns, ou no momento em que os objetivos não são comuns, o sistema singular e diverso das significações de uma comunidade pode ser perdido na formação de um novo grupo.

Em nossa pesquisa há falas que referiram a pesca como a principal economia de grande parte da comunidade de um dos bairros que compõem o CLS estudado, e que está

---

<sup>28</sup> LOUREIRO, Carlos Frederico B. O que significa Transformar em educação Ambiental? In: ZAKRZEWSKI, Sônia Balvedi e BARCELOS, Valdo (org) Educação Ambiental e Compromisso Social: pensamentos e ações. EDIFAPES. Série Pensamento Acadêmico. Ano, p. 265-278

escassa na lagoa. Com a situação da possível dificuldade econômica pela “degradação ambiental e a destruição de seus recursos”, pode ser gerada também a “desintegração de valores culturais” (LEFF, 2001, p.327).

Por outro lado, como foi mencionado pelos conselheiros, o crescimento do grupo da cooperativa, preservando os mesmos objetivos, pode fortalecer a cooperativa, assim como torná-la operante a trocas com outras cooperativas. Para Leff (2001), é por meio da possibilidade de relações de intercâmbio entre diferentes comunidades, que estão consolidadas por suas diferenças na diversidade ecológica e nos espaços geográficos, que se superam as insuficiências comunitárias, trazendo coerência as suas práticas sociais e produtivas em relação com as potencialidades do seu entorno geográfico e recursos naturais.

A operacionalização das ações tende a não equivaler às projeções quanto maior a dependência de instrumentos de trabalho e diferentes objetivos nesse processo. Por isso, desenvolvimento de conhecimentos no campo saúde numa abordagem ecossistêmica da saúde humana, exige a construção de estratégias de gestão integrada do meio ambiente na promoção da saúde (CEZAR-VAZ, 2007).

A construção dessa estratégia considera “a perspectiva da política do espaço, do lugar e do tempo, reivindicando o direito à autonomia do ser, dos povos, das pessoas em geral” (LEFF, 2001, p.339)

As condições ecológicas e culturais, ao passo que possibilitam práticas produtivas ao seu entorno, também se exaurem com o esvaziamento dos recursos naturais. Já nas práticas socioambientais sustentáveis, pelas “formas de coesão-social e auto-suficiência” (LEFF, 2001, p.335), há de se prever o risco da incorporação às práticas produtivas da sociedade consolidar-se ao formato dos instrumentos tecnológicos pré-ofertados, de forma que se perca o objetivo das economias alternativas.

A abordagem ecossistêmica é capaz de determinar elos entre a saúde humana e as atividades ou os eventos que perturbam o estado e a função ecossistêmicos. A compreensão desses elos pode orientar as intervenções e as opções políticas que promovem a saúde humana. As intervenções estarão prejudicadas se os determinantes ecossistêmicos da saúde não forem levados em conta. Em caso extremo, se os ecossistemas perderem a capacidade de se renovarem, a sociedade ficará privada de serviços essenciais à sustentação da vida (NIELSEN, 2001)

A proposta de trabalho do CLS voltada à construção de uma cooperativa, na voz de um representante da comunidade e um ACS, também pode ser identificada com as características da “práxis significativa” por não se limitar às ações convencionais de propostas

trabalho. Como justificativa de correlação, associamos que a cooperativa foi delineada de modo a apoiar-se no desenvolvimento do trabalho coletivo para a atenção das carências comunitárias, como obséquio para o trabalho de Educação em Saúde.

Esses trabalhos distinguem-se pelas expansivas e concomitantes conveniências que ofereceram tanto ao atendimento das necessidades da comunidade que o desenvolveria e do seu ambiente local, como pela repercussão positiva para as gerações presentes e futuras, e seus espaços. Significam modos e racionalidade particulares de pensar a operacionalização da relação 'saúde, ambiente e educação'.

Salientamos a construção dessa cooperativa por contemplar a avaliação entre as potencialidades e limites do processo de participação dos CLS, que Santos e Wendhausen (2003) sintetizaram. Dentro das potencialidades, pela idéia da cooperativa avaliar a solidez das questões do estado de saúde da comunidade *versus* possibilidade de solução dessas questões e pelo envolvimento das potencialidades do trabalho da comunidade na resolução de seus problemas. Dentro da consideração dos limites, pelas características da cooperativa subtrair-se das idéias pré-concebidas sobre quais são as necessidades da comunidade ou a descrença de sua capacidade na gestão da saúde.

Nessa situação, não se abdicou, como em primeiro momento, da elaboração da atividade, partindo-se para opções secundárias. Encontrou-se um modo possível de fazer e que, ao mesmo tempo, não mudou o caráter das propostas iniciais ou necessárias de serem feitas.

Em nossa pesquisa, as emoções e os desejos também se fizeram presentes na mediação do conhecimento e da produção da saúde. A essa observação, podemos relacionar Sawaia (1996), ao associar que os indivíduos calam-se frente a necessidades não atendidas, porque se questionam sobre como seria interpretado ou assumem a carência como uma incapacidade pessoal.

A ostentação do compromisso do trabalho, em que a comunidade teria que se comprometer em desenvolvê-lo para o atendimento das suas necessidades educacionais e vitais, tem como justificativa as falas dos conselheiros de saúde que referem a preocupação da cooperativa estar caracterizada para além do assistencialismo e pelo receio que possa existir o controle por parte das entidades que concederiam o benefício.

Em se tratando do assistencialismo público na esfera da responsabilidade social, como mencionado por uma conselheira representante da comunidade, a visão não é diferente. Se tido na intenção de possibilitar a constituição de sujeitos ativos e reflexivos na sociedade, também precisa vir adicionado ao desenvolvimento de atividades concretas. Caso contrário,

pode ser vinculada a uma estratégia de propiciar certa acomodação ou vergonha pela assistência recebida e, por consequência, passividade da comunidade assistida:

Essa “alienação” pode ser superada apenas sob dois pressupostos práticos. Para que ela se transforme em um poder “insuportável”, isto é, um poder contra o qual se faça a revolução, é necessário que tenha produzido uma massa humana totalmente “destruída de propriedade” e que se encontre, ao mesmo tempo, em contradição com um mundo de riquezas e de cultura existente de fato (...) (MARX e ENGELS, 2006, p.61).

Em complemento, Santos e Wendhausen (2003) relacionam o acanhamento dos conselheiros às dificuldades de visualização e aproveitamento das formas de participação institucionalizada.

Em substituição ao acanhamento, os conselheiros podem despertar a criticidade das condições de trabalho e vida. Para o saber ambiental, a dinâmica dos processos socioambientais ocorre na conformação dos interesses de atores sociais e organizações institucionais, segundo forças políticas. O saber ambiental orienta a concentração das forças políticas comunitárias a partir de discursos de “posição crítica da razão instrumental e da lógica de mercado, que emerge da natureza externalizada e do social marginalizado pela racionalidade econômica” (LEFFE, 2001, p.146).

Em consideração ao referencial teórico em Marx, deveremos acusar que a práxis significativa não seria suficiente para a produção de uma consciência desprendida e totalmente liberta das impregnações do sistema socioeconômico vigente que consolida diferenciadas condições de vida. Não basta sentir o desejo de libertação dessas representações, esse “ato de razão crítica não poderá conduzir ao desaparecimento do estado de coisas existente” (MARX e ENGELS, 2006, prefácio).

Para esses autores, unicamente com a mudança do sistema é que haveria libertação dessas impregnações ideológicas, pois o mundo das idéias, do abstrato materializa-se nas falas, nas inter-relações funcionais e estruturais entre os indivíduos; e o desejo de fazer diferente é acompanhado do pertencimento ao sistema. Essa consideração pode ser relacionada à falta de motivação que pode atrelar as pessoas à subordinação ou passividade.

Nesse contexto dos resultados de pesquisa, em que se indicou a insuficiência do caráter de algumas práticas de educação, a desmotivação dos conselheiros da pesquisa pela limitação do trabalho as conformações do espaço, tempo e instrumentos, visualizamos a necessidade da interferência das ações fundamentadas na Educação Ambiental (EA) segundo a Lei n. 9.795.

A EA aparece no contexto da saúde para além da contribuição dos saberes e concepções relacionais entre saúde, ambiente e educação, mas com a sugestão da necessidade

do empenho na transformação social da vida dos indivíduos por meio de formas de trabalhos alternativos ao sistema de lógica do mercado vigente, a fim de motivá-los aos saberes e conhecimentos promovidos *à práxis* desse trabalho.

A EA ressalta o comprometimento de contextualizar o diagnóstico de saúde e qualidade de vida na experiência concreta do indivíduo para com a relação ao sistema de produção e consumo em nível mais geral, no sentido da criação de uma *racionalidade* que percebe incoerências entre as necessidades e as atitudes veiculadas ao sistema e postas como de interesse coletivo.

A EA investe na motivação e capacidade dos indivíduos para a participação de construção de sua história de vida de modo mais ativo e com a finalidade de que as medidas a ele direcionadas satisfaçam seus interesses, objetivos e valores coerentes à *transformação social*.

Felizmente, há recentes incentivos para que se evolua na operacionalização das práticas do setor saúde tomando em adição os conhecimentos da EA.

Como exemplo, o estudo empírico de Grynszpan (1999) com 540 professores do ensino básico, que faziam parte de um projeto de Educação Ambiental, acerca da concepção da relação entre saúde e ambiente, a qualidade de vida foi identificada como uma identidade entre educação ambiental e educação em saúde. No recente ano de 2007, a carta ‘Subsídios para a Política Nacional de Saúde Ambiental’ explicita o necessário investimento das estratégias, como a Promoção da Saúde, para a articulação saúde e ambiente no planejamento das ações do Campo da Saúde Coletiva.

Também a ambiência do trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF), segundo Bromberger (2003) - pelo caráter das ações no enfoque do indivíduo, na família e na comunidade em seu contexto socioambiental, pela valoração das ações de Promoção da Saúde e da participação comunitária, do trabalho interdisciplinar e intersetorial - é um espaço propício para o desenvolvimento da EA e a implementação da Atenção Primária Ambiental.

Mas, a autora reforça que, embora seja possível perceber um estreitamento grande entre a saúde coletiva e educação ambiental, é necessário que “o trabalhador da saúde ouse mais em sua prática cotidiana de trabalho, não se limitando ao convencional” (p.23).Essa colocação faz sentido com os nossos resultados de pesquisa.

Diante dessas apresentações, que permeiam a compreensão da Educação Ambiental, queremos dizer que ela caberia como facilitadora do objetivo primeiro de trabalho dos conselheiros de saúde, que seriam as ações de Promoção da Saúde. Isso significa que tem o potencial de investir na lacuna que ficou entre o que os conselheiros gostariam de fazer e o

que se restringiram a fazer até o momento, por não disporem dos instrumentos de trabalho e motivação necessários.

Os saberes, ações e propostas de trabalho produzidas por esse conselho, ficaram no contorno da abordagem ecossistêmica da saúde, carecendo agregar, dentre outros aspectos, a atuação política, a integração comunitária e o empreendimento nas atividades características da formação de racionalidades ambientais em suas discussões coletivas.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desvelar da lógica do processo de trabalho descrito por Marx e Engels (2006) possibilitou compreensões interpretativas em abrangências menores, como a atividade de construção de um Conselho Local de Saúde com ênfase na produção da saúde socioambiental.

O referencial teórico em Leff (2001), sobre o saber e a racionalidade ambiental, complementou os entendimentos mencionados anteriormente, por canalizar a análise das atividades e projeções do CLS em relação à coerência com o conceito da saúde socioambiental.

A aproximação dos referências teóricos selecionados, permitiu-nos considerar que também em organizações como um Conselho Local de Saúde há interferência da logística de trabalho sistêmico do capitalismo. Mas, mais precisamente, permitiu identificar e compreender os movimentos evolutivos, complicadores e contributivos do desempenho da produção da saúde socioambiental por essa organização social.

Enquanto a relação ‘saúde, ambiente e educação’ mostrou-se única e similar, pela concepção discursiva de distintos segmentos que compunham o CLS, à produção do trabalho, a relação indicou-se sob diferentes alternativas e considerações.

A produção da relação ‘saúde, ambiente e educação’ na pesquisa, indicou a necessidade de ser trabalhada a partir das situações concretas e locais, a fim de problematizar o contexto de vida, as carências e as atitudes dos sujeitos, ora particulares em cada situação, tempo e espaço.

É pela concomitância ou seqüência das várias propostas de ação, sendo as mesmas referentes à Educação em Saúde, à Educação Ambiental, à Prevenção da Doença, à Promoção da Saúde e à cura, que se chega ao objetivo comum da melhoria da saúde da comunidade porque, na prática, as modalidades de trabalho estão muito próximas e não distintas.

Portanto, ao invés da adequação poder-se-ia pensar na integração dessas modalidades de trabalho. Nessa consideração, os fatores sistêmicos são a justificativa, enquanto o empenho coletivo para o acesso aos instrumentos de trabalho, ao espaço e ao tempo, são as variáveis para agregar e permitir essa possibilidade de ocorrência.

Sua autoridade a contextos mais abrangentes tem probabilidade na medida em que os laços sólidos pela coesão social vão abrindo caminhos às barreiras do trabalho.

Compreendemos que a operacionalização das ações de produção da saúde está dependente dos instrumentos de trabalho de que dispõem, promovendo uma distância entre a “transformação desejada e produzida, ou indesejada e inevitável”.

Os agentes do controle social, a exemplo dos sujeitos de nossa pesquisa, estão mantendo seu trabalho nas modalidades permitidas pelo arranjo dos instrumentos de trabalho disponíveis. O controle social precisa avançar coletivamente numa convergência política capaz da transformação das condições postas ao trabalho.

Com o arranjo posto, as divergências entre os interesse individuais e coletivos são reforçadas segundo algumas particularidades e facilidades, como as de tratar a saúde pelo reforço de ações educativas, preventivas e reivindicatórias, de modo desentrosado e ficando aquém as medidas capazes de promover a saúde.

Enquanto as práticas direcionadas exclusivamente à Educação em Saúde e à atenção preventiva primária não atendem suficientemente as necessidades da população, as reivindicações imediatistas atalham esse trabalho e o processo é salteado, não permitindo enfrentamentos na sua lógica de condução.

Os modos de compensação desenvolvidos pelos sujeitos de pesquisa, então, ao mesmo tempo em que podem significar uma forma de enfrentamento a inércia frente às condições adversas ao trabalho, também podem descaracterizar a realidade situacional local e tratar a saúde como conceito pré-concebido ou limitado aos instrumentos disponíveis.

Recomendamos que o investimento coletivo dos distintos segmentos responsáveis pela produção da saúde socioambiental em Rio Grande/RS seja na disposição dos instrumentos de trabalho dos conselhos no âmbito da gestão municipal, para menor dificuldade de desenvolvimento de ações no âmbito local.

Como comparativo da diminuição das barreiras da práxis intersetorial do trabalho, em instância federal, temos a vigência da Lei 8.080/90 que, no seu Art. 12, refere a criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil. Mas, em instância municipal, o empreendimento à redução das barreiras a Promoção da Saúde ainda exige laços intersetoriais mais estreitos.

As comissões intersetoriais em instância federal têm a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolve áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas áreas envolvem as seguintes atividades: alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e

farmacoepidemiologia; recursos humanos; ciência e tecnologia; e saúde do trabalhador (Art. 13).

Relacionamos as áreas não compreendidas no âmbito do SUS com as que abrigam as carências da comunidade, referidas pelos conselheiros. As medidas de ação nessas áreas foram vinculadas aos primeiros discursos dos conselheiros sobre como melhorar a saúde da comunidade na ausência dos impedimentos do trabalho.

Também podemos fazer outras considerações para o decurso desse processo, como recomendar alteridade<sup>29</sup> nas concepções dos conselheiros. As dificuldades de entrosamento e as insatisfações podem se tornar superiores às finalidades do trabalho, motivando um jogo de forças que desvia os conflitos que propiciam a transparência das idéias e os propósitos do trabalho.

Por vezes, apreender a valorizar as circunstâncias peculiares de uma realidade local, considerando mais as visões parciais e menosprezando “situações regulares e fixas”, como os discursos decorados e repetidos que desconsideram a premissa da condição humana atualizada, pode ser favorável ao principiar de transformações sociais.

Pela análise teórica e empírica desta pesquisa, concluímos que intervir no processo ou na disposição instrumental do sistema não é fácil, porque vai contra a corrente da normalidade compelida pelo próprio sistema que organiza o controle e a previsão instrumental em prol da manutenção de seu preceito.

Ao mesmo tempo em que observamos que os achados permitidos por meio da análise das categorias forneceram indícios precusores das potencialidades de uma organização social em construção, na perspectiva da compreensão da produção da saúde, acreditamos que somente as novas tentativas do fazer é que caracterizarão esse decurso.

Por isso, mesmo com as dificuldades de operacionalização da produção da saúde pelas organizações sociais, como os CLS, essas instituições carecem ser valorizadas, porque, em suas turbulências, encontram-se possibilidades de alteração dos contextos socioambientais.

Na análise da produção da Saúde Socioambiental por um CLS, nossa pesquisa identificou dificuldades da aderência da comunidade às ações de Educação em Saúde e Ambiente, hoje fundamentais para o controle da emergência de doenças provocadas por vetores, por exemplo. Diante desses achados, intermediaram-se lacunas necessárias de serem

---

<sup>29</sup> Alteridade, na filosofia, significa ‘qualidade do que é do outro’. AURÉLIO, Dicionário Eletrônico - Séc XXI. Editora Nova Fronteira. Desenv. Téc. MGB Informática Ltda. Versão 3.0. Nov. 1999. (dicionário de filosofia).

trabalhadas para a finalidade de estimular a co-responsabilidade comunitária e dos seus conselheiros representantes.

Os princípios da Educação Ambiental couberam, nesta pesquisa, como propulsores nesse processo. As valorações de trabalhos coerentes ao saber e racionalidade ambiental se mostraram coerentes às ações que os agentes do controle social, de início, apresentaram como necessidades de serem transformadas, mas que posteriormente, foram sendo substituídas por outras modalidades de trabalho.

As propostas de trabalho coerentes às ações da práxis significativa, do saber e racionalidade, agregaram características de promoção da saúde e abriram espaços para o desenvolvimento das atividades de Educação e Prevenção. Desse modo, queremos ressaltar que as distintas modalidades de trabalho não se concluem em suas substituições, mas em suas vinculações, exigindo que os agentes do controle social, sejam profissionais e representantes da comunidade, assumam com maior veemência a postura de agentes de transformação socioambiental, não se conformando aos arranjos estruturais que dificultam essa realização.

## REFERÊNCIAS

AERTS Denise;et al. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(4):1020-1028, jul-ago, 2004.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. Ciência & Saúde Coletiva, 8 (4): 1005-1018, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 3º (3.:1963:Brasília:DF). Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992. 246 p. 1.– Saúde Pública – Congresso Fundação Municipal de Saúde. 252 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 7º. Brasília, 1980. Anais da 7º conferência Nacional de Saúde. Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. 280 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 8º. Brasília, 1986. Relatório final. AGE. WA30DB8. Ref. B823. e. 2, 1986. 29 p.

\_\_\_\_\_. Presidência da República Federativa do Brasil. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. [online] Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/legislacao/leis/>> Acessado em 25/9/2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Brasília: MS, 2001. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. PSF - Programa de Saúde da Família. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1998.

\_\_\_\_\_. Lei n. 9.795, de 27 de abril de 1999. Institui a Política Nacional de Educação Ambiental e dá outras providências. Presidência da República [on-line].1999. Brasília Disponível em:< [http://www.planalto.gov.br/CC\\_IVIL/LEIS/L9795.htm](http://www.planalto.gov.br/CC_IVIL/LEIS/L9795.htm)>Acessado em 25/9/2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Seminário Nacional de Saúde e Ambiente com Controle Social (1.: 2003: Brasília, DF). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente. – Brasília: Ministério da Saúde – (Série D. Reuniões e Conferências), 2003. 42 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Res. CNS n.º 196/96 e outras) Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. – 2. ed. ampl., 1.ª reimpressão., – Brasília: Ministério da Saúde – (Série E. Legislação de Saúde – MS) – (Série Cadernos Técnicos – CNS) ISBN 85-334-0593-6. 2003. 106, 64 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002 / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.140p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental. Subsídios Para Construção da Política Nacional de Saúde Ambiental. [on-line]. 2005. Disponível em: <[http://www.conasems.org.br/Doc\\_diversos/politicavers%C3%A3o.pdf](http://www.conasems.org.br/Doc_diversos/politicavers%C3%A3o.pdf)> Acessado em 25/9/2006.

\_\_\_\_\_. Ministério do Meio Ambiente. Agenda 21. [online] Disponível em:<<http://www.mma.gov.br/index.php?ido=conteudo.monta&idEstrutura=18&idConteudo=4977>> Acessado em 25/9/2006.

BROMBERGER; Suzi Mara. A Estratégia Saúde da Família numa Perspectiva Ambiental para a Promoção da Saúde. Boletim da Saúde. Porto Alegre. Volume 17. Número 2. Jul./Dez. 2003.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. [on-line]. Ciênc. Saúde Coletiva., Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext &pid=S1413-812320030002\\_00018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S1413-812320030002_00018&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25/09/2006

CAMPOS, Regina Helena de Freitas. Psicologia social comunitária: Da solidariedade à autonomia. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

CAMPOS; Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciência & Saúde Coletiva, 5(2): 219-230; 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner; CHAKOUR, Maurício; SANTOS, Rogério de Carvalho. .Análise Crítica sobre Especialidades Médicas e Estratégias para Integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS) In: Cadernos de Saúde Pública, ENSP; Rio de Janeiro, 1997.

CAMPOS, Gastão Wagner. A Saúde Pública e a Defesa da Vida. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, Luciane; WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira. A Incorporação da Participação Social na Estratégia de Saúde da Família: O Papel dos Profissionais de Saúde. Fam. Saúde Desenv., Curitiba, v.5, n.3, p.231-239, set./dez. 2003

CANDEIAS, Nelly M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev. Saúde Pública 1997; 31 (2) : 209-13.

CARVALHO, Antônio Ivo. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

\_\_\_\_\_. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, S. (Org.) Saúde e Democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.93-112.

\_\_\_\_\_. Os Conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado. In: Revista Ciência e Saúde Coletiva, 1998, pp. 23-25, vol. III, nº. 1.

\_\_\_\_\_. Os caminhos da descentralização no setor saúde brasileiro. Saúde em Debate, nº 38, mar., 1993.

CARVALHO, Isabel Cristina de Moura. Educação ambiental: a formação do sujeito ecológico. São Paulo: Cortez, 2004.

CARVALHO, Rosely Cabral de. A participação popular no conselho municipal de saúde de Feira de Santana. Dissertação de Mestrado, Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, 1998.

DI CASTRI, Francesco. Ecologia: gênese de uma ciência do homem e da natureza. Correio da Unesco. Rio de Janeiro, 9(6), 6-11, 1994.

CEZAR-VAZ, Marta. Regina. Produção de Saúde e Atenção Primária Ambiental – complexidade do trabalho nos serviços públicos de saúde no extremo sul do Brasil. FURG/CNPq. (Relatório de Pesquisa – CNPq – Processo 350085 - 1997-8). 2006c.

\_\_\_\_\_. O Trabalho em saúde: Expressão Viva da Vida Social. In: LEOPARDI, Maria Teresa et al. (org.) Processo de Trabalho em Saúde: Organização e Subjetividade. UFSC, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Santa Catarina. Ed., Papa-Livros, 1999. p. 57-70

CEZAR-VAZ, M. R. et al. Concepções de enfermagem, saúde e ambiente: uma abordagem ecossistêmica da produção coletiva de saúde na atenção básica. 15p. (Texto inédito encaminhado para publicação). 2006a.

\_\_\_\_\_. Saber Ambiental: Instrumento Interdisciplinar para a produção da saúde. Revista Texto & Contexto Enfermagem: Vol. 14, Nº 3 (2005).

\_\_\_\_\_. Concepções de Enfermagem, Saúde e Ambiente: Abordagem Ecossistêmica da Produção Coletiva de Saúde na Atenção Básica. Rev Latino-am Enfermagem 2007 maio-junho; 15(3)

COHN, Amélia. Estado e sociedade e as re-configurações do direito à saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 8 (1): 9 – 18. 2003.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(1):199-204, jan-mar, 1998.

CORDEIRO, Hésio. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(2): 343-362, 2004.

COSTA; Nilson do Rosário. Transição e Movimentos Sociais: Contribuição ao Debate da Reforma Sanitária. Cadernos de Saúde Pública, R.J., 2(4): 207-225, abr/jun, 1998.

COSTA, Nilson do Rosário. Lutas Urbanas e Controle Sanitário: Origens das Políticas de Saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1986.

CREVELIM, Maria Angélica; PEDUZZI, Marina. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? Ciência & Saúde Coletiva, 10(2):000-000, 2005.

DIAS, Genebaldo Freire. Educação Ambiental: princípios e práticas. 7. ed. São Paulo, GAIA, 2001.

DOIMO, Ana Maria vez e a voz do popular: Movimentos Sociais e participação política no Brasil pós-70. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ANPOCS, 1995.

FRANCO, Anamélia Lins e Silva & BASTOS, Ana Cecília de Sousa. Um olhar sobre o Programa De Saúde Da Família: a perspectiva ecológica na psicologia do desenvolvimento segundo Bronfenbrenner e o modelo da vigilância da saúde. *Psicologia em Estudo* 7(2), 65-72

FREDERICO, Priscila & ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. Aspects of popular participation in the local health commissions. In: Brazilian Nursing Communication Symposium, 8. 2002, São Paulo. Proceedings online... Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, Available from: <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC00\\_0000\\_0052002000200012&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC00_0000_0052002000200012&lng=en&nrm=abn)>. Access on: 19 July 2007.

FREITAS, Carlos Machado de et al. Ecosystem approaches and health in Latin America. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2007000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 07 /04/2007.

FREITAS, Carlos Machado de. Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1): 137-150, 2003.

FREITAG, Bárbara. Itinerário de Antígona. A questão da moralidade. São Paulo: Papiros, 1997.

GERSCHMAN, Silvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 (6): 1670-1681, nov-dez, 2004.

GÓIS, João Bôscio Hora. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(3):731-736, mar, 2007

GOMIDE, Márcia; ARIZA; Liana de Moura; RAMOS, Alberto Novaes Júnior. Atenção Primária em Saúde Ambiental: A Estratégia da Educação Ambiental na Formação de Professores Municipais no Estado do Piauí, Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 13 (3): 673 - 686, 2005.

GAZZINELLI, M. F et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(1):200-206, jan-fev, 2005.

GERSCHMAN, Silvia. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GOHN, Maria da Glória. Os Fundamentos dos Clássicos: Marx e os Movimentos Sociais. In: GOHN, Maria da Glória. Teoria dos Movimentos Sociais: Paradigmas Clássicos e Contemporâneos. Edições Loyola. São Paulo, Brasil, 1997. pp. 176-188.

GUIZARDI, Francini Lube; PINHEIRO, Roseni. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3): 797-805. 2006.

INTERLEGIS. Declaração sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento . Rio de Janeiro, 1992 A Conferência das Nações Unidas <[http://www.interlegis.gov.br/processo\\_legislativo/copy\\_of\\_20020319150524/20030625102846/20030625104533/](http://www.interlegis.gov.br/processo_legislativo/copy_of_20020319150524/20030625102846/20030625104533/)>

LEFF, Henrique. *Complexidade Ambiental*. São Paulo: Cortez Editora, 2003.

\_\_\_\_\_. *Saber Ambiental - sustentabilidade, racionalidade, complexidade e poder*. 3. ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

\_\_\_\_\_. *Epistemologia Ambiental*. São Paulo: Cortez, 2000.

LEFF, Henrique. et al. Más allá del desarrollo sostenible: una visión desde América Latina. [on line]. *Revista Futuros*, v.3 n. 9. Disponível em: <<http://www.revistafuturos.info>> Acessado em 21/6/2006. 2005.

LEOPARDI, Maria Teresa et al. (orgs.) *Processo de Trabalho em Saúde: Organização e Subjetividade*. UFSC, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Santa Catarina. Ed., Papa-Livros, 1999.

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

MACEDO, Laura Christina. *Participação e Controle Social na Área da Saúde: uma revisão bibliográfica/ Ribeirão Preto*. 2005. 118 p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública, 2005. Disponível em <[http://www.cassi.com.br/a\\_empresa/conselho\\_de\\_usuario/documentos/participacao.pdf](http://www.cassi.com.br/a_empresa/conselho_de_usuario/documentos/participacao.pdf)>.

MARX, K & ENGELS, F. *A Ideologia Alemã. (Die deutsche Ideologie, 1932)*. Trad. Frank Muller. São Paulo: Martin Claret, 2006.

MARX. Karl.F. *Primeiro Manuscrito. Trabalho Alienado*. [on line] Disponível em <<http://www5.autistici.org/ateuseanticapitalistas/Livros/Primeiro%20Manuscrito.rtf>>

MARX, Karl. *Manuscritos Econômico-Filosóficos*. São Paulo: Martin Claret, 2004.

MERHY, Emerson & FRANCO, Túlio. *PSF: Contradições e novos desafios*. Conferência Nacional de Saúde [on line]. <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>> Tribuna Livre, 1999. Acessado em 24/09/2006.

MENDES, Eugenio. Vilaça. *A construção social da vigilância à saúde no Distrito Sanitário*. In: MENDES, E. V. (org.). *A Vigilância à Saúde no Distrito Sanitário*. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde 10, pp. 7-19, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1993.

. \_\_\_\_\_. (org.) Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde 13. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1994.

\_\_\_\_\_. Uma agenda para a saúde. São Paulo (SP): Hucitec; 1996.

MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. (orgs.). Agir em Saúde, um Desafio para o Público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento. 8. ed., São Paulo: Editora Hucitec., 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza e MIRANDA, Ari Carvalho de (org). Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2002. 344p.

SOARES, N. R. F. ; MOTTA, M. F. V. . As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde. Revista de Educação Pública, v. 6, p. 215-228, 1997.

NIELSEN, Ole. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(Suplemento):69-75, 2001

OLIOSA, Durvalina Maria Sesari. Ministério da Saúde. Municipalização da saúde em Vitória-ES: uma experiência participativa? Fundação Oswaldo cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1999. 146 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. Atenção Primária Ambiental (APA). Representação no Brasil. Divisão de Saúde e Ambiente - Programa de Qualidade Ambiental Washington, D.C. 1a ed., Junho 1999. Disponível em <<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/apa.pdf>>

PESSOTO, Umberto Catarino; NASCIMENTO, Paulo Roberto do; HEIMANN, Luiza Sterman. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(1): 89-97, jan-fev, 2001.

PESTANA, Carlos Luiz da Silva; VARGAS, Liliana Angel; CUNHA, Fátima Teresinha Scarparo. Contradições surgidas no Conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde da Família. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(3):485-499, 2007.

PIGNATTI, MARTA G. Saúde e Ambiente: As Doenças Emergentes no Brasil. Ambiente & Sociedade – Vol. VII nº. 1 jan./jun. 2004

PIRES, Denise de. A Estrutura Objetiva do Trabalho em Saúde. In: LEOPARDI, Maria Teresa et al. (org.) Processo de Trabalho em Saúde: Organização e Subjetividade. UFSC, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Santa Catarina. Ed., Papa-Livros, 1999. p. 25-48

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

SANTOS, José Eduardo dos; SATO, Michele (orgs). A contribuição da Educação à esperança de Pandora. São Carlos: RIMA, 2001.

SANTOS, Fátima Regina Reiser dos; WENDHAUSEN, Âgueda. As Práticas de Participação Popular na Estratégia de Saúde da Família (ESF): Fatores Potencializadores e Limitantes Fam. Saúde Desenv., Curitiba, v.5, n.3, p.185-192, set./dez. 2003.

SCHRAIBER, Lilia Blima. (org.). Programação em Saúde Hoje. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1990.

\_\_\_\_\_. Epidemiologia em Serviços: Uma tecnologia de que tipo? Informe Epidemiológico do SUS, 1993.

\_\_\_\_\_. Políticas Públicas e Planejamento nas Práticas de Saúde. Saúde em Debate, 1995.

SAWAIA, Bades Burihan. Comunidade: a apropriação científica de um conceito tão antigo quanto a humanidade. In: CAMPOS, Regina H. de Freitas (org). Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996, p. 35-53.

SENNA, Mônica de Castro Maia; COHEN, Mirian Miranda. Modelo assistencial e Estratégia Saúde da Família no nível local: análise de uma experiência. Ciência & Saúde Coletiva, 7(3): 523 - 535, 2002.

SOARES, Nina Rosa Ferreira; MOTTA, Manoel Francisco Vasconcelos da. As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde.  
<[http://www.ufmt.br/revista/arquivo/rev10/as\\_politicas\\_de\\_s.html](http://www.ufmt.br/revista/arquivo/rev10/as_politicas_de_s.html)>

STOTZ, Eduardo N. Social Movements and Health: Notes for a Debate. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 10 (2): 264-268, Apr/Jun, 1994.

TAMBELLINI, Anamaria Testa; CÂMARA, Volney de Magalhães. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. Ciência & Saúde Coletiva, 3(2):47-59, 1998.

UZÊDA, André Almeida; COELHO, Thereza Cristina Bahia. Movimento água é vida e a construção da cidadania em Feira de Santana – BA. Revista Baiana de Saúde Pública. V.29 n.2, p.226-237 jul./dez. 2005.

WALDMAN Eliseu Alves. Usos da vigilância e da monitorização em Saúde Pública. Inf Epidemiol SUS 1998: 3: 7-26.

## **APÊNDICES**

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

**APÊNDICE 1**

**Roteiro de Entrevista**

- 1- O que o(a) senhor(a) entende por saúde?
- 2- Como o(a) senhor(a) vê a saúde da sua comunidade?
- 3- O que é necessário para melhorar a saúde na sua comunidade? Como essas mudanças podem ser realizadas? Quem deve realizá-las?
- 4- Quais serão as suas ações (planos, projetos, etc.), como conselheiro(a), para melhorar a saúde da comunidade? Como o senhor planeja executá-las?
- 5- Como pode ser a relação entre a comunidade e o conselho? Qual a influência do conselheiro nessa relação?
- 6- Quais as dificuldades encontradas na construção do conselho? Como o(a) senhor(a) trabalha com elas?
- 7- Quais as dificuldades do conselheiro(a) junto ao conselho na busca pela melhora na saúde da comunidade?
- 8- Como foi o processo de seleção para conselheiro? Porque o(a) senhor(a) aceitou ser conselheiro(a)?
- 9- O que é ser conselheiro para o(a) senhor(a)?
- 10- Quando o(a) senhor(a) aceitou ser conselheiro(a) já sabia as funções a desempenhar? E como as descobriu?
- 11- Quais as ações que o conselho pretende desenvolver? Como elas serão desenvolvidas? Por quem elas serão desenvolvidas?
- 12- O(a) senhor(a) acredita que a comunidade que tenha um conselho de saúde possa ter melhores oportunidades de saúde? Como?
- 13- O que o(a) senhor(a) entende por ambiente?
- 14- Como o(a) senhor(a) vê o ambiente da sua comunidade?
- 15- Como o(a) senhor(a) relaciona saúde e ambiente? Quais suas ações como conselheiro visando essa relação entre saúde e ambiente? Quais são as maiores dificuldades para desenvolver essas ações como conselheiro?
- 16- O que o(a) senhor(a) entende por educação?
- 17- Como o(a) senhor(a) descreveria a ação de educar no trabalho do conselho?
- 18- Quem participa dessas atividades de educação?
- 19- Para que (finalidade) estas atividades são realizadas?
- 20- Como o(a) senhor(a) relaciona saúde, ambiente e educação? Quais suas ações como conselheiro visando essa relação entre saúde, ambiente e educação? Quais são as maiores dificuldades para desenvolver essas ações como conselheiro?

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

**APÊNDICE 2**

**Consentimento Livre e Esclarecido do(s) Participante(s)**

**Solicito, por meio deste, sua colaboração e participação na pesquisa** intitulada “SAÚDE SOCIOAMBIENTAL E CONSELHO LOCAL DE SAÚDE: um estudo no âmbito da Equipe Saúde da Família no município do Rio Grande/RS”.

Esta é uma pesquisa acadêmica, que se identifica com a linha de pesquisa da Educação Ambiental Não-formal (EANF) e refere-se a um dos quatro subprojetos do projeto integrado denominado: “Produção da Saúde Socioambiental no Sudeste Rio-Grandense – Atenção à Saúde da Família na dimensão da Atenção Primária Ambiental” – CNPq/CAPES, do grupo de pesquisa LAMSA; vinculado ao Departamento de Enfermagem, da Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG – desde 1996, cadastrado no Diretório de Grupos de Pesquisa, do CNPq, em 2001 e coordenado pela PhD Marta Regina Cezar-Vaz.

A pesquisa possui, como objetivo, compreender a produção da relação entre saúde, educação e ambiente no processo de construção de um Conselho Local de Saúde, na referência do trabalho desenvolvido conjuntamente entre a Equipe Saúde da Família e os sujeitos da comunidade.

A coleta de dados dar-se-á por meio da observação participante e entrevistas e reuniões gravadas.

Cabe ressaltar que, nesse processo, serão garantidos:

- A possibilidade de sanar qualquer dúvida acerca da pesquisa realizada, pelo contato com a pesquisadora Nadia Ferretti, pelo telefone (51) 91733658, ou e-mail [nadia.ferretti@hotmail.com](mailto:nadia.ferretti@hotmail.com), ou com a Dra Marta Regina Cezar-Vaz, (53) 32332329
- A liberdade de recusar-se a responder qualquer questionamento ou, até mesmo, em retirar seu consentimento e optar por não participar do estudo.
- A segurança de que o pesquisado(a) não será identificado(a) e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
- A manutenção de todos os preceitos éticos e legais durante e após o término da pesquisa;
- O compromisso de acesso às informações por parte do pesquisado(a) em todas as etapas da pesquisa, bem como dos resultados.

Para tanto, declaro que estou ciente e fui informado(a) de forma clara e objetiva.

(Dados no verso:)

Nome do(a) participante: \_\_\_\_\_

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

Data e Local: \_\_\_\_\_

Pesquisadora *in loco*: \_\_\_\_\_