

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL**

SIBELE DA ROCHA MARTINS

PRÁTICAS EDUCATIVAS, SAÚDE E AMBIENTE: estudo com
trabalhadores de uma equipe da estratégia Saúde da Família

RIO GRANDE, RS

2010

SIBELE DA ROCHA MARTINS

PRÁTICAS EDUCATIVAS, SAÚDE E AMBIENTE: estudo com trabalhadores de uma equipe da estratégia Saúde da Família

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Ambiental – PPGEA como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Educação Ambiental.

Linha de Pesquisa: Educação Ambiental Não Formal.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marta Regina Cezar Vaz.

RIO GRANDE, RS

2010

*Dedico este trabalho a minha filha Giulia,
que me ensinou
nestes últimos dois anos
o verdadeiro sentido do amor e
aos meus pais Sidinei e Ivete (in memoriam)
que me ensinaram a lutar
e nunca desistir dos sonhos
por mais impossíveis
que eles possam parecer.*

AGRADECIMENTOS

À **minha família**, em especial as minhas tias, que ajudaram neste último ano a cuidar de mim, da minha casa, da minha filha para que eu seguisse em frente.

À **minha sobrinha Andressa**, a **Carmem** e a dona **Marli** que cuidaram da Giulia quando eu mais precisei, proporcionando os momentos necessários para a construção deste estudo.

Ao **Paulo César** por estar ao meu lado impulsionando e fortalecendo minhas ações.

Aos **professores e funcionários do PPGEA** que colaboraram nessa trajetória.

Aos **meus colegas de doutorado** Álvaro, Daniel, Dione, Luciara, Leila, Lúcia, Moacir e Márcia pelo carinho, companheirismo e amizade ao longo do curso.

Aos colegas **professores/tutores do Curso de Especialização em Educação Ambiental *lato sensu*** (Álvaro, Alessio, Claudia, Carla, Cristina, Daniel, Dione, Luciara, Leila, Lúcia, Moacir, Márcio, Márcia, Tanise, Vanessa, Washington) em especial as professoras Maria do Carmo Galiazzi, Débora Laurino e Elisabeth Schmidt pela compreensão, paciência, carinho, incentivo e principalmente pelo saber compartilhado e a amizade construída e fortalecida ao longo desse Curso. Obrigada por fazerem parte da minha vida nestes últimos quatro anos.

Aos **professores da Escola de Enfermagem** pelo apoio, respeito e acolhida no meio deste caminho em especial as minhas colegas de sala Giovana, Teda e Rosi.

Aos **trabalhadores da equipe de Saúde da Família** que participaram desse estudo.

Aos **professores da banca** por suas contribuições e o tempo dedicado a este estudo.

A minha amiga **Janaína** pela escuta e ajuda nos momentos de finalização da tese.

À **Professora Marta Regina Cezar Vaz** por toda a contribuição dada ao longo da construção dessa tese.

À **CAPES**, pela bolsa de estudos.

*Somos o que fazemos,
mas somos principalmente
o que fazemos
para mudar o que somos.*

Eduardo Galiano

RESUMO

O presente estudo surgiu do interesse em pesquisar sobre a saúde e o ambiente e suas relações com a educação ambiental, com a finalidade de contribuir com o trabalho desenvolvido pelas equipes de Saúde da Família junto às comunidades locais, como forma de melhorar as condições de saúde e garantir a qualidade de vida da população. Para compreender essa relação foram definidos os seguintes objetivos: identificar nas práticas educativas desenvolvidas pela equipe de saúde da família junto à comunidade a relação entre a saúde e o ambiente; analisar a percepção dos trabalhadores acerca da participação da comunidade nas práticas educativas desenvolvidas; e, refletir sobre a construção das práticas educativas desenvolvidas pela equipe estudada visualizando a educação ambiental como um instrumento para promover a participação da comunidade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, descritivo e analítico que utilizou os grupos focais como forma de coleta de dados. Participaram do estudo uma equipe da estratégia Saúde da Família do município de Rio Grande/RS composta por 9 trabalhadores (1 enfermeira, 1 médica, 2 técnicas de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde). Buscando identificar as práticas educativas desenvolvidas pela equipe estudada junto à comunidade, que relacionam a saúde e o ambiente, foi possível evidenciar diferentes problemas enfrentados pela comunidade e, dentre estes, quatro considerados pelos trabalhadores como problemas ambientais e que estariam relacionados às condições de saúde e doença dos moradores, são eles: resíduos sólidos, valetas, habitações com condições precárias e falta de sinalização. Com relação às práticas educativas, desenvolvidas pelos trabalhadores para tratar dos problemas enfrentados no bairro, foi possível identificar ações desenvolvidas para prevenção e promoção da saúde. No entanto, para tratar dos problemas ambientais os trabalhadores referem não desenvolver atividades específicas sobre os temas apontados. Já com relação à participação da comunidade nas práticas educativas desenvolvidas os trabalhadores referem ocorrer em momentos pontuais do trabalho, salientando alguns fatores que poderiam estar dificultando essa participação como: a falta de conhecimento da comunidade sobre a organização do trabalho da equipe; a cultura assistencialista ainda presente na população que procura atendimento para resolver um problema imediato, além da descontinuidade das ações, que são programadas pela equipe e interrompidas em função da necessidade de reestruturar o serviço. Os trabalhadores reconhecem que embora a comunidade não esteja participando da maneira esperada observam uma melhora na qualidade de vida daqueles que participam das atividades propostas. Assim, salienta-se a necessidade de construir práticas educativas utilizando a educação ambiental como um instrumento para a participação da comunidade, por acreditar na sua contribuição para a formação de sujeitos capazes de compreender e articular as dimensões social e ambiental com vista a problematizar a realidade na qual se encontram.

Palavras-chave: Saúde. Ambiente. Saúde da Família. Prática Educativa. Educação Ambiental.

ABSTRACT

This study arose from the interest in researching on Health and Environment and their relations with environmental education, aiming to contribute to the work done by the Family Health teams with local communities as a way to improve their health conditions as well as to ensure their quality of life. In order to best understand this relationship, the following objectives have been defined: to identify in the educational practices developed by the Family Health team in the community the relationship between health and environment; analyze the workers' perceptions about community participation in educational practices developed, and reflecting on the construction of educational practices developed by the team studied aiming the environmental education as a tool to promote the community participation. This is a qualitative, exploratory, descriptive and analytical study that has used focus groups as a mean of data collection. In this study have taken part a team from the Family Health Strategy of Rio Grande / RS, consisting of nine workers (a nurse, a doctor, two nurse technicians and 5 community health workers). Trying to identify the educational practices developed by the team studied in the community that related health and environment, it was possible to show various problems faced by the community and among these, four of them considered by workers as environmental problems that are related to health and disease conditions of the residents, for instance: solid waste, ditches, homes with poor conditions and lack of signage.. Concerning the Educational Practices developed by these workers to address problems faced in the neighborhood, it was possible to identify actions taken for prevention and health promotion. However, workers in charge of addressing environmental problems related, mention not to develop specific activities on focus problems. On the other hand regarding to community participation in educational practices developed, workers refer has occurred at specific times of work, highlighting some factors that could make this participation more difficult, for example: lack of information of the community about the organization of work of the mentioned team; paternalistic culture still present in the population that seeks treatment for solving an immediate problem, and the discontinuity of the actions, which are scheduled by the team and suspended faced the need to restructure the service. Workers recognize that although the community is not participating in the expected manner observe an improvement in quality of life of those who participate in the proposed activities. Thus, we stress the need to build educational practices using environmental education as a tool for community participation, and believed that their contribution to the formation of individuals capable of understanding the links between the social and environmental in order to question the reality in which they find themselves.

Keywords: Health, Environmental, Family Health, Educational Practice, Environmental Education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Partes do mapa da área construído em uma das dinâmicas do grupo focal	75
Figura 2: Partes do mapa da área construído em uma das dinâmicas do grupo focal	75
Figura 3: Partes do mapa da área construído em uma das dinâmicas do grupo focal	75
Figura 4: Lixão municipal	80
Figura 5: Chorume resultante da decomposição do lixo	82
Figura 6: Valetas abertas para o escoamento das águas	83
Figura 7: Valetas abertas para o escoamento das águas	83
Figura 8: Valetas utilizadas para o descarte de lixo	83
Figura 9: Valetas utilizadas para o descarte de lixo	83
Figura 10: Favela dos Cavalheiros	84
Figura 11: Favela dos Cavalheiros	84
Figura 12: Acúmulo de lixo no pátio de uma das casas	85
Figura 13: Rua utilizada pela equipe durante as caminhadas	87
Figura 14: Rua utilizada pela equipe durante as caminhadas	87

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: Logotipo da estratégia Saúde da Família	30
Ilustração 2: Logotipo da estratégia Saúde da Família no município do Rio Grande	37

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Relação de UBSFs implantadas no município do Rio Grande até 2009

39

LISTA DE SIGLAS

AMQ - Avaliação para Melhoria da Qualidade da estratégia Saúde da Família
ACS - Agente Comunitário de Saúde
CAIC - Centro de Atenção Integral a Saúde da Criança e do Adolescente
CONASS - Conselho Nacional de Secretários da Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COPASAD - Conferência Pan-Americana sobre Saúde, Ambiente e Desenvolvimento
CLS - Conselhos Locais de Saúde
CRS - Coordenadoria Regional de Saúde
EA - Educação Ambiental
ESB - Equipe de Saúde Bucal
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
FURG - Universidade Federal do Rio Grande
GTI - Grupo de Trabalho Intersetorial
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA - Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
LAMSA - Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde
MS - Ministério da Saúde
NEAS - Núcleo de Estudos em Administração e Saúde Coletiva
NEPES - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde.
NOB - Norma Operacional Básica
OCT - Organização Científica do Trabalho
OMS - Organização Mundial da Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAB - Piso de Atenção Básica
PMRG - Prefeitura Municipal do Rio Grande
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAS - Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PPA - Plano Plurianual
PSF - Programa Saúde da Família.
PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família

SAI/SUS - Sistema de Informações Laboratoriais do SUS

SMSU - Secretaria Municipal de Serviços Urbanos

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sumário

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	
2.1 A SAÚDE DA FAMÍLIA COMO INSTRUMENTO DE (RE)ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	26
2.1.1 Antecedente da construção da Saúde da Família: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde	26
2.1.2 Uma breve apresentação da implantação da Saúde da Família no Brasil	29
2.1.3 A implantação da estratégia Saúde da Família no município do Rio Grande	36
2.1.4 A estratégia Saúde da Família: espaço de práticas educativas relacionadas à saúde e ao ambiente.	40
3 PROCESSO METODOLÓGICO DA PESQUISA	
3.1 REFERENCIAL TEÓRICO DA PESQUISA	44
3.1.1 Relação trabalho e saúde	43
3.1.1.1 Breves considerações sobre a organização científica do trabalho	44
3.1.1.2 A organização do trabalho em saúde	48
3.1.1.2.1 O trabalho das equipes de saúde da família	50
3.1.2 A interface saúde e ambiente	53
3.1.2.1 A saúde	54
3.1.2.2 O ambiente	58
3.2 CAMINHO METODOLÓGICO DA PESQUISA	
3.2.1 Caracterização do estudo	64
3.2.2 O local e os participantes do estudo	64
3.2.3 Coletas de dados	66
3.2.4 Procedimentos éticos	71
3.2.5 Organização e análise dos dados	72

4 AS PRÁTICAS EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ESTUDADA	74
4.1 Os problemas enfrentados pela comunidade na concepção dos trabalhadores	75
4.1.1 Os problemas ambientais	78
4.1.2 Os problemas ambientais e sua relação com a saúde	90
4.2 As práticas educativas desenvolvidas pela equipe para enfrentar os problemas na comunidade	91
4.2.1 Dificuldades encontradas pela equipe para desenvolver as práticas educativas	100
5 A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NAS PRÁTICAS EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	109
5.1 Fatores que dificultam a participação da comunidade nas práticas educativas desenvolvidas pela equipe	120
5.2 Fatores que facilitam a participação da comunidade nas práticas educativas desenvolvidas pela equipe	123
5.3 Avaliação da participação da comunidade	127
6 REFLEXÃO SOBRE A CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS EDUCATIVAS: A EDUCAÇÃO AMBIENTAL COMO INSTRUMENTO PARA A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE	130
7 CONCLUSÕES	138
8 REFERÊNCIAS	144
APÊNDICES	
Apêndice A	159
Apêndice B	162
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

O interesse em pesquisar sobre a saúde e o ambiente e suas relações com Educação Ambiental, vem do processo instigante em que a pesquisadora participou, durante sua formação na Graduação e no desenvolvimento do Mestrado, quando passou a conhecer a realidade de diferentes comunidades dentro do município.

Enquanto discente do curso de Enfermagem e Obstetrícia, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG trabalhou como auxiliar de pesquisa no Núcleo de Estudos em Administração e Saúde Coletiva (NEAS), vinculada ao projeto “Família Litoral Lagunar”, que tinha como objetivo investigar a prevalência e os fatores associados à utilização dos serviços de saúde pela população adulta do município de Rio Grande.

Durante a coleta de dados para o estudo (de fevereiro de 2000 a fevereiro de 2001), a pesquisadora pode vivenciar a realidade das famílias nos diferentes bairros do município. Ao visitar domicílios do centro da cidade e da periferia, foi possível visualizar as diferenças socioeconômicas, culturais, de habitação e de saúde dos moradores. Essas visitas possibilitaram a aproximação com diferentes realidades sociais e diferentes formas de organização do trabalho em saúde.

Vivenciar a realidade das famílias, nas comunidades, provocou inquietações, desviando o olhar da pesquisadora, que até então estava voltado para as atividades assistenciais individualizadas, centradas na cura das doenças, para um olhar focado no ambiente socioambiental¹ das comunidades.

Após esta experiência, ainda durante a Graduação, foi convidada para participar da equipe da Prof^ª. Dr^ª. Marta Regina Cezar Vaz, no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES). Nesse grupo de pesquisa, inicialmente, trabalhou como bolsista voluntária e, após, como bolsista de iniciação

¹ A expressão socioambiental é utilizada por Guimarães (2004) com a ideia de que as questões sociais e ambientais estão articuladas em sua origem.

científica, na execução do projeto de pesquisa “Tuberculose e Família: representação acerca da produção de saúde”, que tinha como objetivo conhecer a representação dos indivíduos com tuberculose, no que concerne a produção de saúde e o potencial de determinação da doença frente ao grupo familiar (CEZAR-VAZ, 1999).

Através de visitas domiciliares agendadas pelo Serviço de Controle da Tuberculose, no Centro de Saúde do município de Rio Grande, a coleta de dados foi se constituindo. Mais uma vez, a pesquisadora esteve diretamente em contato com o ambiente comunitário, com a realidade das famílias, mais especificamente, com as famílias dos portadores de uma doença infectocontagiosa relacionada ao modo de vida e de trabalho dos indivíduos.

Este caminhar, durante o período da Graduação, embasou a pesquisadora a investigar a saúde dos indivíduos nas comunidades, uma vez que, foi possível perceber, durante as visitas realizadas às famílias em seus domicílios, a exposição cotidiana dos sujeitos a situações de risco intimamente relacionadas às condições socioambientais. Sendo assim, essas vivências consolidaram o interesse pela pesquisa e possibilitaram seguir um novo caminho, não mais como auxiliar de pesquisa e, sim, como pesquisadora, rumo à construção de novos conhecimentos, que permitissem compreender a realidade vivenciada pelos seres humanos, indivíduos e/ou coletivos, em comunidades.

Após concluir o curso de Graduação, ingressou no Mestrado em Enfermagem (2003-2004), integrando-se ao grupo de pesquisa do Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde (LAMSA), da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Tal grupo se propôs a estudar os “processos sistêmicos sócio-históricos e ambientais (dimensão individual e coletiva) de produção e reprodução de saúde, nos quais os conceitos fundantes orientam a visualização do fenômeno social – o trabalho em saúde, como processo de produção de saúde” (CEZAR-VAZ et al., 2006, p. 42).

Em conjunto com os demais pesquisadores do LAMSA, participou da execução do projeto integrado de pesquisa “Produção de Saúde e Atenção Primária Ambiental – Complexidade do Trabalho nos Serviços Públicos de Saúde do Extremo

Sul do Brasil”, que objetivou analisar a inserção dos saberes do trabalho da enfermagem na produção de saúde, considerando o enfoque ecossistêmico, privilegiando as categorias saúde e ambiente, como essenciais para a sobrevivência dos seres humanos e para a sustentabilidade do planeta (CEZAR-VAZ, 2003).

O trabalho desenvolvido, durante a execução deste projeto, resultou no texto “Vigilância à Saúde e Atenção Primária Ambiental: uma estratégia para a participação comunitária”, o qual a pesquisadora sustentou como dissertação de Mestrado (MARTINS, 2004). O objetivo geral deste estudo acadêmico foi analisar o processo de trabalho em saúde, na especificidade dos ambientes que compõem os serviços de Vigilância à Saúde², nos 22 municípios que constituem a Terceira Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (3ª CRS/RS), buscando a) identificar as estratégias utilizadas nos serviços para alcançar a participação comunitária nos serviços de Vigilância à Saúde; b) identificar a compreensão dos trabalhadores sobre o conceito de atenção primária ambiental. Ao término desta pesquisa, foi possível identificar a atenção primária ambiental, como um instrumento que poderia nortear o trabalho da Vigilância à Saúde, aproximando a comunidade e estimulando sua participação nesse serviço.

Paralelamente à construção da dissertação, a pesquisadora participou como organizadora do livro intitulado “Cuidado Humano Plural” (SIQUEIRA et al., 2006) e coautora do texto “Saber ambiental e cuidado plural: relação estruturante na produção de saúde”, publicado no mesmo livro. Esse texto constituiu-se de duas partes: a primeira refere-se à abordagem teórica do conceito de saúde, entendido como um sistema socioambiental e histórico de produção e reprodução de saúde; a segunda provoca a relação entre o saber ambiental e o saber tecnológico, como exigência do objeto/sujeito do trabalho de cuidar da enfermagem (CEZAR-VAZ et al., 2006).

Participou ainda como coautora do artigo “Saber ambiental: instrumento interdisciplinar para a produção de saúde”, publicado na Revista Texto e Contexto em Enfermagem. Essa produção teve como objetivo introduzir uma discussão

² Os diferentes ambientes que compõem a Vigilância à Saúde são representados pelos serviços de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Saúde do Trabalhador, Controle de Zoonoses e Vetores e Vigilância Portuária.

teórica sobre o saber ambiental, como instrumento interdisciplinar para a produção de saúde, além de apresentar o conceito de ambiente³, através de leituras das ideias de Enrique Leff, para argumentar o conceito de produção e reprodução de saúde (CEZAR-VAZ et al., 2005).

Para dar continuidade à trajetória percorrida pela pesquisadora, durante sua formação acadêmica, a presente proposta de tese está vinculada ao projeto integrado de pesquisa **“PRODUÇÃO DE SAÚDE SOCIOAMBIENTAL NO SUDESTE RIO-GRANDENSE: atenção à saúde da família na dimensão da atenção primária ambiental”**. Coordenado também pela Prof^a. Dr^a. Marta Regina Cezar-Vaz e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. O referido projeto tem como objeto de estudo o campo de diálogo de saberes estabelecidos no cotidiano de trabalho das equipes de Saúde da Família com as comunidades adstritas (CEZAR-VAZ, 2006a).

O vínculo estabelecido entre a proposta da tese aqui apresentada com o projeto citado tem como objetivo dar continuidade às pesquisas acerca da relação saúde e ambiente, que se desenvolve pelos integrantes do LAMSA, através do aprofundamento teórico e metodológico, para a produção de conhecimentos do grupo multidisciplinar de trabalho. Além disso, apresenta como referência a proposta desenvolvida pelas equipes de Saúde da Família, com as comunidades locais (CEZAR-VAZ, 2006a).

O trabalho constituído pelas equipes de Saúde da Família objetiva melhorar a saúde da população e a qualidade de vida da mesma. Suas ações são canalizadas a atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. Um dos desafios enfrentados por esses profissionais é tratar dos problemas socioambientais que afetam, de forma direta, a saúde das comunidades, através do desenvolvimento de ações para promovê-la.

Observa-se que, problemas como poluição industrial, poluição dos mares e rios, falta de saneamento básico, ausência de infraestrutura urbana, entre outros têm

³ Neste estudo assumimos o conceito de ambiente apresentado por Leff (2001, p. 224), “o ambiente não é, pois, o meio que circunda as espécies e as populações biológicas. É uma categoria sociológica (e não biológica), relativa a uma racionalidade social, configurada por comportamentos, valores e saberes, como também por novos potenciais produtivos”.

interferido na saúde humana das comunidades. A deterioração das condições socioambientais em que se produzem e propagam novas epidemias, bem como doenças relacionadas ao modo de vida das populações estão profundamente associadas à degradação do ambiente. De acordo com Leff (2001, p. 311), essas doenças

são provocadas pelas inadequadas condições de saneamento em que vivem as populações, mas também pelos inadequados serviços médicos de que a sociedade dispõe e pela falta de sistemas preventivos e de atenção prioritária pela saúde da população.

Nos últimos anos, as práticas médicas, voltadas mais para a cura das enfermidades que para as ações preventivas, têm sido alvo de questionamentos, quando se visualiza o aparecimento de doenças, com etiologia ambiental e o agravamento de outras, causadas, por exemplo, por substâncias tóxicas e pela contaminação das águas, seja no ambiente de trabalho, seja no local onde vivem as populações. Sendo assim, os profissionais da área da saúde, mais especificamente, as equipes da Saúde da Família, não podem atuar sem levar em consideração as condições ambientais, “econômicas e sociais nas quais se inscreve sua prática profissional” (LEFF, 2001, p. 312).

Olhar para o ambiente de vida e para as relações dos seres humanos, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle para as doenças e agravos, exige dos profissionais um conjunto de informações⁴ e ações que proporcionem o conhecimento, a detecção e a prevenção dos determinantes sociais⁵ que interferem na saúde do ser humano e nos diferentes ambientes em que ele está inserido (CÂMARA, 2002).

Esse conjunto de informações dá origem a um novo saber, que constitui um “campo de conhecimentos teóricos e práticos orientado para a rearticulação das relações sociedade-natureza” – denominado saber ambiental. Esse saber não se

⁴ As informações citadas por Câmara (2002) referem-se “aos fatores e condições de risco existentes, às características especiais do ambiente que interferem no padrão de saúde da população, as pessoas expostas, e aos efeitos adversos à saúde” (p.7).

⁵ Os determinantes sociais são, aqui, identificados como aqueles que interferem diretamente no processo saúde/doença das comunidades, sendo representados pelas condições de habitação (incluindo higiene e saneamento), trabalho, educação, lazer, cultura, além do acesso aos serviços de saúde.

limita aos processos socioambientais, nem aos componentes ecológicos, ele ultrapassa o enfoque ecológico das disciplinas tradicionais “para abrir-se ao terreno dos valores éticos, dos conhecimentos práticos e dos saberes tradicionais” (LEFF, 2001, p. 145).

Com a complexidade dos problemas ambientais, os saberes tradicionais compartimentados e fragmentados não têm dado conta de explicá-los e resolvê-los. Assim sendo, emerge a necessidade de transformar os conhecimentos em saberes construídos, capazes de modificar os paradigmas dominantes do conhecimento.

As equipes de Saúde da Família, por estarem mais próximas das comunidades e vivenciarem o cotidiano dessas, são capazes de construir e aplicar esse novo saber no seu trabalho diário. Por conseguinte, tem como desafio, implantar e legitimar o saber ambiental, buscando novas compreensões teóricas e práticas para a construção de uma nova racionalidade socioambiental (LEFF, 2001). A introdução do saber ambiental, no cotidiano de trabalho das equipes, abrirá uma nova perspectiva para o progresso do conhecimento, permitindo, aos trabalhadores, relacionar os aspectos culturais das comunidades à natureza, além de identificar as influências do ambiente no comportamento social dos indivíduos.

Trabalhar a saúde e ambiente, incorporando o saber ambiental no interior do serviço desenvolvido pelas equipes de Saúde da Família, poderá possibilitar aos profissionais repensar e reelaborar os conhecimentos teóricos e práticos, ampliando, assim, o seu campo de atuação.

Nesse cenário, a educação ambiental se coloca como uma ação educativa, voltada para as questões socioambientais, apostando no diálogo para a transformação dos indivíduos, ampliando sua capacidade crítica, a fim de que entendam a realidade no qual estão inseridos e possam intervir sobre ela. Nas palavras de Layragues (2004, p. 18), a educação ambiental não deve ser compreendida apenas como um instrumento para mudar o comportamento da população, mas também “como um instrumento de transformação social para atingir a mudança ambiental”.

Assim, a educação ambiental mantém o compromisso de incorporar a ação comunitária, para fortalecer a intervenção da sociedade no ambiente socioambiental, como forma de alcançar melhores condições de saúde e garantir a qualidade de vida. Para tanto, faz-se necessário fortalecer as comunidades, buscando uma maior interação entre o setor público e a sociedade civil, para o estabelecimento de compromissos e prioridades que garantam o desenvolvimento local (OPAS/OMS, 2000).

Nessa direção, apontam-se as seguintes **questões norteadoras**:

- Como estão sendo trabalhados, junto à comunidade local, a saúde e o ambiente nas práticas educativas desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família?
- Como os trabalhadores percebem a participação da comunidade nas práticas educativas desenvolvidas?

Com base no referido acima desenvolveu-se um processo investigativo na busca de argumentar e defender a seguinte **tese**: a prática educativa desenvolvida pela equipe de Saúde da Família é efetiva, quando ocorre a participação da comunidade e, o trabalho em conjunto, ampliaria a possibilidade de relacionar a saúde e o ambiente, de forma a utilizar a educação ambiental como instrumento problematizador da relação.

Pensando nessa afirmação e em responder as questões norteadoras, se descrevem os seguintes **objetivos**:

- identificar, nas práticas educativas desenvolvidas pelos trabalhadores da equipe de saúde da família junto à comunidade, a relação entre a saúde e o ambiente;
- analisar a percepção dos trabalhadores acerca da participação da comunidade nas práticas educativas desenvolvidas;
- refletir sobre a construção das práticas educativas desenvolvidas pela equipe estudada, visualizando a educação ambiental como um instrumento para promover a participação da comunidade.

Com essas intenções, a presente tese foi organizada em sete capítulos. A **Introdução** aborda a trajetória acadêmica da pesquisadora, desde a graduação até a pós-graduação, destacando sua inserção em diferentes pesquisas, que instigaram a busca por novos conhecimentos, a fim de possibilitar a compreensão sobre a realidade vivenciada pelos seres humanos, indivíduos e/ou coletivos em comunidades.

Na **Revisão Bibliográfica**, apresenta-se o início da estruturação da estratégia Saúde da Família no Brasil, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como uma proposta de mudança no modelo de saúde vigente até então no país. Após, é realizada uma breve abordagem sobre a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), enfocando o trabalho desenvolvido pelas equipes, as dificuldades encontradas no início de sua implantação, sua expansão e a caracterização como estratégia Saúde da Família (em 1997), bem como os avanços conseguidos nos últimos anos.

Ainda nesse capítulo, é apresentado um relato sobre a implantação da estratégia no município de Rio Grande – RS. Por fim, busca-se refletir sobre a importância da estratégia como um espaço para o desenvolvimento de práticas educativas de saúde e de educação ambiental.

O capítulo do **Processo Metodológico da Pesquisa** está dividido em duas etapas. A primeira etapa apresenta o referencial teórico da pesquisa, focando as relações entre o trabalho e a saúde; a organização científica do trabalho; o trabalho em saúde, em especial, o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde da família; e a interface entre a saúde e o ambiente, sendo fundamentais as leituras de alguns autores como Pires (1998), Colares (2005), Papoula (2006), Araújo e Rocha (2007), Silva e Trad (2005), entre outros. A segunda etapa buscou caracterizar o estudo, seus participantes, bem como os procedimentos utilizados para a coleta e análise dos dados, fundamentados em Gatti (2005) e Minayo (2006).

O capítulo quatro deu início à apresentação da análise realizada. Com o objetivo de discutir **as práticas educativas desenvolvidas pela equipe de saúde da família estudada**. Foi realizado um levantamento sobre os principais problemas enfrentados pela comunidade, na concepção dos trabalhadores, além dos

problemas considerados, por eles, como ambientais e a relação dessas dificuldades com a saúde da população.

Fez-se necessário também investigar as práticas educativas desenvolvidas pelos trabalhadores, na busca por tratar dos problemas ambientais e das dificuldades encontradas pela equipe, para desenvolver tais atividades. A fundamentação teórica, nesse ponto, em autores como Sauvé (2000), Jacobi (2006), Cezar-Vaz (2004), Silva e Travassos (2008), Logarezzi (2006), Soler et al. (2007), Peduzzi (2001), Minayo, Hartz e Buss (2000) e Tardiff (2002), foram importantes para o entendimento dessa rela o.

O capítulo cinco discute **a participa o da comunidade nas práticas educativas desenvolvidas pela equipe** e, da mesma forma, trata de fatores que dificultam e facilitam essa participa o. Apresenta, ainda, a avalia o dos trabalhadores com rela o   participa o da comunidade nas atividades desenvolvidas. Para fundamentar este capítulo, alguns autores foram utilizados, dentre eles: Ferretti (2009), Kawata, Mishima, Chirelli e Pereira (2009), Lacerda e Santiago (2007), Tancredi, Barrios e Ferreira (1998), Massuda (2008), Villa e Aranha (2009), Costa (2009), Dias (2001), Rocha et al. (2010).

Já o capítulo seis buscou **refletir sobre a constru o de práticas educativas**, utilizando a educa o ambiental como um instrumento para a participa o da comunidade. A ênfase   dada na constru o de projetos de a o, desenvolvidos entre a equipe e a comunidade, como uma forma de proporcionar a problematiza o, a reflexão crítica e as discussões sobre os problemas enfrentados pela comunidade local.

Nesse sentido, a educa o ambiental pode contribuir com a forma o dos sujeitos capazes de compreender e articular as dimensões, social e ambiental, com vista a problematizar a realidade na qual se encontram. Nesse momento, foram fundamentais os aportes teóricos de Tozoni-Reis (2006), Reigota (2004), Jacobi (2005), Cezar-Vaz et al (2007), Rosa (2007) entre outros.

Finalizando, o capítulo sete buscou apresentar as principais **Conclusões** do trabalho desenvolvido.

As contribuições da presente tese estão direcionadas, em particular, à estratégia Saúde da Família e à sociedade em geral, considerando que seus resultados poderão contribuir com o trabalho desenvolvido pelas equipes, junto às comunidades locais, evidenciando sua relevância, como forma de melhorar as condições de saúde e garantir a qualidade de vida da população.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 A SAÚDE DA FAMÍLIA COMO INSTRUMENTO DE (RE)ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A construção da estratégia Saúde da Família surgiu no Brasil para responder às necessidades de saúde apresentadas pela população, através de um novo modelo de atenção à saúde, pensado para reorganizar as políticas de saúde no país e consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS).

Para entender melhor o desenvolvimento da estratégia, foi realizada uma rápida revisão do processo de estruturação da Saúde da Família a partir dos seus antecedentes, bem como uma breve apresentação de sua construção, no Brasil e especialmente na cidade do Rio Grande, e sua importância como espaço educativo para a área da saúde e para a educação ambiental.

2.1.1 Antecedente da construção da Saúde da Família: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde

O início da estruturação da Saúde da Família ocorreu após a criação de um programa piloto, elaborado pelo Ministério da Saúde (MS), entre os anos de 1986 e 1988. Conhecido como Programa de Agentes de Saúde, foi desenvolvido no Estado do Ceará e era financiado pelo Programa de Emergência para o Combate aos Efeitos da Seca⁶.

Tomaz (2002) refere que esse programa tinha dois objetivos: o primeiro vislumbrava a oportunidade de gerar emprego para as mulheres que viviam nas

⁶ De acordo com Melo (2001), esse programa foi elaborado pelo Governo Federal, com caráter temporário, imediato e emergencial. É colocado em prática nos primeiros sinais de seca, quando os municípios decretam estado de calamidade e é desativado aos primeiros sinais de volta à normalidade das chuvas.

áreas de seca; o segundo era contribuir com a queda da mortalidade infantil, priorizando ações ligadas à saúde da mulher e da criança.

Após setembro de 1988, o programa, que já atendia 118 municípios do sertão cearense, perde o seu caráter emergencial e adquire uma característica de extensão de cobertura e de interiorização das ações de saúde. Passou, então, a atuar em 45 municípios do interior do Estado, onde os agentes de saúde estenderam suas ações, capacitando as famílias para cuidarem da própria saúde através de visitas regulares aos domicílios (BRASIL, 2005).

A experiência vivenciada pelo Estado do Ceará estimulou o MS a criar, em 1991, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), que mantinha os mesmos objetivos, ou seja, contribuir para a redução da morbimortalidade materna e infantil, estendendo a cobertura para as áreas mais pobres. O PNAS foi implantado inicialmente na região Nordeste do Brasil; em seguida foi estendido para a região Norte e estava vinculada à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). A partir de 1992 passa a ser denominado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e é implementado através de um convênio entre a FUNASA e as Secretarias Estaduais de Saúde, que custeavam o programa e o pagamento dos agentes comunitários (BRASIL, 2005).

O PACS já visualizava uma mudança no modelo de saúde vigente, pois seu propósito era a criação de vínculo entre a comunidade e as unidades básicas de saúde. Nesse programa, a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) consolida-se como sujeito de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde, pois identificava-se principalmente com a cultura, com a linguagem e com os costumes da comunidade. Os ACS foram visualizados pelo MS como elementos chave para a organização dos serviços de saúde; exerciam atividades de promoção e prevenção, mobilizando a comunidade para cuidar de sua saúde. Cada agente era responsável por 50 a 100 famílias na área rural e de 150 a 250 famílias nas áreas urbanas, sendo que, para trabalhar no programa, deveriam ser moradores da própria comunidade, ter idade mínima de 18 anos e receber um treinamento de ações básicas de saúde.

Dal Poz (2002, p. 89) refere que, com a implantação do PACS, alguns avanços foram notados como, por exemplo, “um declínio significativo na mortalidade infantil, um aumento dos níveis de imunização, avaliação de necessidades e recursos e uma intervenção profissional mais rápida quando necessária”. Porém, como revela Souza (2000, p. 7), havia um fator limitante na ampliação de suas ações: “as unidades básicas de saúde continuavam atuando no sistema tradicional, sem absolutamente nenhuma vinculação com a população, com baixa resolutividade e com um enfoque predominantemente curativo”.

Apesar dessas limitações, o PACS foi se fortalecendo nos municípios que estavam mais engajados na construção de um novo sistema de saúde, estimulando os Secretários Municipais de Saúde a ampliar o programa e a operacionalizar a rede básica. A partir daí expande-se a idéia de que o MS deveria aumentar os investimentos para o fortalecimento do programa e, conseqüentemente, a ampliação das unidades básicas, que até então estavam desestruturadas e não conseguiam estabelecer um vínculo com a população.

Sendo assim, o PACS não se constituiu apenas como um programa vertical do MS; ele auxiliou na organização dos sistemas locais de saúde e na implantação do SUS, na medida em que os municípios, para aderirem ao programa, necessitavam estar com Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, deveria existir um Fundo Municipal de Saúde para o recebimento dos recursos que eram repassados, precisavam de uma unidade básica de referência para o seu desenvolvimento, além da disponibilidade de profissionais com nível superior para supervisionar e auxiliar nas ações de saúde que eram desenvolvidas (VIANA e DAL POZ, 2005).

Sendo assim, o PACS tornou-se “um instrumento de (re)organização dos modelos locais de saúde”, não só por ter definido as estratégias para a implantação da estratégia Saúde da Família, mas

pelo grau de articulação que este desenvolveu com os diferentes níveis (estadual e municipal), além do papel desempenhado pelos atores participantes do processo de implementação do programa (agentes e comunidade) (DAL POZ, 2002, p. 90).

2.1.2 Uma breve apresentação da implantação da Saúde da Família no Brasil

Com o objetivo de superar a prática tradicional de assistência à saúde estritamente voltada para as ações individuais, centrado na figura do médico e da medicalização, ascendeu a necessidade de organizar uma nova estratégia que incorporasse recursos humanos e tecnológicos capazes de provocar mudanças, “ao romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estender suas ações para junto à comunidade” (BRASIL, 2003, p.114).

Sendo assim, como continuidade do processo que estava sendo desenvolvido pelo PACS com ações que enfocavam a família e não o indivíduo, o MS lança, no início de 1994, o então denominado Programa Saúde da Família (PSF).

No início de sua formulação, o PSF tinha um caráter vertical, representado não só por seu sistema de financiamento, originado a partir dos procedimentos que eram executados, mas pela cobertura das áreas de risco que foram selecionadas a partir do Mapa da Fome⁷, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). Devido a pouca quantidade de recursos financeiros, o MS optou por iniciar a sua implantação nas áreas de grande exclusão social, assumindo o compromisso com um dos princípios do SUS - a equidade. Essa característica gerou uma compreensão equivocada de que o PSF era um programa destinado a atender somente a parcela da população mais carente, o que prejudicou o desenvolvimento de suas ações de prevenção e promoção da saúde, sendo totalmente contraditório com seus princípios (SOUZA, 2000; D'AGUIAR, 2001; SANTANA e CARMAGNANI, 2001; BRASIL, 2005).

No entanto, à medida que os resultados foram aparecendo, o PSF, aos poucos, vai sendo estruturado com o objetivo de reverter o modelo assistencial centrado nos hospitais e na cura de doenças por um modelo focado na família, com ações que ultrapassam a prática curativa, fortalecendo o vínculo e criando laços de compromisso e corresponsabilidade entre a equipe de saúde e a comunidade. Com

⁷ O Mapa da Fome foi uma publicação elaborada pelo IPEA, com o objetivo de quantificar as famílias indigentes por municípios no país, visando subsidiar o planejamento de ações para combater a fome e a miséria.

isso, desde o seu início em 1994, o programa assumiu o desafio de prestar uma assistência continuada e resolutiva, valorizando

os princípios de territorialização, de vinculação com a população, de garantia de integralidade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, de ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade entre outros (SOUZA, 2000, p.7).

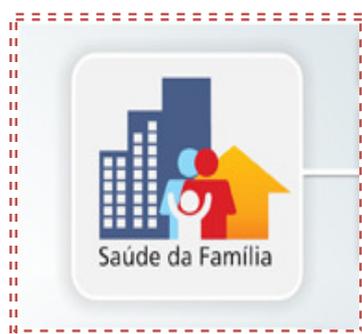


Ilustração 1: Logotipo da estratégia Saúde da Família

O trabalho desenvolvido pelas equipes da Saúde da Família tem, como elemento principal, o estabelecimento de equipes multiprofissionais que, para Peduzzi (2001, p.108), “consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais”. Azambuja et al (2007, p. 72) referem que o trabalho desenvolvido pelas equipes multiprofissionais

tem como desafio transformar o modo como percebem e realizam o fazer, e estender suas ações para fora dos muros dos postos, percebendo a realidade e as necessidades *in loco*, onde as famílias vivem, relacionam-se e produzem, visto ser a família o principal objeto de atenção.

De acordo com o Ministério da Saúde, o atendimento da população deve ser feito por uma equipe mínima, contratada pelo município, composta por um médico, uma enfermeira, um ou dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde⁸. Esses profissionais devem “estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e

⁸ O número de agentes comunitários de saúde pode variar entre as equipes, pois depende do número de famílias que são atendidas.

em grupo” (BRASIL, 1997, p. 13). Em algumas cidades brasileiras, outras categorias profissionais foram incorporadas à equipe e, como exemplo, pode-se citar a equipe de saúde bucal (ESB)⁹. O que irá determinar a inclusão de novos profissionais na estratégia são as necessidades da comunidade e a disponibilidade financeira do município, pois essa ação é determinada pelo gestor local.

Cada equipe é responsável por acompanhar um número definido de famílias; em média, o MS recomenda que cada equipe seja responsável por 600 a 1000 famílias, com limite máximo de 4500 habitantes, localizadas em áreas geográficas delimitadas, que pode ser um bairro ou parte de um bairro, vinculadas a uma unidade de saúde. A responsabilização por um território delimitado e a adscrição de famílias, iniciada no PACS, conferiram ao PSF uma característica especial “a potencialidade para resgatar os vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre os serviços de saúde, os profissionais e a população” (BRASIL, 2003, p.114).

Em uma unidade de saúde, poderá atuar uma ou mais equipes de acordo com o número de famílias a ela vinculadas, cadastradas através de visitas domiciliares para que a equipe possa identificar a situação de saúde das famílias, realizar o diagnóstico local sobre as condições sociais, demográficas e epidemiológicas e, “a partir dos problemas de saúde prevalentes e situações de riscos identificados, elaborar o planejamento da atuação da equipe, que contempla ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças” (BRASIL 2002b, p. 3).

No entanto, no início de sua implantação, o PSF encontrou algumas dificuldades principalmente com relação ao seu financiamento. Os repasses

baseavam-se na produção de serviços limitados por um teto financeiro que, nem sempre, permitia o atendimento às reais necessidades da população. (...) Considerava-se que, na prática, a lógica de alocação de recursos acabava priorizando a doença e não a saúde (BRASIL 2003, p. 114).

⁹ No ano de 2000, o então Ministro da Saúde José Serra criou a Portaria nº 144/GM, que estabeleceu um incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal através da implantação de suas ações na estratégia Saúde da Família. A ESB é composta por um cirurgião dentista e um atendente de consultório dentário. Poderá ainda contar com um técnico de higiene dental para atender em média 6.900 habitantes.

Essas contradições refletiram na formulação da Norma Operacional Básica 01/96 (NOB 01/96), mudando a sua forma de financiamento através da implementação do Piso de Atenção Básica (PAB), proporcionando um novo impulso ao programa. A NOB 01/96, segundo Marques e Mendes (2002), além de estimular a descentralização da saúde, enfatizou que o PSF faz parte de um conjunto de medidas para o fortalecimento da Atenção Básica¹⁰ de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Esse novo incentivo financeiro é composto de uma parte fixa e uma parte variável. A parte fixa (PAB-fixa) corresponde a um valor *per capita* por habitante/ano (o número de habitantes utilizados para este cálculo é definido pelo IBGE), que é transferido automaticamente e regularmente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, nos municípios habilitados como gestores da atenção básica. Esse tipo de transferência gerou mais autonomia para os municípios executarem suas ações de atenção básica, assim como uma maior responsabilidade dos gestores municipais no atendimento à saúde que é prestada nos seus municípios. A parte variada (PAB-variável) é introduzida como um incentivo aos municípios para adotarem programas e estratégias para organizarem ações da atenção básica, ficando aí incluídos o PSF e o PACS (SOUZA, 2000; BRASIL, 2005; BRASIL, 2006b).

Essa nova modalidade de financiamento rompeu com o repasse baseado em procedimentos executados, como também proporcionou a expansão do PSF. Entre os anos de 1997 e 1998, o programa foi implantado em 1.219 municípios, em 24 Estados; um ano depois, em 1999, o programa já havia sido implantando em 1.870 municípios, em 27 Estados (BRASIL, 2005). O incentivo financeiro criado pela NOB 01/96 foi determinante para o crescimento do número das equipes de Saúde da Família no país¹¹.

¹⁰ A Atenção Básica foi definida pelo Ministério da Saúde como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006b, p.10).

¹¹ O MS tem publicado a evolução da implantação da estratégia Saúde da Família, bem como a cobertura da população brasileira atendida. Desde a sua implantação, de 1994 até o ano de 2007, o número de municípios atendidos pelo PSF passou de 55 para 5.122, respectivamente, com uma cobertura populacional de 87.300.000 habitantes. No Rio Grande do Sul, até dezembro de 2006,

No ano de 1997, o MS publicou o documento “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”, aprofundando e revisando conceitos e diretrizes apresentadas no documento anterior¹². Nesse documento (1997), o PSF foi caracterizado como estratégia de qualificação da atenção básica por possibilitar a integração e a promoção de atividades organizadas em “um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados” (BRASIL, 1997). Seu objetivo passa a ser estruturar o modelo de atenção à saúde através de ações pautadas nos princípios do SUS (universalidade, integralidade, equidade e participação popular), priorizando grupos com maior risco de adoecer ou morrer (TRAD, BASTOS, 1998; BRASIL, 2003).

Sendo assim, a estratégia Saúde da Família assumiu, como foco, a reorganização da atenção básica, garantindo a oferta de serviços à população e o fortalecimento dos princípios do SUS. Além disso, por possuir uma vertente municipalista, busca

estimular a organização dos sistemas locais; pauta-se a partir da aproximação dos serviços com sua própria realidade e envolve os atores sociais destas mesmas realidades. Assim, o controle social e a participação popular se fortaleceram à medida que o programa se ampliou (BRASIL 2003, p. 114).

Passados quase 15 anos de implantação do programa, alguns avanços podem ser destacados, estando diretamente vinculados à consolidação do SUS como: a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, principalmente aquela com maior vulnerabilidade social; maior qualidade da assistência prestada; o estabelecimento do vínculo das unidades de saúde com a comunidade; maior participação da comunidade nas ações desenvolvidas pelas equipes; aumento da cobertura vacinal; realização de um diagnóstico precoce das doenças; diminuição da mortalidade infantil; e o desenvolvimento de uma assistência integral e resolutiva junto à população.

eram 1.040 equipes de Saúde da Família em 394 municípios, com uma cobertura populacional de 30,5%, ou seja, 3.310.584 habitantes.

¹² O documento anterior foi publicado no ano de 1996, com o título “Saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde” (FARAH, 2006).

Além desses avanços com relação aos serviços prestados pela estratégia, houve uma preocupação, por parte do MS, com a capacitação dos profissionais, pois o sucesso da estratégia estava condicionado à existência de trabalhadores com competências, atitudes e habilidades para lidar com esse novo modelo, capazes de trabalhar em uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. Pensando nisso, o MS propôs a criação dos “Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para o Programa de Saúde da Família”. Os Polos são espaços de articulação entre a ação e o conhecimento, ou seja, “entre os serviços e instituições de ensino superior com a missão de implementar processos de capacitação destinados aos profissionais do Programa” (BRASIL 2003, p.115).

Apesar de todos esses avanços, ainda há um longo caminho a ser percorrido para uma efetiva reestruturação e reorganização da atenção básica. Neste sentido, o MS lançou o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) que está voltado para a organização e fortalecimento da atenção básica através da expansão da Saúde da Família para os grandes centros urbanos (municípios com mais de 100 mil habitantes), onde encontra-se uma maior disponibilidade com relação aos serviços de média e alta complexidade, podendo ser observadas, ainda, barreiras para a oferta e o acesso de ações básicas. Sendo assim, o PROESF

viabiliza recursos para estruturação das equipes/unidades, buscando integrar procedimentos de outros níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde – SUS e aperfeiçoar tecnologias de gestão com o objetivo de aumentar a resolubilidade do sistema (BRASIL 2003a, p.5).

Além disso, o MS lançou a Portaria nº 399/ GM, divulgando o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS. Esse pacto é resultado dos desafios enfrentados pelos gestores do SUS para superar a fragmentação dos programas e políticas de saúde “através da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão” (BRASIL, 2006a, p. 4). Foram pactuadas responsabilidades entre os três gestores do SUS (MS, Conselho Nacional de Secretários da Saúde – CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS) com relação à gestão do SUS e a atenção básica através de três diretrizes operacionais: Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS, Pacto de gestão do SUS.

O fortalecimento da atenção básica através da estratégia Saúde da Família é uma das seis prioridades do Pacto pela Vida¹³ e seus objetivos são:

- ✓ assumir a estratégia saúde da família como estratégia prioritária para fortalecer a atenção básica levando em consideração as diferenças locais e regionais;
- ✓ desenvolver ações para a qualificação dos profissionais (educação permanente e oferta de cursos de especialização, residência multiprofissional e medicina de família);
- ✓ consolidar e qualificar a estratégia nos municípios pequenos e médios;
- ✓ qualificar e ampliar a estratégia nos grandes centros;
- ✓ garantir a infraestrutura necessária para o funcionamento das unidades através do investimento em recursos materiais, equipamento e insumos para o desenvolvimento das ações;
- ✓ garantir o financiamento da atenção básica;
- ✓ aprimorar a inserção dos profissionais por meio de vínculos de trabalho que favoreçam a fixação dos profissionais;
- ✓ monitorar e avaliar a atenção básica nas três esferas de governo com o objetivo de qualificar a gestão descentralizada;
- ✓ apoiar a organização e o fortalecimento da atenção básica considerando os princípios da estratégia respeitando os aspectos locais e regionais (BRASIL, 2006a).

Todos esses compromissos assumidos resultam da análise da situação de saúde da população brasileira e de prioridades que foram definidas pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal).

De acordo com Paim e Teixeira (2007), o Pacto pela Saúde é considerado um “novo instrumento de política que pretende instituir um processo de negociação

¹³ O Pacto pela Vida “é um dos compromissos entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. A definição de prioridades deve ser estabelecida através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais” (BRASIL, 2006b, p. 4). As demais prioridades do pacto são: a saúde do idoso; o controle do câncer do colo de útero e da mama; a redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta as doenças emergentes e endêmicas, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; e, promoção da saúde, com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável;

permanente entre gestores, no sentido de garantir a implementação de políticas e ações prioritárias” (p. 1822).

2.1.3 A implantação da estratégia Saúde da Família no município do Rio Grande¹⁴

A partir do ano de 1993 ocorreu no município do Rio Grande a ampliação da Rede Básica de Saúde com a construção de novos postos de saúde e a reforma das unidades existentes até então. Mas foi somente a partir de 1997, com a implantação da NOB/96, que o município passou a executar a Gestão Plena de Atenção Básica (BRANCO et al, 2000), ou seja, passou a exercer a função de gestor da atenção a saúde da sua população (BRASIL 1997).

Com a municipalização, vários programas foram implantados modificando o perfil da rede básica com ações de prevenção e promoção da saúde. Foram eles: Programa Municipal de Imunização; Programa Municipal de Promoção a Saúde do Adulto; Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Programa Municipal de Saúde da Criança; Programa do Controle do Câncer de Colo Uterino e Prevenção do Câncer de Mama e o Programa de Saúde da Família (BRANCO et al, 2000).

Com o objetivo de contribuir para a melhoria da saúde da população e do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) o projeto do Programa de Saúde da Família contemplava a quase totalidade dos bairros do município. No entanto, por problemas considerados pelas autoras Branco et al (2000) como “técnicos” foi sendo implantado por fases.

Um convênio firmado entre a Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e a Prefeitura Municipal do Rio Grande (PMRG) permitiu a implantação de uma equipe de Saúde da Família, em 1998, nas dependências do Centro de Atenção Integral a Saúde da Criança e do Adolescente (CAIC).

¹⁴ As informações para a construção deste sub-capítulo foram obtidas através do site da Prefeitura Municipal do Rio Grande e com os trabalhadores das equipes das UBSFs do município.

O ano de 2001 foi um ano marcante na estratégia, pois em março o programa foi oficializado com a implantação de uma equipe na Vila Maria. Neste mesmo ano foi aprovado o projeto de ampliação de mais duas equipes no Bairro Castelo Branco I, além da contratação de agentes comunitários de saúde (ACS) para trabalhar nestas equipes.



Ilustração 2: Logotipo da estratégia Saúde da Família no município do Rio Grande

Em 2002 ocorreu a ampliação da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) da Vila Maria que passou a contar com mais uma equipe, com isso foi necessária a sua reestruturação. Atualmente neste local funciona UBSF Marluz que conta com duas equipes que atendem os bairros Marluz, Vila Maria, Leônidas, Mate Amargo e Cibrazem. Neste mesmo ano foi também reestruturada a USB Castelo Branco.

Com a aprovação do Projeto de Expansão da Saúde da Família (PROESF), em 2003, foram mapeadas novas áreas e ocorreu a seleção de novos ACSs ampliando para 15% a cobertura da população do município. A partir de 2004, com os recursos do PROESF, foi possível a contratação de mais ACSs e a implantação de novas áreas expandindo a cobertura da estratégia para 23% da população local.

Em 2005 ocorreu um salto na cobertura e na implantação das equipes de Saúde da Família no município. Com o mapeamento e a territorialização das áreas rurais foram implantadas 6 equipes (2 equipes na Quinta, 1 equipe em Domingos Petrolina, 2 equipes no Povo Novo e 1 equipe na Ilha da Torotama) atingindo 30% da cobertura populacional.

No ano de 2006 foi implantada a estratégia Saúde da Família no TAIM aumentando para 36% a cobertura da população. Neste mesmo ano começou a ser implantado o Projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade da estratégia Saúde da Família (AMQ), que visa oferecer instrumentos para a “Gestão da Qualidade” da estratégia Saúde da Família. O ponto de partida deste programa é a avaliação enquanto processo crítico-reflexivo permanente, que deve ser desenvolvido em co-responsabilidade pelos sujeitos da ação, como forma de subsidiar a tomada de decisão na gestão da qualidade em saúde (BRASIL, 2005). A implantação deste projeto no município, neste ano, atingiu 50% das UBS.

Já no ano de 2007, a AMQ foi implantada em 100% das UBSF do município. Neste mesmo ano ocorreu a implantação de uma equipe de Saúde da Família na Ilha dos Marinheiros aumentando assim a cobertura populacional para 38%. Foi, ainda, realizado o mapeamento de novas áreas para a implantação de futuras equipes, foram elas: Querência, Atlântico Sul, Parque Guanabara, Bolaxa e Senandes. Em dezembro deste mesmo ano teve início o Processo Seletivo para ACS sendo disponibilizadas 177 vagas.

Em 2008 foi construída a UBSF Aeroporto que conta com 1 equipe; a reforma e ampliação da UBSF Castelo Branco que passou a contar com 3 equipes, além da conclusão e encaminhamento do projeto para a reforma e ampliação das UBSF's: Ilha dos Marinheiros, Domingos Petrolina, Povo Novo e TAIM. Ainda neste ano foi iniciada a ampliação da UBSF Ilha da Torotama e a seleção e formação de 169 ACS.

No ano passado, 2009, foi implantada a UBSF Querência responsável pelo atendimento de 700 famílias, ou seja, 2800 pessoas distribuídas nos bairros Querência e Atlântico Sul.

O Quadro 1 apresenta uma relação das UBSFs implantadas no município até o ano de 2009, bem como o número de equipes e os bairros atendidos.

UBSF	Nº EQUIPES	BAIRROS ATENDIDOS
Aeroporto	1	Aeroporto, Vila Trevo, Humaitá I e II – B e Paraíso
Bernadeth	1	Bernadeth e Parque Coelho
CAIC	1	Castelo Branco II e Parque Universitário
Castelo Branco	3	Parte da Castelo Branco II, Castelo Branco I e parte da Profilurb
Marluz	2	Marluz, Vila Maria, Leônidas, Mate Amargo e Cibrazem
Profilurb	2	Profilurb I, Nossa Senhora de Fátima, São João e Recreio
Santa Rosa	1	Santa Rosa e Maria dos Anjos
São João	1	São João e Bosque
São Miguel I	2	São Miguel e Bosque
São Miguel II	1	São Miguel
Cidade de Águeda	1	Cidade de Águeda e COHAB IV
Quinta	2	Vila da quinta, Vila Nova, Corredor dos Pinheiros, Siola, e Leonídeo
Quintinha	1	Quintinha, Sítio Santa Cruz, Santo Antônio, Quitéria e Arraial
Povo Novo	2	Povo Novo, Pesqueiro, Capão Seco e Barra Falsa
Domingos Petroline	1	Domingos Petroline e Palma
Ilha da Torotama	1	Ilha da Torotama e Banhado Silveira
Ilha dos Marinheiros	1	Ilha dos Marinheiros, Porto Rei, Marambaia e Bandeirinhas
Taim	1	Taim, Capilha, Ponte Federal, Vila Santa Isabel e Cerrito
Querência	1	Querência e Atlântico Sul/ Stela Maris
Total de UBSFs - 19	Total equipes: 26	

Quadro 1: Relação de UBSFs implantadas no município do Rio Grande até 2009.

Com este levantamento foi possível conhecer a situação da estratégia Saúde da Família no município de Rio Grande até o ano de 2009. Atualmente estão em atividades no município 19 UBSFs com 26 equipes atuantes desenvolvendo atividades de prevenção e promoção da saúde a 42% da população riograndina atendida. Cada equipe atende em média 800 famílias (até 2.800 pessoas por área). Juntas, estas equipes atendem mais de 19.554 famílias, sendo que destas 4.645 são crianças na faixa etária de 0 a 6 anos, 5.874 hipertensos e 1.415 são diabéticos.

2.1.4 A estratégia Saúde da Família: espaço de práticas educativas relacionadas à saúde e ao ambiente

Lidar com as diferentes formas de viver da sociedade atual exige, dos trabalhadores, a reflexão sobre novas formas de desenvolver ações de saúde no seu trabalho. Não se trata de negar o cuidado individual ou atenção médica centrada nas especialidades como apontaram alguns autores (FRANCO e MERHY, 1999) ainda no início da implantação da estratégia, mas sim ir além. A estratégia Saúde da Família busca, através da capacitação de seus profissionais e do planejamento conjunto de suas atividades, não só cuidar do indivíduo, mas da família; não tratar apenas a doença, mas prevenir os riscos dela decorrentes e, principalmente, promover a saúde¹⁵.

O trabalho desenvolvido pelas equipes apresenta um objetivo em comum - melhorar a qualidade de vida¹⁶ da população. Para que esse objetivo seja atingido ocorre o envolvimento de diferentes trabalhadores, com diferentes formações e com uma diversidade de conhecimentos e habilidades que se complementam. Com essa diversidade de sujeitos faz-se necessário um planejamento conjunto com relação ao trabalho que será desenvolvido, “o que implica em responsabilidades mais compartilhadas entre os atores envolvidos” (SANTANA 2000, p. 14). Esse planejamento é feito levando em consideração os problemas encontrados nas áreas sob a responsabilidade das equipes, que organizam um plano de intervenção e acompanhamento das ações a partir dessa identificação.

¹⁵ A promoção da saúde é considerada uma estratégia para produção de saúde, visto que contribui para a construção de ações mais amplas para atender as necessidades da população, com foco nos determinantes do processo saúde-doença como, por exemplo, a falta de saneamento básico, a violência, a urbanização desordenada, habitação inadequada, desemprego e falta de alimentação. Sendo assim, visa à “criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas” (BRASIL, 2006c, p.12).

¹⁶ De acordo com Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 7) qualidade de vida trata-se “de uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal), e também objetivos, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade”. Assim, o significado de qualidade de vida para uns pode não ser o mesmo para outros, pois a qualidade de vida é subjetiva, estando relacionada aos objetivos, às expectativas e às preocupações de cada indivíduo

No entanto, a equipe não está sozinha; ela está inserida em uma comunidade com características socioambientais e de saúde específicas de sua população, fazendo com que, ao planejar suas ações, os trabalhadores levem em consideração essas características. Neste sentido, promover melhores condições de vida e saúde para a população é um compromisso dos profissionais que trabalham nas áreas da saúde e da educação ambiental, pois as práticas relacionadas à saúde voltam-se para um contexto mais amplo com ações que envolvem as relações entre o ambiente físico e o social das comunidades.

A crescente preocupação do ser humano com as questões ecológicas, como consequência de sua ação predatória sobre a natureza, tem levado os profissionais da saúde a ampliar suas ações, lançando o olhar para essa temática. Os trabalhadores da estratégia Saúde da Família, por atuarem em um território delimitado, com um número de famílias sob sua responsabilidade, não poderiam ficar de fora desse cenário. Desenvolver um trabalho articulado com as famílias é fundamental, pois elas passam a ser objeto da atenção entendida a partir do ambiente em que vivem, em seus múltiplos espaços de relações. Sendo assim, as ações desenvolvidas sobre esse espaço “representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompam os muros das unidades de saúde e se enraízem para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam” (SANTANA e CARMAGNANI, 2001, p. 5).

Trabalhar a saúde e o ambiente nas comunidades locais através da estratégia Saúde da Família, entendida como um espaço educativo de troca de conhecimentos e informações, exige que seus profissionais compreendam os processos de interação entre a comunidade e o ambiente. Ou seja, de acordo com Carvalho (2002), é preciso que a equipe conheça os aspectos físicos do bairro (localização territorial, população), os aspectos históricos da comunidade, os aspectos econômicos (condições de vida e trabalho dos moradores), os aspectos culturais (diferentes formas de expressão cultural e a visão de mundo de seus habitantes), os aspectos políticos (lideranças da comunidade e os grupos organizados), além dos aspectos sociais (educação, transporte e segurança), pois todos eles estão ligados entre si e com o ambiente e irão permitir que as equipes trabalhem de forma

integrada com a comunidade, possibilitando uma melhor compreensão de que todos são parte integrante do ambiente.

Olhar para os recursos naturais de um bairro, sua localização, as condições de vida e de trabalho de seus moradores, possibilita que as equipes entendam suas reais necessidades, permitindo trabalhar a saúde e o ambiente de forma contínua em conjunto com a sua população

despertando-a para o papel fundamental que o ambiente pode desempenhar em suas vidas, oferecendo um imenso número de possibilidades de atuação e oportunidades para o seu desenvolvimento local, desde que certos cuidados ambientais sejam tomados (CARVALHO 2002, p. 101).

Buss (2003, p. 166) refere que as comunidades e os seus indivíduos devem ter oportunidades para controlar e conhecer os fatores determinantes da sua saúde, sendo para isso necessário assegurar “a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios que permitam a todas as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde”.

Está aí o grande desafio da estratégia Saúde da Família: trabalhar para uma relação mais equilibrada entre a comunidade e o ambiente que a cerca, buscando melhores condições de vida para a população, através da sua conscientização sobre as medidas de prevenção e higiene, importância da igualdade de oportunidades com relação ao trabalho, à cultura e ao lazer e valorização da participação da comunidade nas decisões locais.

Além desses, os aspectos com relação ao consumo, à redução de resíduos, à utilização dos recursos naturais, sem violar a sua capacidade, são reflexões que devem ser estimuladas pelos profissionais que trabalham nas equipes, pois é preciso que a comunidade tome consciência de que

os problemas ambientais não dizem respeito apenas à natureza em si, mas geram situações de pobreza, baixa produtividade, doenças, vulnerabilidade e desastres naturais, poluição e inospitalidade; devendo, portanto, serem tratados com a seriedade que merecem (CARVALHO 2002, p. 102).

Transformar a realidade e as condições de vida das comunidades é um dos propósitos das ações educativas desenvolvidas pelas equipes da Saúde da Família.

Estas ações devem estar embasadas no diálogo entre equipe e a comunidade, criando, assim, espaços coletivos de discussão e reflexão buscando modificar e fortalecer os sujeitos envolvidos.

3 PROCESSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

3.1 REFERENCIAL TEÓRICO DA PESQUISA

3.1.1 Relação trabalho e saúde

Várias são as mudanças que vem ocorrendo nas formas de organização e evolução tecnológica no trabalho, que juntamente com as mudanças no âmbito sócio-cultural de nossa sociedade, exigem que os trabalhadores se adequem a essas transformações, agindo e reagindo às novas formas de organização do trabalho.

Na área da saúde não é diferente. As transformações sociais, às quais estão expostas a população, podem ser consideradas determinantes no processo saúde/doença, exigindo dos trabalhadores uma constante organização do seu processo de trabalho, a fim de atender as necessidades apresentadas pela comunidade.

Buscando refletir sobre a organização do trabalho nas equipes de Saúde da Família, este sub-capítulo apresenta as mudanças ocorridas na organização científica do trabalho e sua influência na organização do trabalho em saúde na particularidade do trabalho das equipes de Saúde da Família.

3.1.1.1 Breves considerações sobre a organização científica do trabalho

Ao longo do tempo foram grandes as transformações sofridas no mundo do trabalho, modificando a sociedade e os seus processos de produção. Com a Revolução Industrial surgiram estudos sobre as novas formas de organização do trabalho, destacando-se a teoria criada pelo engenheiro americano Frederick

Winslow Taylor (1856-1915). O taylorismo ficou conhecido como método de “organização científica do trabalho” (OCT), e sua questão fundamental estava centrada no controle do trabalho e da força do trabalho que era vendida (PIRES, 1998; LOPES, 2000).

No início do século XX, Taylor revolucionou o pensamento administrativo e o mundo industrial, quando dedicou seus estudos ao desenvolvimento de um método que aumentasse a produtividade, evitando a perda de tempo durante o processo de produção (COLARES, 2005). Isso seria possível através da eliminação de gestos e comportamentos desnecessários no interior do processo produtivo. Taylor, ainda, aperfeiçoou a divisão social do trabalho introduzida pelo sistema de fábrica, assegurando definitivamente o controle do tempo do trabalhador pela classe dominante, ou seja, pelo empregador. Surge, então, a figura do gerente como um elemento fundamental para coordenar o trabalho desenvolvido coletivamente. É ele quem passa a controlar o processo de produção, o tempo empregado pelo trabalhador na atividade sendo o responsável por melhorar a forma de trabalho nas indústrias. Dessa forma, “o trabalho pensante fica restrito a um pequeno grupo, esperando-se da maioria a execução das atividades delegadas de cunho manual” (RIBEIRO, PIRES e BLANK 2004, p. 439).

O gerente é o trabalhador que domina a ciência, determinando o que cada um dos demais trabalhadores deve realizar. É ele quem supervisiona o trabalho, controla o fluxo das informações, explica e auxilia os trabalhadores individualmente, ao mesmo tempo em que controla a produção de cada um (LOPES, 2000). A serviço do capital, a gerência é aperfeiçoada, ganhando uma importante fundamentação com as contribuições de Taylor e de seus seguidores, pois ela “racionaliza a produção, definindo o modo e os tempos de produção; estabelecendo, rigidamente, os rendimentos dos trabalhadores e colocando-os sob uma estrutura hierárquica que vigia e fiscaliza a produção” (PIRES 1998, p.33).

Ainda, com o objetivo de controlar e medir o tempo e o movimento gasto pelos trabalhadores durante a produção, surge o cronômetro. Com a finalidade de

fornecer ao operário ‘informações úteis’, para que ele pudesse eliminar os gestos desnecessários e reter só ‘a melhor maneira’ de executar o seu trabalho, tornando-se, para o capitalista, um

‘princípio organizador da fábrica’, assegurando a ‘transformação do regime de acumulação’, impulsionando ‘o alargamento da sua base de produção (LOPES, 2000, p. 238).

Outra mudança ocorrida com a OCT é com relação à instalação da prática individual do operário em contraposição ao trabalho em equipe, dando ênfase à individualidade de cada trabalhador, como afirma Lopes (2000, p. 243):

cada indivíduo passou a ser tratado isoladamente pelas técnicas “científicas” de administração do trabalho. O contrato individualizado e o pagamento por peça/rendimento serviam de estímulo para o trabalhador exercer sua tarefa de modo que sobressaísse sua individualidade, mais do que sua participação no coletivo.

Para Taylor, a questão fundamental era controlar o trabalho alienado e a força de trabalho que era comprada e vendida. Para isso, o controle era estabelecido no modo como as tarefas deveriam ser executadas e em que ritmo, ficando para o trabalhador apenas a execução, de acordo com o tempo estabelecido pela gerência.

Utilizando os mesmos princípios que foram formulados por Taylor, Henry Ford (1863-1947) faz a separação entre o planejamento e a execução das tarefas, ou seja, entre o trabalho intelectual e o trabalho manual, ficando o primeiro a cargo dos gerentes e dos diretores e o segundo, dos demais trabalhadores. Um dos objetivos de Ford era eliminar o tempo morto durante o processo produtivo, aumentando assim a produção em um menor espaço de tempo.

Para isso, introduziu a produção em série, criando a linha de montagem, através da padronização de maquinários, da mão-de-obra e, como consequência, dos produtos. Sendo assim, “o controle sobre o trabalho humano não precisa ser feito pela determinação e controle direto do gerente, mas é feito automaticamente pela máquina” (PIRES, 1998, p. 33).

Lopes (2000, p. 247) definiu o “modelo fordista de produção” como

uma forma particular do processo de trabalho, mais adequada ao emprego de uma mão-de-obra com diferentes especificações, em que o fluxo das partes e dos produtos intermediários passou a ser realizado por máquinas, diante das quais os trabalhadores de montagem se encontram, agora, distribuídos em postos fixos.

Os trabalhadores foram distribuídos ao longo de uma esteira e ficaram concentrados nas tarefas manuais, padronizadas e repetitivas. Foram obrigados a seguirem normas rígidas com relação aos movimentos executados durante a produção. O objetivo era de economizar, ao máximo, o tempo utilizado durante o processo produtivo (Szezerbicki, Pyilatti e Kovaleski, 2004). Como resultado dessa distribuição, surge um novo tipo de trabalhador, “o operário não especializado da linha de montagem, produto da divisão capitalista do trabalho” (LOPES 2000, p. 247).

De acordo com Pires (1998, p. 34), a intensificação da produção em um menor espaço de tempo representou, para os trabalhadores, uma “maior degradação das condições de trabalho, em função de suas características opressivas, alienantes e desqualificadoras”. Como resultado dessa organização do trabalho observa-se a relação entre o processo saúde-doença e as condições de vida e trabalho da população (AZAMBUJA, 2005).

Com a introdução da linha de montagem, ocorreu a desqualificação do operário e a intensificação do trabalho. Os trabalhadores não eram estimulados a pensar, a manifestar sua criatividade, a refletir sobre o seu trabalho diário; trabalhavam sob uma rigorosa divisão de tarefas e gestos, controlados pelo ritmo das máquinas (COLARES, 2005).

No entanto, o capital ainda depende do saber dos trabalhadores para resolver algumas situações do cotidiano das fábricas, pois a “repetição das atividades parcelares não é capaz de eliminar totalmente do conjunto dos trabalhadores a percepção sobre a globalidade do processo de trabalho e sobre os problemas do processo de produção” (PIRES, 2000).

De acordo com Lopes (2000, p. 250), o fordismo inaugurou “mais do que uma simples inovação técnica nas formas de fabricação, mas instaurou no interior mesmo das transformações tecnológicas por ele engendradas novas normas de trabalho, de produção, de produtividade e de consumo”.

3.1.1.2 A organização do trabalho em saúde

Como visto anteriormente, a industrialização foi uma das responsáveis pelas transformações sociais e econômicas, ocorridas nas sociedades capitalistas, desde a Revolução Industrial até os dias de hoje. O desenvolvimento de novas tecnologias e as novas formas de organização do trabalho, utilizadas pelas grandes indústrias, influenciaram também o trabalho em saúde.

Ribeiro, Pires e Blank (2004, p. 438 e 439) descrevem o trabalho em saúde como “um trabalho coletivo institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional¹⁷ e, também, da divisão parcelar e pormenorizada do trabalho e da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho”. Referem ainda que, a partir das formulações de Taylor e Ford, surgiram estudos sobre as rotinas no trabalho, o tempo de execução das tarefas e a reorganização dos ambientes de trabalho, influenciando diretamente os serviços de saúde.

Durante a década de 50, o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde nos espaços institucionalizados (ambulatórios e hospitais) ganhou destaque com relação à assistência prestada, pois ocorreu a ampliação dos serviços e dos conhecimentos em saúde com a introdução de novas máquinas e equipamentos para a prestação da assistência. No entanto, as atividades assistenciais, que eram executadas pelos trabalhadores, resultavam de um trabalho coletivo desenvolvido por diferentes sujeitos por meio de atividades específicas e parceladas (PIRES, 2000).

Ainda hoje é possível encontrar esse tipo de organização do trabalho nos espaços institucionalizados. Nos hospitais, o trabalho ainda é fragmentado, algumas categorias profissionais organizam e executam suas atividades separadas dos demais trabalhadores. Um exemplo das atividades parcelares desenvolvidas nos hospitais é apresentado por Pires (1998, p. 87), quando destaca o trabalho do enfermeiro nas instituições de saúde:

¹⁷ O trabalho profissional é descrito por Pires (2000) como “trabalho especializado e reconhecido socialmente como necessário para a realização de determinadas atividades. (...) É realizado por trabalhadores que dominam os conhecimentos e técnicas especiais para assistir o indivíduo ou grupos com problemas de saúde ou com riscos de adoecer, em atividades de cunho investigativo, preventivo, curativo, ou com o objetivo de reabilitação, quando o indivíduo ou grupo social não pode fazer por si mesmo ou sem essa ajuda profissional” (p. 87).

Na enfermagem, o enfermeiro que é o profissional de nível superior, detém o controle do processo assistencial de enfermagem e delega atividades parcelares a profissionais de enfermagem de nível médio, ou a trabalhadores treinados para atividades específicas.

Com a divisão parcelar das tarefas, não só na enfermagem como em outras profissões da área da saúde (nutrição, fisioterapia e etc), pode-se observar o desenvolvimento de relações hierárquicas entre os trabalhadores; “o profissional de nível superior detém o poder e os conhecimentos relativos à profissão e delega tarefas específicas a trabalhadores de nível médio ou elementar” (PIRES 2000, p.38).

Esse parcelamento proporcionou o surgimento de diferentes especialidades que possibilitaram o aprofundamento de conhecimentos específicos sobre determinadas patologias, fragmentando o ser humano, que passou a ser visto apenas por suas características biológicas. Com o aumento das especialidades, os profissionais, “de possuidores de amplo conhecimento, transformaram-se em especialistas e suas atividades fragmentaram-se, passando a requerer complementaridade de atividades parcelares e rotineiras de outros grupos de trabalhadores” (RIBEIRO; PIRES; BLANK 2004, p. 439).

Fora do ambiente hospitalar, o trabalho em saúde pode ser realizado em diferentes espaços (consultórios, laboratórios, unidades de saúde), que também apresentam características de um trabalho coletivo e de um trabalho profissional, envolvendo diferentes profissionais de nível superior e trabalhadores com formação de nível médio. Podemos citar, como exemplo de ambiente extra-hospitalar, as Unidades Básicas de Saúde que possuem equipes de Saúde da Família. Nessas unidades, pode-se perceber uma possibilidade de alteração na fragmentação e no parcelamento das tarefas desenvolvidas, pois um dos objetivos da estratégia Saúde da Família é prestar um atendimento integral à população, rompendo “com o ‘modelo funcional’ de distribuição de tarefas do tipo taylorista, que separa concepção e execução e dificulta o atendimento (...)” (PIRES 2000, p. 90).

Esse atendimento integral deve ser contínuo, com resolutividade e qualidade, adequando o trabalho desenvolvido pelas equipes nas Unidades de Saúde da Família às necessidades de saúde da população adscritas. É um trabalho realizado

por diferentes sujeitos, com conhecimentos e técnicas específicas de sua profissão. Cada trabalhador, além de executar atividades próprias de sua categoria profissional, deve ser capaz de articular seus saberes e ações e interagir com os demais trabalhadores no desenvolvimento de um trabalho coletivo.

3.1.1.2.1 O trabalho das equipes de saúde da família

A estratégia Saúde da Família tem como finalidade reorganizar os sistemas de saúde nos municípios, enfocando ações de promoção da saúde e a produção de uma nova dinâmica de atuação nas unidades de saúde através da definição de responsabilidades entre as equipes e a comunidade.

O trabalho desenvolvido pelas equipes de Saúde da Família é um trabalho coletivo, realizado, cotidianamente, por diferentes trabalhadores, capacitados para o desenvolvimento de atividades assistenciais necessárias para manter a estrutura do serviço e a qualidade da assistência à comunidade. Esses trabalhadores, além de desenvolverem atividades específicas de sua profissão, devem definir juntos prioridades e ações individuais e/ou coletivas para a promoção da qualidade de vida das famílias sob sua responsabilidade (PIRES, 1998; PAPOULA, 2006). Neste sentido, o trabalho em equipe pode ser considerado um dos pilares desta estratégia.

A função da equipe é prestar a assistência continuamente à comunidade através do acompanhamento integral à saúde do adulto, da criança, do idoso e da mulher. Para tanto, as equipes devem desenvolver as seguintes atividades: conhecer a realidade das famílias, dando ênfase para as suas características sociais; identificar os problemas e as situações de risco aos quais a população está exposta; realizar o planejamento e a programação local com a participação da comunidade; executar os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nas diferentes fases do ciclo de vida; valorizar a relação com o usuário e com a família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto, de respeito; realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento; prestar assistência integral à população adscrita, com ênfase na promoção da saúde, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada; resolver os principais problemas de saúde encontrados, no nível da atenção básica; garantir acesso à

continuidade do tratamento, utilizando o sistema de referência e contrarreferência; coordenar, participar de ou organizar grupos de educação para a saúde; desenvolver processos educativos voltados para o autocuidado dos indivíduos; promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento dos problemas identificados; fomentar a participação da comunidade, discutindo conceitos de cidadania e de direito à saúde e incentivar a participação ativa da comunidade nos conselhos locais e municipais de saúde; e auxiliar na implantação do Cartão Nacional de Saúde¹⁸ (BRASIL 2001; ARAÚJO; ROCHA, 2007).

No entanto, como afirmam Araújo e Rocha (2007), o desenvolvimento dessas atividades não garante a modificação do modelo de saúde centrado no atendimento médico individual. É necessária uma mudança na forma como se tem trabalhado as questões relacionadas à saúde. Através de ações de prevenção e promoção, os profissionais da equipe de Saúde da Família assumem o papel de cuidadores, articulando as necessidades dos usuários com a dos trabalhadores em saúde, promovendo assim a autonomia do usuário e o compromisso do profissional em defesa da vida individual e coletiva.

O trabalho em equipe permite o estabelecimento de uma relação interativa entre os trabalhadores, mediada pela troca de conhecimentos e experiências, pelo compartilhar do planejamento das atividades, pela divisão das tarefas e pela cooperação e colaboração entre os diferentes trabalhadores, com o objetivo de construir um projeto assistencial comum, que se traduza em qualidade na atenção integral à saúde da comunidade. É considerado um importante pressuposto para reorganizar o processo de trabalho na Saúde da Família, visado a uma abordagem integral e resolutiva.

No entanto, o estudo de Pedrosa e Teles (2001, p. 309) revelou a ausência de responsabilidade coletiva do trabalho, “levando à descontinuidade entre as ações específicas de cada profissional, observando-se desarticulação entre ações

¹⁸ O Cartão Nacional de Saúde é um documento que permite vincular os procedimentos executados no SUS ao usuário, ao profissional que realizou o atendimento e à unidade de saúde. Para tanto, os usuários e os seus domicílios estão sendo cadastrados e irão receber um número nacional de identificação. O cadastro permitirá uma maior eficiência na realização das ações, bem como auxiliará na construção de um banco de dados que ajudará no diagnóstico, avaliação, planejamento e programação de ações de saúde. Fonte: Ministério da Saúde, setembro de 2010.

curativas, educativas, administrativas” e o baixo grau de interação entre as categorias profissionais. Já o estudo realizado por Silva e Trad (2005, p. 27) evidencia a articulação entre as ações desenvolvidas e a interação entre os profissionais da equipe de saúde da família para “a construção de um projeto assistencial comum¹⁹”. De acordo com esses autores, a articulação entre os trabalhadores ocorre em geral durante o próprio atendimento dos usuários, para trocar informações e esclarecer dúvidas, tendo como objetivo um melhor resultado com relação às intervenções técnicas, o que consideram relevante e desejável. Com relação à interação, os autores evidenciam que ela ocorre para troca ou transmissão de informações técnicas, e os profissionais não realizam uma discussão crítica com relação aos problemas e necessidades da equipe e da população.

O estudo desenvolvido por Oliveira e Spiri (2006) buscou analisar o significado do trabalho em equipe para os trabalhadores das equipes de Saúde da Família; para essas autoras, o “trabalho em equipe permite a continuidade do acompanhamento e maior envolvimento com os familiares por meio da abordagem de toda a equipe” (p.729); para tanto, é necessário que existam articulação e interação entre os trabalhadores. Referem, ainda, que os trabalhadores das equipes de Saúde da Família necessitam articular suas práticas e saberes para o enfrentamento de situações que forem identificadas, com o objetivo de propor soluções conjuntas para intervir de maneira adequada em cada uma das situações que se apresentam.

Na proposta da estratégia Saúde da Família, a obtenção de um impacto favorável sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença é possível na medida em que o trabalho em equipe se constitua em “uma prática em que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício cotidiano do trabalho”, pois a articulação e a interação, entre os trabalhadores, através do diálogo, podem

contribuir para a superação de relações hierarquizadas, em que os profissionais raramente conhecem as potencialidades dos outros,

¹⁹ Um projeto assistencial comum foi conceituado por Peduzzi (2001, p. 107) como um plano de ação que é desenvolvido para uma situação concreta de trabalho coletivo em equipe. Segundo essa autora, “os agentes partem de uma realidade dada e, dentro de certo campo de possíveis, constroem, pelo trabalho, e pelo agir comunicativo, um projeto pertinente às necessidades de saúde tal como concebidas pelos usuários e pelos profissionais”.

reproduzindo, desta forma, a divisão social do trabalho e estabelecendo relações de mando e autoridade (ARAÚJO; ROCHA 2007, p. 459-460).

O trabalho interdisciplinar, desenvolvido pelas equipes de Saúde da Família, pressupõe a possibilidade de a prática executada por um trabalhador refletir na prática de outros trabalhadores, a fim de transformá-los para intervir na realidade em que estão inseridos (Brasil, 2001).

3.1.2 A interface saúde e ambiente

Quando buscamos visualizar os problemas ambientais enfrentados pela humanidade, encontramos raízes no modelo capitalista de desenvolvimento vigente em nossa sociedade. As alterações na saúde e no ambiente são reflexos do desenvolvimento e das grandes transformações sofridas pela sociedade moderna, decorrentes do acelerado processo de industrialização e urbanização.

Durante o desenvolvimento industrial, o ambiente, principalmente o urbano, sofreu com a degradação. O crescimento acelerado das cidades trouxe consequências ambientais profundas especialmente para os países pobres, uma vez que a urbanização tem ocorrido de maneira acelerada e na maioria das vezes não planejada e não controlada (GOUVEIA, 1999). As constantes migrações campo-cidade deram origem aos grandes aglomerados urbanos. São grandes populações vivendo sem condições adequadas de moradia, de trabalho, sem acesso a serviços básicos e sem infraestrutura com relação à água, saneamento, coleta e destino de resíduos, aumentando, assim, consideravelmente os agravos à saúde das pessoas. Como coloca Ribeiro (2004, p. 77), “uma parcela da população que vive em condições precárias é mais vulnerável às agressões ambientais, propiciadoras de doenças”.

Não bastando a degradação do ambiente urbano, o ambiente natural também sofreu com a industrialização, pois a utilização de matérias-primas para a produção de bens materiais para o consumo deixou marcas profundas, refletidas na

contaminação do solo, no aporte e na qualidade da água, na contaminação do ar atmosférico (...) deixando claro que as situações de risco decorrentes deste modelo transcendem os limites da

produção atingindo não somente os trabalhadores, mas a população em geral (MINAYO; MIRANDA, 2002, p. 16).

Embora a preocupação com as questões relativas à saúde e ao ambiente tenham ganhado um destaque maior com a industrialização, principalmente com relação aos avanços tecnológicos, que aumentaram a quantidade de produtos químicos liberados no ambiente, a interface entre a saúde e o ambiente esteve historicamente relacionada.

Sendo assim, este sub-capítulo pretende apresentar esta relação, ressaltando alguns aspectos históricos considerados importantes para o seu entendimento, pois as transformações sociais e ambientais levaram a mudanças significativas nas condições de vida e de trabalho da população, refletindo não só no crescimento de epidemias, mas, também, no aumento da degradação ambiental em diferentes regiões do Brasil e do mundo.

3.1.2.1 A saúde

A evolução da saúde no Brasil ocorreu em conjunto com os aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais que marcaram a história de sua população. Entre os séculos XIX e XX, a situação de saúde no país esteve marcada pelo predomínio de endemias²⁰ rurais, como a malária e a doença de Chagas, e as doenças infectocontagiosas como a varíola, a tuberculose e a febre amarela.

Costa (1985) refere que a organização dos serviços de saúde, nesse período, era precária e estava embasada em conhecimentos científicos de origem européia e na “teoria dos miasmas”. Essa teoria era aceita por grande parte dos médicos higienistas brasileiros, que acreditavam que

a inalação e contato com o ar proveniente da putrefação de cadáveres e da matéria pútrida dos lixos, pântanos, matadouros, chiqueiros, curtumes, esgotos e etc. eram os grandes responsáveis pelas doenças nas cidades (MIRANDA, 2007, p.7).

²⁰ Endemia é definida como “a presença contínua de uma enfermidade, ou de um agente infeccioso, em uma zona geográfica determinada; pode também expressar a prevalência usual de uma doença particular numa zona geográfica” (BRASIL, 2005a, p. 433).

Esses conhecimentos propiciaram o desenvolvendo de uma medicina voltada para os espaços urbanos, preocupada com o controle da circulação do ar e da água, com a finalidade de combater as doenças. O ambiente era visualizado como o principal causador de doenças. Os governantes implantavam ações de limpeza de ruas e casas, construção de canteiros, aterramento de águas paradas. Porém, não manifestavam qualquer preocupação em desenvolver ações sanitárias, tendo como objeto de ação a população.

Esta preocupação, porém, começou a mudar com a Revolução Industrial, iniciada no século XVIII, na Inglaterra, que repercutiu profundamente na estrutura social e sobre a saúde pública de toda a humanidade. Com essa revolução ocorreu um grande salto tecnológico. O surgimento das máquinas a vapor e dos grandes teares revolucionou os modos de produção que até então eram artesanais. No Brasil, essas transformações começaram no final do século XIX, nas décadas de 1880 e 1890, consolidando novas formas de produção subordinadas à racionalidade capitalista e articuladas ao mercado internacional.

A revolução também trouxe conseqüências graves para a saúde pública e para o ambiente, pois alterou completamente a maneira de viver das populações. O aumento da população nos grandes centros urbanos, que estavam em formação, decorrentes das áreas rurais e de constantes imigrações de trabalhadores europeus, necessários para atender à expansão industrial e econômica do país, criou condições propícias para os graves surtos de doenças epidêmicas²¹ (BRASIL, 2004). A população, na sua grande maioria pobre, aglomerava-se em subúrbios e convivia com a falta de água encanada, com os ratos, o esgoto a céu aberto e com as ruas esburacadas.

Essa situação tornou-se hegemônica em diferentes regiões do país, impondo a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas de saúde que levassem em consideração o ambiente. As políticas de saúde tinham como objetivo os interesses de grupos dominantes no interior do país e a expansão do capitalismo internacional. Não estavam preocupadas em proteger a população dos surtos epidêmicos, tão

²¹ Epidemia é definida como “a manifestação, em uma coletividade ou região, de um corpo de casos de alguma enfermidade que excede claramente a incidência prevista” (BRASIL, 2005a. p. 434).

pouco sua finalidade era recuperar a saúde dos homens; estavam, sim, preocupadas em manter a força de trabalho necessária para o desenvolvimento do capitalismo brasileiro (COSTA, 1985).

Uma das dificuldades de expansão do capitalismo no Brasil foram as epidemias de doenças transmissíveis, em especial a febre amarela e a malária, produzindo um impacto sobre as cidades e, principalmente, sobre suas populações. Essas doenças foram colocadas como um dos fatores responsáveis pela diminuição das imigrações devido à extrema virulência entre os trabalhadores estrangeiros, dificultando a expansão do comércio internacional no país. Essa situação permaneceu até o início do século XX, quando o Brasil foi considerado, segundo os escritos de Costa (1985, p. 45), como “uma das áreas mais insalubres dos trópicos”, devido à regularidade com que essas epidemias atacavam a cidade do Rio de Janeiro e os estrangeiros, e o fracasso da medicina para resolver essa problemática.

Nessa mesma época, o sistema econômico vivenciado pelo país era representado pela monocultura de café, exigindo dos sistemas de saúde “uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação” (MENDES 1999, p.58). Esse sistema influenciou o modelo sanitaria campanhista, cuja assistência prestada nos centros de saúde tinha o caráter eminentemente preventivo, iniciando o processo de separação entre as ações da medicina sanitária e as ações de assistência médica individual com características curativas.

Essa dicotomia entre os modelos se mantém inalterado até o início da década de 1950, quando o Brasil acelerou o seu processo de industrialização, substituindo o modelo agroexportador, até então visualizado na monocultura cafeeira, deslocando ainda mais o polo econômico para os grandes centros urbanos. De acordo com Ribeiro (2005), essa transformação acarretou uma nova demanda para o setor saúde, ou seja, manter e restaurar a capacidade produtiva da massa de trabalhadores que estavam emergindo e deslocando-se para os grandes centros urbanos.

Nesse mesmo período, a assistência médica individual começa a se modificar devido à implantação de novas tecnologias e terapêuticas utilizadas no tratamento

dos pacientes, o que acarretou uma mudança significativa no atendimento que era prestado pela previdência. Verificou-se então um aumento na assistência médica individual, realizado pelo sistema previdenciário, com ações predominantemente curativas, e uma diminuição nas ações de saúde pública.

Mesmo com os avanços da medicina individual, a partir da década de 70, começam a surgir novas concepções com relação ao processo saúde e doença, articulando a saúde às condições de vida das populações. Sendo assim, vários enfoques com relação ao entendimento da complexa relação entre a vida cotidiana das populações e o ambiente foram propostos. O primeiro deles, e um dos mais expressivos, faz relação ao movimento de promoção da saúde, desenvolvido pelo governo canadense, no ano de 1974, conhecido como *Informe Lalonde*. Esse documento apresenta, segundo Buss (2003, p. 21), “uma nova fórmula para definir prioridades e um marco de referência para o planejamento estratégico” com relação à (re)organização da saúde pública nesse país.

Esse enfoque trabalha com quatro componentes amplos: biologia humana (herança genética), ambiente (fatores relacionados à saúde, externos ao organismo humano), estilo de vida e organização dos serviços de saúde. De acordo com Minayo (2007, p. 89), o *modelo Lalonde* “parte do entendimento de cada um desses componentes em sua especificidade e de seu imbricamento uns com os outros”; ressalta que cada um desses componentes “atuam como moduladores dos efeitos dos diferentes agentes de causação das enfermidades ou da promoção da saúde”.

Concomitante às tentativas brasileiras com relação às mudanças no sistema de saúde e a importância da atenção primária nessa mudança, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978, realiza a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata. Para Buss (2003, p. 23) essa conferência foi considerada “um dos eventos mais significativos para a saúde pública, em termos mundiais, ocorrido na segunda metade do século XX, pelo alcance que teve em quase todos os sistemas de saúde do mundo”.

A Conferência de Alma-Ata expressou a necessidade dos governos de realizarem ações no campo da saúde com o intuito de promover a saúde de todos os povos do mundo. Colocou, como uma das principais metas dos governos, das

organizações internacionais e de toda a comunidade mundial, o lema ‘Saúde para todos no ano 2000’, passando os governos a ter, pela saúde de seus povos, uma responsabilidade que só poderia ser realizada através de medidas sanitárias e sociais adequadas (BRASIL, 2002).

Esse acontecimento permitiu a construção de bases para importantes movimentos de convergência na conformação de um novo paradigma, visando superar a orientação predominantemente centrada no controle da enfermidade, além de contribuir para a formulação e implementação de políticas públicas que valorizassem, cada vez mais, a qualidade de vida das populações.

Somente a partir dos anos oitenta, com as mudanças econômicas e políticas ocorridas no país, passou-se a exigir a substituição do modelo médico-assistencial privatista por um outro modelo de atenção à saúde. De acordo com Mendes (1999, p. 61), essas mudanças fizeram emergir “novos sujeitos sociais portadores de interesses e visões de mundo que foram conformando o projeto sanitário brasileiro”.

3.1.2.2 O ambiente

Foi, também, a partir da década de 70, que o aprofundamento da consciência ambiental desenvolveu-se com ênfase nos problemas gerados pelo uso descontrolado da água, do solo, da degradação ambiental, caracterizada pelo domínio humano sobre o ambiente natural e por propostas de soluções para a criação de estratégias transdisciplinares e participativas da problemática ambiental.

Um marco desse período foi a Conferência de Estocolmo, considerada o ponto inicial das discussões com relação aos problemas ambientais entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Estocolmo constituiu-se como um ponto de virada na abordagem dos problemas ambientais, ao centrar a atenção internacional em assuntos ambientais, principalmente os relacionados à degradação do ambiente, abrindo caminho ao princípio da corresponsabilização relacionando à resolução dos problemas (MINAYO; MIRANDA 2002). Porto (1998) destaca que, enquanto “os países ricos discutiam a possibilidade de controle da poluição, os países pobres argumentavam que, no caso de adotarem tal controle, ocorreria quebra no

desenvolvimento econômico e, por consequência, não haveria acesso efetivo ao mercado mundial” (p. 34).

Além disso, essa conferência criou uma Comissão Mundial de Ambiente, que elaborou um relatório conhecido como Relatório de Brundtland o qual, segundo Minayo e Miranda (2002), “identificou o papel dos seres humanos em relação ao ambiente e descreveu o impacto das mudanças ambientais sobre a saúde e qualidade de vida das populações” (p.179).

Mas foi somente nas duas últimas décadas do século XX que a problemática ambiental emergiu com mais força, através dos questionamentos das populações sobre a economia e o desenvolvimento de tecnologias para a exploração da natureza. O mau uso dos recursos naturais gerou uma grande pressão realizada por grupos que começaram a se organizar em defesa da preservação ambiental e da saúde no Brasil, levando à realização, na cidade do Rio de Janeiro, da Conferência sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, conhecida como Rio-92 (OPAS/OMS, 2000).

Essa Conferência reuniu chefes de Estado de quase todos os países, em torno de documentos e compromissos em comum. Durante a sua realização foi assinado um documento que envolveu 179 países, inclusive o Brasil, conhecido por Agenda 21, que “configurou-se como um pacto internacional a partir de recomendações que objetivavam a substituição, ainda que de forma negociada, do padrão de desenvolvimento predominantemente no final do século XX” (MINAYO; MIRANDA 2002, p. 16).

A Agenda 21 é descrita como um plano de ação para o desenvolvimento sustentável, abrangendo

a idéia de que as necessidades essenciais de saúde das populações deveriam ser urgentemente focalizadas, dentro de um marco que articulasse suas relações com os fatores ambientais aí considerados na sua complexidade e inter-relações físicas, biológicas, químicas e sociais (MINAYO; MIRANDA 2002, p.179).

Considerada um importante instrumento democrático e participativo, a Agenda 21 envolve o planejamento para a sustentabilidade, incluindo a sociedade

nos processos de construção e controle para a sua implementação. Neste sentido, a participação da sociedade junto ao governo na tomada de decisões permite “uma maior agregação em torno do projeto de desenvolvimento, aumentando suas chances de implementação” (Brasil, 2000, p.4). A Agenda 21 é um importante “instrumento de justiça sócio-ambiental” e

de democracia participativa na medida em que incorpora o cidadão e a cidadã no processo de elaboração, implementação e controle do planejamento e, também, de cidadania ativa (...) (BATISTA, 2003, p.17)

No entanto, a Agenda 21 apresentou dificuldades para ser efetivada no Brasil. Sua construção foi iniciada somente em 1997, depois de constantes reclamações de movimentos ambientalistas, além de ONGs e Movimentos Sociais para o Meio Ambiente e Desenvolvimento. De acordo com Batista (2003, p. 15), apesar de seu processo tardio e de várias lacunas e imprecisões, a Agenda 21 brasileira representou

um avanço importante no planejamento do desenvolvimento, já que ela analisa o desenvolvimento procurando compatibilizar o crescimento econômico, o equilíbrio ambiental e a justiça social, além de, pela primeira vez na história republicana, ter realizado um processo de consulta à sociedade sobre os rumos do desenvolvimento.

Seis eixos temáticos definiram a Agenda 21 brasileira e foram escolhidos, levando em consideração a complexidade do país e de suas regiões: gestão de recursos naturais, agricultura sustentável, cidades sustentáveis, infraestrutura e integração regional, redução das desigualdades sociais, e ciência e tecnologia para o desenvolvimento sustentável. Todos esses eixos permitiram discutir, de forma ampla, a incorporação do conceito de sustentabilidade ao desenvolvimento do país (BRASIL, 2000; MINAYO; MIRANDA, 2002).

A partir desses temas, a agenda brasileira definiu 21 ações, dentre as quais três relacionam os temas saúde e ambiente. São elas: *universalizar o saneamento básico; melhorar a quantidade e a qualidade da água e combater a poluição do ar e do solo; e promover a saúde e evitar a doença* (Minayo, 2007, grifo da autora). Com relação a esse último tema, a agenda propõem priorizar ações de prevenção e promoção da saúde por meio do então denominado Programa de Saúde da Família,

e a busca de soluções para os fatores ambientais que afetam a saúde da população, como

a água dos rios subterrâneos contaminadas e que são utilizadas para consumo humano; drenagem inadequada das águas pluviais, produzindo coleções que facilitam a reprodução de vetores de doenças como a malária e a esquistossomose; resíduos sólidos – lixo urbano e detritos industriais – que alimentam a proliferação de insetos e roedores transmissores de doenças, assim como proporcionam a contaminação do meio ambiente por produtos químicos; contaminação de alimentos por agentes químicos e biológicos (MINAYO; MIRANDA, 2002, p.19).

A fase de construção da Agenda 21 brasileira foi finalizada no ano de 2002. A partir de 2003, entrou em fase de implementação, sendo elevada à condição de Programa, no Plano Plurianual (PPA 2004/2007) do atual governo, o que lhe conferiu um maior alcance e importância como política pública. Como programa, possui três ações estratégicas que estão sendo desenvolvidas em conjunto com a sociedade civil: implementação da Agenda 21 brasileira; elaboração e implementação das agendas locais; e formação continuada em Agenda 21.

No entanto, a prioridade do programa é a elaboração e a implementação das agendas locais, reconhecendo a importância do nível local no desenvolvimento de políticas públicas sustentáveis. Sabe-se que a implementação de uma agenda local é um processo contínuo, no qual a comunidade aprende a fazer escolhas, com o objetivo de tornar-se sustentável, levando em consideração seus problemas e seus próprios recursos.

A partir da Rio 92, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) realizou, em outubro de 1995, a Conferência Pan-Americana sobre Saúde, Ambiente e Desenvolvimento (COPASAD), a qual tinha, como objetivo principal, a definição de políticas e estratégias sobre saúde e ambiente, juntamente com um plano que deveria ser elaborado por cada país do continente americano. A participação do Brasil deu-se através de um Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), criado no governo do então presidente Itamar Franco, no final do ano de 1994 (PORTO, 1998).

De fevereiro a junho de 1995, o GTI desenvolveu, juntamente com uma Comissão Intersetorial, criada para subsidiar os trabalhos do grupo, quatro oficinas que continham a participação de órgãos públicos, entidades civis, organizações não

governamentais, além dos membros do grupo, a fim de elaborar um plano nacional de saúde e ambiente, para ser apresentado na COPASAD. As oficinas foram então realizadas com base na proposta preliminar da OPAS, sendo então elaborado, no final dos encontros, o Plano Nacional de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável, o qual visava tornar-se referência para as ações futuras de planejamento direcionadas à saúde e ao ambiente (PORTO, 1998).

O Plano foi dividido em duas partes:

inicialmente faz um diagnóstico da situação de saúde e ambiente do país e nele são expressas a gravidade e a complexidade do quadro epidemiológico em que as doenças da pobreza se misturam às do desenvolvimento, à situação de extrema pobreza de parcelas significativas da população e a um quadro de grande degradação ambiental. Na segunda parte, as diretrizes, em linhas gerais apontam para a necessidade de articulação entre os vários setores (saúde, educação, saneamento, meio ambiente, trabalho, economia, etc.) e as instâncias (federal, estadual e municipal) de governo; além de contar com a participação da população sem a qual não há controle social sobre o uso dos recursos e o desenvolvimento não será sustentável (Brasil, 2004a, p. 10).

Sendo assim, as discussões sobre os temas saúde e ambiente têm se tornado uma constante entre os governos, as universidades e os grupos sociais. Porto (1998, p.35) reforça que fica clara “a necessidade do planejamento participativo e da construção de política ambiental integrada às demais políticas setoriais e gerais de desenvolvimento do país”, como forma de criar novos conhecimentos e modelos organizacionais, a fim de repensar sobre o potencial de degradação e esgotamento dos recursos naturais que marcam a crise vivenciada entre o homem e a natureza.

Os problemas ocorridos no ambiente, que afetam diretamente a saúde e a qualidade de vida das comunidades, são um desafio permanente para os profissionais que trabalham com a saúde coletiva, pois passam a visualizar a saúde fora do contexto institucional público ou privado²², desenvolvendo ações para promovê-la diretamente nas comunidades onde atuam.

²² As instituições públicas ou privadas são aqui exemplificadas pelos hospitais que tratam da saúde dos indivíduos, voltados somente para o ato de solucionar um problema imediato, sem um olhar para o local onde esses indivíduos estão inseridos.

A construção de um campo de saberes e práticas, que integrem as questões relacionadas à saúde e ao ambiente, ainda é novo, necessitando de um aprofundamento teórico com relação aos problemas ambientais que estão diretamente relacionados à saúde das populações. Um exemplo, desses problemas, são as mudanças climáticas e suas consequências para a saúde humana. Neste sentido, é necessária a construção de conhecimentos, permitindo a formulação de políticas públicas e a redefinição das práticas dos serviços que relacionem a saúde e o ambiente.

3.2 CAMINHO METODOLÓGICO DA PESQUISA

3.2.1 Caracterização do estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, descritivo e analítico que utilizou os grupos focais como forma de coleta de dados.

3.2.2 O local e os participantes do estudo

O foco deste estudo concentrou-se na estratégia Saúde da Família, considerando os objetivos e as questões de pesquisa. Definido o campo de investigação, optou-se num primeiro momento pela escolha de uma das unidades básicas dentre as 19 implantadas no município no momento da coleta de dados.

A escolha da unidade, caracterizada pela pesquisadora como **Unidade A**, levou em consideração pesquisas anteriores²³, desenvolvidas pelo grupo de pesquisadores do LAMSA, que possibilitaram uma escolha mais detalhada sobre os sujeitos desse estudo. Além disso, levaram-se em consideração as diferentes atividades de educação e de promoção da saúde que são realizadas constantemente no bairro demonstrando o engajamento da população em diferentes grupos organizados como, por exemplo, Associação de Moradores, Grupo de Artesãs, Grupo de Jovens (dança e música), Escolas de Samba, Grupos da Igreja e o Conselho Local de Saúde, que está em fase de reestruturação (CEZAR-VAZ, 2006).

Esta unidade contava com a implantação de duas equipes, compostas por 21 trabalhadores assim distribuídos: 13 agentes comunitários de saúde, 2 enfermeiras, 2 médicos e 1 residente de medicina, e 3 auxiliares de enfermagem.

Foi realizado com estes trabalhadores um encontro prévio para a apresentação formal do projeto, com o objetivo de confirmar a aceitação da realização da investigação *in loco*. Neste encontro, foi repassado para as equipes

²³ Podemos citar os estudos desenvolvidos por Cezar-Vaz et al (2003), Cabreira (2003), Martins (2004), Cezar Vaz et al (2004), Branco (2005) e Weis (2005).

um convite (Apêndice I) em que constavam os objetivos e os procedimentos metodológicos para a realização da pesquisa.

Após esta apresentação, alguns trabalhadores manifestaram de imediato a sua participação. Porém, a maioria solicitou dar uma resposta definitiva na semana seguinte, combinando uma data e horário com a pesquisadora para confirmar, ou não, a sua participação no estudo. No dia combinado, do total de 21 trabalhadores apenas 7 (6 agentes comunitários de saúde e 1 médico) manifestaram o interesse em participar da pesquisa.

Na tentativa de obter uma maior representação do número de trabalhadores das equipes, ocorreram mais dois retornos na unidade, com objetivo de conversar com as enfermeiras responsáveis. Na primeira tentativa, as enfermeiras estavam em um curso de capacitação promovido pela coordenação municipal da estratégia. Na segunda, a informação repassada por uma das enfermeiras era de que a unidade sofreria modificações na sua estrutura física e de pessoal para ampliação do número de equipes, “não sendo viável naquele momento o desenvolvimento do estudo”.

Neste mesmo dia, a pesquisadora foi informada da desistência de outros trabalhadores, que retiraram o seu consentimento, ficando assim inviável a coleta de dados na Unidade A. Um fator que pode ter contribuído para a pouca adesão dos trabalhadores foi a recusa das duas enfermeiras, coordenadoras das equipes, em participar da coleta de dados, podendo indicar para os profissionais a pouca importância do estudo como contribuição para a melhoria da qualidade da assistência.

Após a recusa dos profissionais, a pesquisadora entrou em contato com a coordenação da estratégia no município para tentar uma intervenção junto a estas duas equipes. Novamente, foi informada de que a unidade passaria por reformas para ampliação do prédio e da equipe, o que impossibilitaria a realização do trabalho.

Sendo assim, fez-se necessário buscar uma segunda unidade para o estudo utilizando os critérios de seleção anteriormente aplicados para a escolha da primeira

unidade. Assim, foi possível selecionar uma nova unidade, a **Unidade B**, e um novo bairro para a pesquisa.

Foi realizado nesta unidade um encontro com a equipe para a apresentação do projeto, dos objetivos do estudo e da metodologia que seria utilizada para a coleta de dados, bem como o convite para a participação dos trabalhadores na pesquisa. Neste encontro cabe destacar a cordialidade dos trabalhadores da equipe na recepção da pesquisadora, e a compreensão dos mesmos com relação à importância da proposta de estudo para o entendimento da relação entre a saúde e o ambiente, nas práticas educativas desenvolvidas, no momento em que as manifestações de interesse para com a pesquisa foram unânimes, por parte dos trabalhadores, tornando possível dar início ao desenvolvimento do estudo.

A nova Unidade selecionada contava²⁴ com uma equipe composta por 9 trabalhadores: 1 enfermeira, 1 médica, 2 técnicas de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde. Esses trabalhadores, sujeitos do estudo, são responsáveis pelo atendimento de aproximadamente 964 famílias, ou seja, em média 4820 habitantes pertencentes a dois bairros da periferia do município.

Nessa unidade, os trabalhadores desenvolvem diferentes atividades como consultas médicas e de enfermagem, grupos de gestantes, de crônicos (hipertensos e diabéticos) e de planejamento familiar, além de atividades de visita domiciliária e atividades na escola do bairro. Entre os meses de julho e agosto de 2010 foram acompanhadas, por essa equipe, 195 crianças de 0 a 6 anos, 20 gestantes, 360 hipertensos e 26 diabéticos, além de 781 visitas realizadas pelos ACSs, 11 visitas realizadas pela médica, 11 pela enfermeira e 36 por profissionais de nível médio.

3.2.3 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu por meio da realização de **grupos focais**. Esta técnica trabalha com a formação de um grupo de discussão informal, que tem como objetivo coletar informações qualitativas a respeito de um tema proposto. Através dela, vários pontos podem ser discutidos (sentimentos, percepções, opiniões e

²⁴ A partir de agosto de 2010 será implantada na unidade uma Equipe de Saúde Bucal composta por um dentista e um atendente de consultório dentário.

necessidades), gerando conceitos, impressões e concepções dos participantes sobre um determinado tema.

Alguns pontos importantes sobre esta técnica de coleta foram adaptados, e serão apresentados a seguir, de acordo com o planejamento realizado para este estudo, levando em consideração os escritos de Gatti (2005) e Minayo (2006):

- ✓ a equipe de trabalho foi composta por um moderador (o pesquisador responsável pela presente tese) e quatro relatores (alunos da Escola de Enfermagem); a função do moderador foi introduzir os temas, garantindo que todos os participantes tivessem espaço para discussão e para expor suas idéias; os relatores foram responsáveis pelo registro das informações que tiveram origem nas discussões;
- ✓ os grupos focais foram desenvolvidos em três encontros com os trabalhadores selecionados.
- ✓ cada encontro teve a duração máxima de duas horas, e foi desenvolvido na própria unidade em dia e horário definidos pelos participantes dos grupos;
- ✓ participaram do grupo todos os 9 trabalhadores da equipe estudada. No entanto, este número sofreu algumas variações no decorrer dos encontros, pois um ou outro participante precisou se ausentar em algum momento para resolver questões da própria unidade;
- ✓ para favorecer o levantamento das informações e responder aos objetivos do estudo, foi elaborado um roteiro de questionamentos;
- ✓ as discussões foram registradas através de gravação em fita cassete e diários de campo, onde os relatores registraram as falas dos participantes;

A seguir serão apresentados os procedimentos adotados em cada um dos encontros para a coleta de dados, bem como o roteiro das questões utilizadas.

1º Encontro: SAÚDE E DOENÇA

Procedimento

- ❖ Utilização da técnica de explosão de idéias: os participantes serão divididos em dois grupos. Um grupo ficará responsável por montar no papel pardo a representação de SAÚDE e o outro grupo a representação de DOENÇA. Os participantes deverão utilizar recortes de revistas, jornais, gravuras ou textos que apresentem situações de saúde ou doença. Após o grupo escolherá um relator para explicar o porquê da escolha da gravura ou do texto.

Roteiro de questionamentos

1. O que vocês entendem por saúde?
2. O que vocês entendem por doença?
3. Como vocês relacionariam a saúde com a doença?
4. Como vocês entendem a promoção da saúde?
5. Que atividades vocês desenvolvem para promover a saúde?

Perguntas complementares

1. Em relação ao que foi apresentado até aqui vocês consideram que fez alguma diferença com relação ao que vocês pensavam antes sobre saúde, doença e promoção da saúde?
2. Mudou alguma coisa? O que?
3. A opinião dos colegas mudou/influenciou no modo como vocês pensavam?

2º Encontro: PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

Procedimento

- ❖ Técnica do Circulo Fechado”: os participantes serão colocados em círculo. O moderador pedirá para que dois participantes saiam da sala por alguns instantes. O restante do grupo formará um círculo apertado, com os braços entrelaçados, sendo orientados para que não deixem os componentes que estão fora da sala entrarem no círculo. Enquanto o grupo se arruma o moderador irá orientar os dois participantes, que estão fora da sala, que devem entrar e fazer parte do grupo.

O objetivo da técnica: que a equipe se perceba como integrante de uma comunidade, e que ao perceber a importância de cada um no grupo possam ampliar esse pertencimento à comunidade onde estão inseridos.

Roteiro de questionamentos

- 1) Quais as dificuldades que vocês encontraram para fazer parte no grupo? OU Quais as facilidades?
- 2) Como vocês se sentiram não conseguindo entrar no grupo? OU Como vocês se sentiram conseguindo entrar no grupo?
- 3) Como o grupo se sentiu não deixando os outros participantes entrarem no círculo? OU Como o grupo se sentiu deixando os outros participantes entrarem no círculo?

No nosso dia-a-dia fazemos parte de diferentes grupos (família, amigos, trabalho, escola) com idéias, valores, princípios, interesses e objetivos em comum, e que pertencem a uma mesma comunidade. No entanto, podemos encontrar alguns grupos mais fechados que dificultam a interação e o desenvolvimento do nosso trabalho.

Agora vamos imaginar que o grupo maior fosse a comunidade e seus diferentes grupos e os dois colegas que tentaram entrar no grupo fossem a equipe de saúde. Sendo assim:

- 4) No dia-a-dia do trabalho, vocês enquanto equipe de saúde, sentem ou sentiram, alguma dificuldade para atuar nos diferentes grupos da comunidade? Podem dar exemplo?
- 5) E poderiam descrever as facilidades de atuar nestes diferentes grupos da comunidade?
- 6) Qual a importância destes diferentes grupos na vida de cada um de vocês?
- 7) Poderiam descrever qual o papel da equipe junto à comunidade?
- 8) E o papel dos usuários junto à equipe?
- 9) Vocês poderiam descrever em quais situações os usuários atuam junto com a equipe?

- 10) Poderiam descrever como é esta participação? Em quais as etapas do desenvolvimento das ações (planejamento, execução, avaliação) os usuários participam?
- 11) Como os usuários são incentivados a participar destas atividades?
- 12) Como vocês avaliam a participação dos usuários? Quais os resultados para a comunidade?
- 13) Vocês lembram de alguma atividade que tenha sido desenvolvida por iniciativa da população aqui no Bairro? Qual o resultado desta atividade?
- 14) Que fatores vocês identificam como facilitadores da participação da comunidade nas atividades desenvolvidas?
- 15) Que fatores vocês consideram que dificultam a participação da comunidade nas atividades desenvolvidas?
- 16) Quais as ações desenvolvidas para fortalecer o vínculo entre os usuários e as equipes?
- 17) Quais os objetivos de se criar um vínculo entre a equipe e os usuários?

3º Encontro: AMBIENTE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Procedimento

- ❖ Construção do “Mapa do Bairro”: Os participantes serão orientados a construir um mapa do bairro, com todas as suas características e com os seus diversos grupos (família, igreja, escola, equipe, associação comunitária, outros).

Roteiro de questionamentos

- 1) Os principais problemas enfrentados no Bairro;
- 2) Quais desses problemas relatados podem ser caracterizados como problemas ambientais;
- 3) Vocês saberiam identificar as causas desses problemas ambientais.
- 4) E as consequências;
- 5) Desses problemas ambientais apontados quais têm relação com a saúde. E porque?
- 6) O que vocês entendem que seja um ambiente de qualidade?
- 7) Que melhorias vocês consideram importante realizar para melhorar o ambiente e torna-lo de qualidade?

3.2.4 Procedimentos éticos

Em consonância com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96²⁵, do Ministério da Saúde, este estudo foi aprovado pelo **Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde** (NEPES), Parecer Nº 32, de 09/03/2009 (Anexo II). Foi também aprovado pelo **Comitê de Ética em Saúde**, da Universidade Federal do Rio Grande, Parecer Nº 33, de 22/04/2009 (Anexo II), em sua particularidade e originalidade de objetivos.

Respeitando, ainda, os aspectos éticos, foi construído um **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** (TCLE) (Apêndice III), aplicado a cada um dos participantes da equipe, com o objetivo de solicitar a concordância em participar do estudo. Foi garantido aos sujeitos o seu anonimato, bem como o acesso aos dados e a liberdade de desistir do estudo se julgassem necessário.

Para assegurar o anonimato, os sujeitos foram identificados pelas iniciais das categorias profissionais seguida de pseudônimos, com o nome de flores, sugeridos pelos próprios participantes. Os nomes escolhidos pelos participantes foram: Orquídea, Rosa, Jasmim, Lírio Branco, Cravo, Violeta, Margarida, Dama da Noite e Girassol.

Foi assegurado, também, aos trabalhadores, que **as informações** oriundas das análises serão **disponibilizadas** no formato de publicações científicas e relatórios, como fonte documental, para possível utilização em processos de educação permanente das equipes constituídas do trabalho.

A pesquisa teve como **critério de suspensão** a recusa de realização por parte das instituições envolvidas e como **critério de encerramento** a realização dos três encontros previstos para a coleta de dados.

²⁵ Resolução 196/96 - Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, do Ministério da Saúde, Brasília, 1996.

3.2.5 Organização e análise dos dados

Os dados coletados durante a realização dos grupos focais foram transcritos e organizados em arquivos, no programa Word. As anotações feitas (percepções, registros de impressões e gestos) pelo moderador e pelos quatro relatores, no diário de campo, deram aporte para o material transcrito, que foi sendo complementado com as informações anotadas pelos relatores, ajudando, assim, na compreensão dos temas trabalhados nos grupos focais.

Após a digitação os dados foram analisados utilizando como metodologia à **análise temática** proposta por Minayo (2006), que estabelece três passos para a sua elaboração:

- ✓ A pré-análise: esta etapa foi composta das seguintes tarefas: a) *leitura flutuante*: foram realizadas várias leituras de cada um dos encontros transcritos com a finalidade de entrar em contato com os dados coletados através de uma leitura exaustiva das informações colhidas, tornando possível ao pesquisador impregnar-se pelo conteúdo. b) *formulação e reformulação dos objetivos*: no material transcrito foram assinaladas as palavras-chaves ou frases que representaram a realidade estudada, a delimitação do seu contexto de compreensão, a forma de categorização e os conceitos teóricos que orientaram esta primeira etapa de análise. Após foram retomados os objetivos do estudo para correção de rumos interpretativos ou abertura para novas indagações.
- ✓ A exploração do material: as palavras-chaves ou frases selecionadas foram classificadas buscando encontrar o núcleo de compreensão do texto a partir da elaboração de categorias teóricas e empíricas, que são responsáveis pelas especificidades do tema.
- ✓ A interpretação dos resultados obtidos: por fim, as categorias construídas na fase anterior foram interpretadas de acordo com referencial teórico desenhado inicialmente para este estudo.

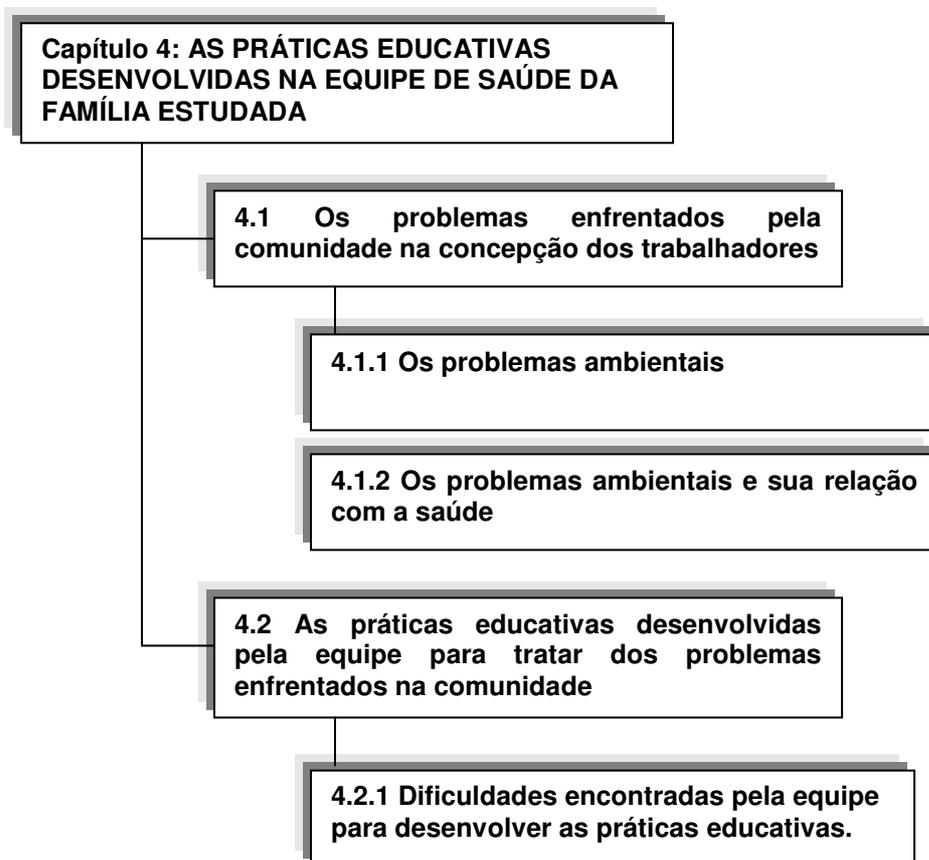
Para a organização e apresentação dos dados as categorias foram agrupadas em três unidades temáticas: Capítulo 4 – As práticas educativas desenvolvidas pela

equipe de saúde da família estudada; Capítulo 5 – A participação da comunidade nas práticas educativas desenvolvidas na equipe de saúde da família e Capítulo 6 – Reflexão sobre a construção de práticas educativas: a educação ambiental como instrumento para a participação da comunidade.

4 AS PRÁTICAS EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ESTUDADA

Buscando identificar a relação entre a saúde e o ambiente, nas práticas educativas desenvolvidas junto à comunidade pelos trabalhadores da equipe de Saúde da Família selecionados para este estudo, procura-se apresentar e discutir os problemas enfrentados na comunidade, de acordo com a concepção dos trabalhadores. Dentre esses problemas, quais são considerados, pelos trabalhadores, como ambientais; a relação desses problemas com a saúde; as práticas educativas desenvolvidas pela equipe para tratar dos problemas enfrentados no bairro; e as principais dificuldades encontradas para o desenvolvimento dessas práticas educativas, conforme está representado no diagrama abaixo.

Diagrama 1: A relação entre o ambiente e a saúde na prática educativa das equipes de saúde da família.



4.1 Os problemas enfrentados pela comunidade na concepção dos trabalhadores

A equipe da Unidade Básica de Saúde escolhida para este estudo trabalha cobrindo uma área 57ha, ou seja, aproximadamente 7097,40Km². Devido à grande área de abrangência da equipe, foi possível apontar um amplo número de problemas enfrentados por essa comunidade, a partir da construção conjunta de um mapa desta área, dinâmica proposta em um dos encontros para a coleta de dados.



Figura 1, 2 e 3: Partes do mapa da área construído em uma das dinâmicas do grupo focal

A falta de área de lazer no bairro; a pouca infra-estrutura com relação ao abastecimento da comunidade (ex.: mercados); a falta de telefones públicos e policiamento; habitações em condições insalubres e algumas abandonadas; valetas a céu aberto; dificuldade de acesso ao transporte público, que percorre as ruas principais dos bairros, dificultando o acesso à algumas famílias; e, ainda, a

localização do lixão municipal nesse bairro, foram os problemas apontados pelos trabalhadores, sendo alguns exemplificados nas falas abaixo.

Não tem área de lazer nenhuma. ACS. Jasmim

Ali naquele canto tem o lixão (...). Não tem um mercado, não tem nada. TÉC.ENF.Margarida

E nem ônibus ali para aquele pessoal. ENF. Orquídea

E outro problema que tem aqui que eu acho assim, é que é tudo valeta, é tudo valetão assim. Então toda desde a BR em todo o bairro. Sem ser (...) que é asfaltada, que é aqui na frente, as principais (...) e a lá de fora (...), todo o meio aqui, todas as intermediárias aqui têm valetas. Então junta bicho, junta mosquito. Outra coisa que a gente não vê muito, porque a gente não fica de noite, mas assim a iluminação pública não sei como é que ta né gurias? MED. Rosa

Essa área aqui (aponta no mapa para as casas próximas ao lixão) que fica lá para a Roberto Socoviski é o maior problema porque essa parte aqui (apontando para outras casas), além do cheiro e coisa, ainda tem alguma estrutura as casas, algumas. Mas tem umas aqui na frente da rua Roberto Socoviski que não têm nada. ENF. Orquídea

De acordo com Sauvé (2000, p. 71), um problema pode ser considerado uma situa o de dificuldade, conflito ou ruptura que “faz parte da vida e pode ser de diversas naturezas, individuais ou coletivos, menores ou maiores, de curta ou longa dura o, fáceis ou difíceis de solucionar”. Os problemas vivenciados pela comunidade, relatados pelos trabalhadores, refletem as dificuldades enfrentadas por seus moradores. Tais problemas poderiam estar relacionados às transforma es econ micas, sociais e demográficas que o país vem sofrendo nas últimas décadas. Além disso, estas têm repercutido significativamente nas condi es de vida, trabalho e saúde das popula es em diferentes municípios.

Nesse período houve, no país, um aumento no número da popula o economicamente ativa ligada às atividades da indústria ou de serviços, permanecendo uma pequena parcela da popula o dedicada   agricultura. Esse acontecimento implicou em um processo acelerado de urbaniza o, pois a popula o que possuía seu domicílio na zona rural passou a residir na área urbana em fun o da atividade exercida. Segundo o último censo do Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística (IBGE), realizado no ano de 2000, 81% da população, ou seja, 137.775.550 habitantes de um total de 169.610.693 milhões, passaram a viver na área urbana, gerando uma grande demanda por infraestrutura e serviços (BRASIL, 2008).

Essa expansão tem sido responsável pela produção de um ambiente urbano degradado nas cidades, com efeitos graves sobre a saúde e a qualidade de vida das comunidades, como ressalta Jacobi (2006). Segundo o autor em muitos locais as habitações são consideradas insalubres; há uma enorme desigualdade na distribuição de renda, na saúde e no status sócio-econômico; os moradores das periferias, geralmente, aquelas pessoas com renda menos privilegiada, não têm acesso aos serviços urbanos básicos, como transporte, esgoto e água de qualidade.

No município estudado não é diferente. Atualmente, a cidade do Rio Grande possui uma população de mais de 196 mil habitantes, distribuídos em 2.814km², que nos últimos anos, têm vivenciado o agravamento nas condições socioeconômicas da região

onde a distribuição desigual de renda per capita e a determinação social do processo saúde-doença, num complexo de causalidades, colocam as instituições de assistência geral em situação de *impotência* para resolver grande parte das necessidades da população (CEZAR-VAZ, 2004, p. 6).

Os problemas destacados pelos trabalhadores revelam uma realidade encontrada em muitos bairros. Segurança, transporte, lazer, depósitos irregulares de resíduos sólidos, são alguns dos problemas comuns enfrentados principalmente pelas famílias moradoras da periferia do município. Essa realidade vivenciada pela população riograndina e as características ecossistêmicas desta região, impõem um enorme desafio para os órgãos municipais, comunidades, universidade, serviços de saúde, entre outros, com relação à intervenção nos diferentes problemas, dentre eles, os problemas ambientais, que têm repercutido na saúde e na qualidade de vida das diferentes comunidades no município (CEZAR-VAZ, 2004).

Pode-se inferir que as desigualdades sociais e econômicas encontradas em regiões diferentes dentro do mesmo município, podem revelar também uma realidade diferente com relação à formação política e de opinião da população,

assim como a compreensão e o entendimento sobre a importância da sua participação em todos os processos decisórios e, principalmente, nas questões que têm relação direta com a sua saúde.

Neste sentido, com o objetivo de fortalecer a comunidade e promover a sua participação, tornando-os instrumentalizados para buscar mudanças, a equipe de Saúde da Família tem o papel fundamental ao dar ênfase ao desenvolvimento de práticas educativas, individuais e coletivas, buscando aumentar o nível de informação e compreensão da equipe de saúde e da população sobre os problemas encontrados na sua comunidade e que estariam diretamente envolvidos no processo saúde/doença, em especial, com indivíduos que se encontram em condições desfavoráveis por habitarem áreas precariamente urbanizadas.

4.1.1 Os problemas ambientais

A partir destes problemas gerais, destacados no mapa, foi solicitado aos trabalhadores que apontassem quais eram considerados por eles **problemas ambientais**, ou seja, fatores de natureza qualitativa e quantitativa que afetariam direta ou indiretamente o ambiente (SAUVÉ, 2000).

Os resíduos sólidos, as valetas, as habitações com condições precárias e as dificuldades enfrentadas pela falta de sinalização nas ruas do bairro, foram os problemas urbanos referidos pelos trabalhadores como ambientais e que estão exemplificados nas falas abaixo.

O lixão, as valetas. ACS. Jasmim

Aquele terreno, bem lá da esquina da rua (...), sempre tem bastante lixo ali também, bicho morto. TÉC. ENF. Dama da Noite

Ali (área próxima ao lixão) é tudo feito de resto, então as pessoas moram numas coisas que é feito tudo com resto. MED. Rosa

Tem que colocar sinalização. ACS. Lírio Branco

A degradação do ambiente vem ocorrendo nas cidades de modo bastante desigual e tem afetado as condições de vida e bem-estar das populações. Tal problema tem como principais causadores “a crescente industrialização, a

urbanização acelerada e mal planejada, os modos de vida e os hábitos de consumo vinculados ao tipo de desenvolvimento vigente” (SAUVÉ, 2000, p. 71). De acordo com Silva e Travassos (2008), os problemas ambientais urbanos não são recentes, mas a compreensão sobre os mesmos somente começou a ocorrer nas últimas décadas, principalmente, com relação à gravidade que assumiram.

A partir da década de 90, o entendimento sobre as questões ambientais foi sendo ampliado, não ficando mais restrito a conservação de recursos naturais ou aos problemas relacionados à poluição, como temas centrais das discussões. Incluiu-se na pauta dos movimentos ambientalistas, a problematização sobre as formas de desenvolvimento econômico e social dos países, tanto os de Primeiro como os de Terceiro Mundo, que passaram a se preocupar com os problemas ambientais relacionados diretamente ao ambiente urbano.

Os **resíduos sólidos** são um exemplo de problemas ambientais urbanos, gerados pelas atividades humanas, apontado pelos trabalhadores como um obstáculo presente no bairro, que tem desafiado as sociedades a buscar soluções que minimizem a degradação e o risco ambiental, causado pelo seu manejo inadequado.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saneamento Básico, realizada pelo IBGE no ano de 2008, é preocupante a situação do manejo dos resíduos sólidos no país com relação ao seu destino final, uma vez que 50,5% dos municípios brasileiros ainda utilizam os lixões como uma forma de disposição dos resíduos sólidos urbanos, 22,5% utilizam aterros controlados²⁶ e 13,8% dispõem os resíduos em aterros sanitários²⁷. Mesquita (2007) salienta a urgente necessidade de mudanças, principalmente, na disposição final dos resíduos sólidos urbanos, o que ajudaria a reverter este quadro no país.

²⁶ O **aterro controlado** é um local específico para a destinação de resíduos em forma de lixo (geralmente longe da área urbana), “para deposição e compactação de seu volume, com recobrimento diário da superfície (camada de cerca de 20cm de terra ou outro material inerte), sem impermeabilização estrutural da base e sem drenagem e tratamento dos líquidos e dos gases” (LOGAREZZI, 2006, p. 98).

²⁷ O **aterro sanitário** é um local específico para a destinação de resíduos em forma de lixo (geralmente longe da área urbana), “para deposição e compactação de seu volume, com recobrimento diário da superfície (camada de cerca de 20-30cm de terra ou outro material inerte), impermeabilização estrutural da base (se necessário com uso de membrana plástica de cerca de 2mm de espessura, geralmente em P_{EAD} (Polietileno de alta densidade) e PVC (Policloreto de vinila)) e drenagem e tratamento dos líquidos e dos gases” (LOGAREZZI, 2006, p. 97).

Logarezzi (2006) destaca que a solução encontrada para a problemática dos resíduos sólidos, na maioria das cidades brasileiras, tem sido a realização da coleta comum associada ao descarte, em aterro sanitário ou a sua segregação em lixão, a céu aberto. Porém, de acordo com o autor, essa solução traz algumas limitações como

o desperdício de matéria-prima, energia e outros insumos incorporados aos resíduos e passíveis de reaproveitamento; os impactos ambientais negativos das células de deposição (lixões) ou de acondicionamento (aterro sanitário), poluindo o solo, as águas subterrâneas e o ar, além do alto custo estrutural e operacional e da dificuldade de serem encontrados locais apropriados para esta destinação (p. 120).

No município do Rio Grande, o depósito dos resíduos no “Lixão Municipal” foi à solução adotada, durante muitos anos até o seu fechamento no ano passado²⁸, pela Secretaria Municipal de Serviços Urbanos (SMSU), órgão do município responsável pela coleta dos resíduos e destino final do lixo²⁹, produzido nos bairros.



Figura 4: Lixão municipal

O lixão, durante o seu funcionamento, garantia a subsistência de diversos trabalhadores, embora o notório prejuízo ambiental e para a saúde da população.

²⁸ De acordo com as informações da Secretaria Municipal de Serviços Urbanos o Lixão Municipal foi desativado no dia 01/11/2009. Neste local permaneceu apenas a “central de transbordo”, ou seja, local onde o lixo coletado no município é pesado e repassado do caminhão da coleta para as carretas que fazem o transporte para o aterro sanitário que foi construído no município denominado de “Central de Resíduos Domiciliares” inaugurada no dia 02/11/2009.

²⁹ O **lixo** é “aquilo que sobrou de uma atividade qualquer e é descartado sem que seus valores (sociais, econômicos e ambientais) potenciais sejam preservados, incluindo não somente resíduos inservíveis, mas também incorretamente do ponto de vista ambiental, resíduos reutilizáveis e recicláveis” (LOGAREZZI, 2006, p. 96).

Homens, mulheres e até mesmo crianças retiravam, diariamente desse local, uma grande quantidade de resíduos, selecionando e reciclando diferentes tipos de materiais para a comercialização, de forma a assegurar o sustento das famílias mediante condições de trabalho insalubres (SOLER et al, 2007; STOLZ; CEZAR-VAZ, 2009).

A atividade de separação de resíduos urbanos, desenvolvida pelos trabalhadores do lixão, pode ser considerada um exemplo de cuidado com o ambiente, pois, ao recolher os resíduos nas ruas, contribuem no controle da degradação do mesmo. Essa contribuição foi relatada pelos próprios trabalhadores separadores de resíduos no estudo de Stolz (2008), ao relacionar a diminuição do acúmulo de resíduos nas ruas, principalmente de garrafas de plástico, com a atividade de reciclagem que desenvolvem.

Os lixões são considerados áreas degradadas, que favorecem a proliferação de vetores causadores de doenças e o chorume³⁰ derivado da decomposição dos resíduos, facilmente visualizado no município em valetas no entorno das casas instaladas aos arredores do lixão. Como mostra a figura abaixo, é altamente tóxico, pois contém metais pesados (Mercúrio, Cádmiio, Cobre, etc.), que superam o valor considerado como saudável à saúde, podendo causar danos aos indivíduos com os quais mantém contato como, por exemplo, gerar intoxicações, problemas gastrointestinais e respiratórios, fraqueza muscular, lesões renais, distúrbios do sistema nervoso, entre outros. Além disso, o chorume é responsável pela contaminação do solo e das águas superficiais e subterrâneas, através do seu escoamento e infiltração (STOLZ e CEZAR-VAZ, 2009).

³⁰ Líquido produzido pela decomposição de substâncias contidas nos resíduos sólidos, que tem como características a cor escura, o mau cheiro e a elevada concentração de matéria orgânica. Fonte: www.fepam.rs.gov.br/licenciamento/area4/16.asp



Figura 5: Chorume resultante da decomposição do lixo

A variedade e o volume de resíduos que são liberados no ambiente associados ao descarte e à disposição inadequada, têm levado a uma diversidade de problemas, conforme relatado, tornando necessária uma intervenção, não apenas para evitar os impactos desta prática, mas, também, a reflexão sobre os valores consumistas que tem contribuído para aumentar a produção de resíduos lançados no ambiente (SILVA, 2006).

Outro problema apontado pelos trabalhadores são as **valetas**. Basta andar pelas ruas dos bairros no município, que é possível encontrar, de acordo com os trabalhadores, uma grande quantidade de valetas abertas, com diferentes finalidades. A maioria das valetas é aberta para o escoamento das águas acumuladas nas ruas durante os períodos de chuva. No entanto, tem-se observado a sua utilização para o escoamento dos esgotos provenientes das residências, em áreas com condições sanitárias precárias. É possível, ainda, observar que, em muitos locais, as valetas estão sendo utilizadas como depósitos irregulares de lixo.



Figuras 6 e 7: Valetas abertas para o escoamento das águas



Figuras 8 e 9: Valetas utilizadas para o descarte de lixo

Latas, vidros, sacolas, garrafas plásticas, pneus, móveis quebrados, roupas e todo o tipo de material, que não tem mais serventia para a população, são diariamente lançados nas valetas, contribuindo para o entupimento dos bueiros e a degradação do ambiente, causando impacto visual negativo quando se percorre as ruas do bairro e o alagamento de algumas ruas por falta de escoamento das águas. Além disso, servem de criadouro para alguns vetores que causam doenças como,

por exemplo, os mosquitos, que utilizam a água acumulada em pneus ou garrafas para a proliferação.

Os trabalhadores da estratégia Saúde da Família apontaram as **habitações em condições precárias** como outro problema ambiental, ou seja, casas construídas sem estrutura física adequado, sem saneamento e energia elétrica. São inúmeras as habitações nessas condições que podem ser encontradas no bairro. No entanto, chamou a atenção um exemplo citado pelos trabalhadores, que se trata de um conjunto de casas apelidadas pela equipe de “Condomínio”³¹.



Figuras 10 e 11: Favela dos Cavalheiros

Localizadas ao lado do lixão municipal, as habitações possuem péssimas condições de infraestrutura, como pode ser observado nas figuras acima. Nesse local, moram cerca de 10 famílias compostas mais ou menos por cinco pessoas cada. Mulheres, homens, idosos, jovens e crianças vivem em precárias condições de moradia e sanitárias, tendo apenas uma única torneira com água potável, localizada no pátio de uma das casas, para o abastecimento de todas as famílias. Os moradores também não possuem energia elétrica regular; a utilizada, é cedida por uma residência próxima do local, sendo dividida entre todas as casas.

³¹ Esta denominação foi dada pelos trabalhadores por ser um local com uma concentração de “barracos” cercados ao redor onde, em cada uma dessas casas, habita uma família. No entanto, os moradores se autodenominam “Favela dos Cavalheiros”, sobrenome de grande parte dos moradores que pertencem à mesma família.

De acordo com o estudo de Moura e Travassos (2008), a ocupação da população em espaços com falta de infraestrutura física e sanitária pode ocorrer quando há inexistência de alternativas de moradia, principalmente devido à falta de lotes com preços acessíveis, forçando a população que possui uma renda mais baixa a ocupar lugares impróprios para a moradia. Isso contribui para agravar os problemas ambientais e a qualidade de vida das comunidades.

Além desse fator, a ocupação da área no entorno do lixão municipal pode ter ocorrido em função da atividade exercida pelos moradores, pois se tratava do local em que obtinham sua fonte de renda. Com o fechamento do depósito de lixo, as famílias passaram a recolher os resíduos nas ruas da cidade, mantendo a atividade de reciclagem como única fonte de subsistência. Atualmente, os resíduos coletados são armazenados no pátio das residências, onde os moradores fazem a separação do material que será vendido. O restante que não é utilizado fica acumulado ao redor das casas, constituindo-se também como um potencial criador de insetos e animais causadores de doenças. Assim, o fechamento do lixão municipal terminou por gerar o aparecimento de pequenos lixões instalados nos quintais das casas dos catadores, espalhando um problema, que antes encontrava-se em um espaço físico determinado, por todas as redondezas desse local.



Figura 12: Acúmulo de lixo no pátio de uma das casas

O Brasil possui uma taxa de urbanização de 78,4%, segundo dados do IBGE. Segundo Prizibiszki (2009), essa constatação poderia justificar o motivo pelo qual o país ainda não encontrou meios resolutivos para alocar, de modo digno e respeitoso com o meio ambiente, todos os seus habitantes.

A autora refere que, nas últimas décadas, a ocupação das cidades desprovidas de suficiente infraestrutura, associada ao aumento da pobreza e do desemprego formal são alguns dos motivos da expansão de favelas e aglomerados no Brasil. Fato que se constitui em uma grande desafio para a atuação do profissional de saúde, que deve saber como proceder quando surgem esses problemas, para desenvolver o seu trabalho, a fim de buscar soluções, a partir de recursos existentes localmente.

A urbanização crescente e acelerada trouxe, também, outros problemas e necessidades para as comunidades como a **falta de sinalização**, referida, pelos trabalhadores como um problema ambiental. Este tem chamado a atenção da equipe devido aos constantes acidentes no bairro por conta do desrespeito dos automóveis quanto ao limite de velocidade e pela imprudência de alguns pedestres ao realizar travessias em lugares não permitidos, comprometendo, assim, a segurança dos moradores.

*(...) Uma coisa que a gente não falou gurias é a respeito da BR e da (...), os acidentes. Porque para as caminhadas, isso aí é um problema e acaba sendo ambiental. Porque nós não temos tantas sinalizações, ninguém respeita essa travessia aqui da (...), para ir para a escola. O próprio pedestre não respeita e os carros passam aqui a mil. **ENF. Orquídea***



Figura 13 e 14: Rua utilizada pela equipe durante as caminhadas

Conforme o relato dos trabalhadores, a falta de sinalização acaba comprometendo algumas atividades desenvolvidas pela equipe. Isso se constata na medida em que, uma vez por semana, um grupo de trabalhadores é praticante das atividades do “Vida Ativa”, grupo montado com o objetivo de promover a saúde e melhorar a qualidade de vida da comunidade, por meio do desenvolvimento de atividades físicas. O grupo percorre as principais ruas do bairro, através de caminhadas orientadas por um estudante de Educação Física, vinculado à FURG, momento em que se percebe a falta de sinalização.

A falta de sinalização nas vias públicas, há muito, é percebida no município, e tem sido responsável por inúmeras mortes no trânsito. Na comunidade estudada, não é diferente. Ao percorrer as ruas é possível identificar a falta de placas indicativas, para manter o fluxo de trânsito seguro e em ordem, de pinturas de sinalização horizontais nas ruas, principalmente na frente das escolas e da colocação de taxões e quebra-molas, para reduzir a velocidade, medidas que poderiam proporcionar segurança, não só aos motoristas, como também aos pedestres.

Assim, nesse estudo, foi possível observar, por meio dos relatos dos trabalhadores, que a falta de infraestrutura nas cidades traz consigo graves problemas como ocupações irregulares, falta de saneamento básico, contaminação

de leitos de água, deposição irregular de resíduos sólidos e falta de sinalização. Problemas estes que, na concepção dos trabalhadores, deveriam demandar certa preocupação da comunidade local. No entanto, embora esses problemas façam parte do seu cotidiano, a fala dos participantes revela a falta de mobilização e o descaso da população frente à essas situações.

*Eu vou te dizer que eu acho que a causa maior é a falta de mobilização da comunidade, porque é uma comunidade grande e não tem representante preocupado com eles. E parece que o povo não está nem aí. Eles, os moradores, não estão nem ai com isso. Acho que essa é a principal causa, porque quando se tem um grupo que é mobilizado o que é que fazem? – Ah! Vamos fazer isso... Vamos aterrar. Vamos fazer. Vamos trazer. Sei lá... guardas para cá. Vamos botar pracinha ali, fazem acontecer. Tá, aqui tem a coleta de lixo (...), mas também se não tivesse, acho que ninguém ia sentir falta. **ENF. Orquídea***

*São acomodados. Aqui, a gente tem o exemplo da associação de moradores. Porque, aqui no bairro, até tem uns materiais assim, janela e porta. Tinha material para fazer um baita de um salão, até levantaram as paredes, ergueram as paredes e parou. O material todo se perdeu, a janela e porta tudo estragado, não tem mobilização para fazer. Seria um salão para festas, né? Para reuniões, alugar para festas, essas coisas, e mesmo assim não teve interesse. **ACS. Jasmim***

*Começaram as obras para fazer um salão ali nos fundos... Da até para ver que já ta levantada as parede do lado com viga, com os quadrados das janelas, mais ai ficou abandonado. **ACS. Lírio Branco***

O exemplo citado pelos trabalhadores refere-se à construção da sede da associação de moradores do bairro, que, no momento, encontra-se abandonada. A associação poderia se constituir em um espaço formal de representação da população para solucionar problemas que afetam a comunidade, como as questões relacionadas à melhoria e preservação do ambiente, bem como estabelecer um representante local para atuar junto a gestão municipal objetivando melhorar a qualidade de vida dos moradores.

Deve-se levar em consideração, também, que a falta de mobilização da comunidade para a intervenção nos problemas enfrentados no bairro poderia estar relacionada à ausência de percepção desses problemas como prioritários para os moradores, uma vez que, foram apontados pela equipe, o que justificaria a falta de

iniciativa em resolvê-los, além disso, a cultura da não participação da população nas decisões políticas que influenciariam na sua saúde e na qualidade de vida seriam os responsáveis pela não mobilização da comunidade acostumada a esperar pelas soluções apontadas pelo governo.

Sauvé (2000) argumenta que a complexidade é a principal característica de um problema ambiental, visto que afeta, em sua maioria, um grupo diverso de pessoas, com preocupações, interesses e necessidades específicas diante da situação apresentada, fato que explicaria os diferentes pontos de vista sobre o mesmo problema.

Tal fato poderia, segundo Jacobi (2006), abrir um espaço de discussão entre equipe e comunidade, no sentido de aprofundar o conhecimento sobre a “cadeia de relações entre o que os moradores podem ou não identificar como sendo problemas ambientais, o que eles detectam como fonte e causa dos problemas e o que direciona suas atitudes e possíveis soluções” (p. 427). Com isso, para enfrentar um problema ambiental de forma adequada é necessário, de acordo com Sauvé (2000), levar em consideração as divergências e convergências, que estão presentes nos diferentes pontos de vista, opiniões e valores dos envolvidos, a fim de encontrar a solução mais adequada.

Por outro lado, a falta de motivação pode estar relacionada às condições de vida dos usuários, à desinformação e à falta de consciência sobre os riscos que esses problemas ambientais podem trazer para a sua saúde e a de sua família. Também poderia ser reflexo das frustrações sofridas com a falta de iniciativa e de ações da gestão local para tornar o ambiente comunitário adequado e de qualidade. Nesse contexto, o profissional de saúde deve investigar como a comunidade se relaciona com o ambiente e, conseqüentemente, tentar identificar os obstáculos existentes para, a partir de então, buscar implementar ações educativas relacionadas às questões ambientais (BERLINCK; CALDAS; MONTEIRO; SAITO, 2003).

Por meio de ações educativas, os profissionais podem buscar resolver o problema da desinformação e da falta de percepção sobre os problemas, enfatizando a importância da corresponsabilidade na fiscalização e no controle dos

agentes causadores de problemas ambientais, já que referem que a grande maioria da população aceita a convivência com esses problemas, assumindo uma atitude passiva em face de sua existência (JACOBI, 2006).

4.1.2 Os problemas ambientais e sua relação com a saúde

A comunidade apresenta características intrínsecas, que correspondem à uma diversidade e complexidade de fatores, que se relacionam e que pertencem, exclusivamente, às condições de saúde e de vida de seus moradores. Assim, essas características determinam as condições de saúde e de doença dos indivíduos (CEZAR-VAZ et al., 2005).

Os determinantes sociais de saúde são descritos por Sant'Anna, Cezar-Vaz, Cardoso, Erdmann, Soares (2010) como um conjunto de fatores que caracterizam um indivíduo refletindo a sua inserção em um tempo-espaço. De acordo com essas autoras, os determinantes se constituem em “uma rede complexa de fatores que se inter-relacionam e condicionam o processo saúde-doença na especificidade do indivíduo e na abrangência do modo de vida do coletivo” (p. 93).

Os trabalhadores fazem referência a um conjunto de problemas ambientais que caracterizam o seu local de atuação e que seriam determinantes das condições de saúde e doença dos moradores. O grande número de valetas que recebem diariamente resíduos depositados pela própria comunidade poderiam ser a causa da contaminação das águas superficiais e subterrâneas, prejudicando a saúde dos moradores abastecidos, assim como o acúmulo e a má destinação dos resíduos nas ruas e terrenos abandonados, visualizados como responsáveis pela proliferação de animais, como moscas e ratos, constituindo-se uma fonte potencial de doenças.

Esse entendimento dos trabalhadores em relacionar a saúde e o ambiente a preocupações, como os resíduos sólidos e o saneamento básico, bem como o ambiente visto como fonte de agentes e vetores causadores de doenças, reduzindo-o a concepção epidemiológica de uma tríade (Hospedeiro-Ambiente-Agente) de elementos considerados fundamentais na constituição das doenças (TAMBELLINI, CÂMARA, 1998), foi, tradicionalmente, construído ao longo da história da saúde pública no país, permitindo a reflexão sobre os conteúdos apreendidos pelos

trabalhadores, durante sua formação e que pouco têm contribuído, no campo teórico e metodológico, para a aplicação de conhecimentos na relação saúde e ambiente (CEZAR-VAZ et al. 2007).

O entendimento sobre a relação saúde e ambiente representa um desafio para a organização do trabalho das equipes de Saúde da Família, visto a necessidade que tem se apresentado no trabalho diário das equipes à identificação, o planejamento e a intervenção individual e coletiva na resolução dos problemas ambientais enfrentados na comunidade com vistas ao seu fortalecimento.

Assim, no trabalho em saúde, o ambiente vem sendo incorporado como temática de discussão de forma gradual. Pelegrine e Cezar-Vaz (2010) referem que na medida em que o trabalhador foca a sua ação em um determinado espaço, o ambiente passa a ser incorporado ao trabalho desenvolvido, fornecendo informações concretas para a sua compreensão, enquanto elemento determinante das condições de saúde da população.

O ser humano como um ser socioambiental e histórico tem como potencial transformar a natureza e, conseqüentemente a si mesmo, aproximando a saúde e o ambiente, considerados por Cezar-Vaz et al. (2007) como categorias intrínsecas à sobrevivência da população e, por esse motivo, constituem-se como espaços de atuação dos trabalhos em saúde, aqui incluídos, os desenvolvidos na estratégia Saúde da Família.

4.2 As práticas educativas desenvolvidas pela equipe para enfrentar os problemas na comunidade

Para o desenvolvimento de ações educativas na estratégia Saúde da Família, é necessária a realização de um trabalho, que interprete o processo saúde/doença por meio de múltiplos referenciais, pois deve-se considerar que os diferentes saberes dos trabalhadores e da população são complementares na luta por melhores condições de vida e saúde (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003).

Sendo assim, a prática educativa³² desenvolvida não pode ficar restrita a transferência de conhecimento da equipe para a população. É necessária a sua constituição como prática social, no sentido de contribuir para a formação de uma consciência crítica dos sujeitos, sobre os seus problemas de saúde, para que busquem compreender a raiz dos mesmos, estimulando sua organização na busca de soluções para enfrentá-los.

A equipe refere que as atividades educativas propostas, para tratar dos problemas enfrentados na comunidade, concentram-se no trabalho realizado para prevenção e promoção da saúde por meio de **grupos educativos, palestras, orientações** durante as **consultas individuais e visitas domiciliares** realizadas pelos ACS.

*Nós aqui, nós trabalhamos com os grupos educativos. **TÉC. ENF. Margarida***

*Promoção e a prevenção através de grupos, de palestras, de orientações individuais. Eles (ACS) nas orientações em visitas domiciliares. **ENF. Orquídea***

Uma das atribuições comum a todos os trabalhadores que integram as equipes de Saúde da Família é organizar atividades com os **grupos educativos** como parte do seu processo de trabalho (BRASIL, 2001). A finalidade dessa atividade é dar suporte à população em diferentes momentos, seja no período de mudança, tratamento ou crises ou ainda por meio de auxílio para a adaptação a comportamentos mais saudáveis (ROCHA et al, 2010).

A atividade de grupo facilita o exercício da autodeterminação e da independência, pois funciona como rede de apoio na tentativa de mobilizar seus participantes a buscar autonomia, auto-estima e melhorar seu senso de humor, aspectos considerados essenciais para diminuir a vulnerabilidade. Por meio do convívio de diferentes pessoas (equipes e população), ocorre a criação de vínculos, uma das estratégias apropriadas para se produzir saúde (GARCIA et al., 2006).

³² Baseado nos escritos de Tardiff (2006) entende-se por práticas educativas todas as atividades guiadas e estruturadas por objetivos. Segundo este autor ao desenvolver esta prática os educadores “não se contentam em fazer algo: eles fazem algo em função de certas representações (objetivos) de sua própria ação e da natureza, modalidade, efeitos e fins desta ação” (p. 151).

No entanto, desenvolver uma atividade com um grupo, no qual se interage com pessoas diferentes³³ na comunidade, é um desafio para os trabalhadores, que desenvolvem uma prática educativa coletiva facilitadora da troca de informações e conhecimentos entre os participantes (ROCHA et al, 2010). Esse tipo de prática requer dos trabalhadores uma maior sensibilidade para lidar com a população, além de um conhecimento prévio sobre as características pessoais e culturais dos integrantes e suas reais necessidades. Exige ainda do trabalhador um domínio sobre a dinâmica de trabalho com grupos, o que garantirá a intervenção nos diversos problemas apresentados pela comunidade, a fim de modificá-los.

Para que essa prática seja efetiva, é necessário que a equipe conheça a realidade social do usuário e suas representações sobre saúde e doença, permitindo maior interação entre o trabalhador e os sujeitos que compõem os grupos, o que facilitaria o desenvolvimento dessa atividade educativa. Essa interação se constitui em um importante instrumento para a troca de experiências entre os participantes, possibilitando a percepção sobre suas limitações e as possibilidades de trabalhar os problemas enfrentados no contexto coletivo.

Sabe-se que, para o desenvolvimento de práticas educativas efetivas é necessária a aplicação de técnicas diferenciadas, que promovam a interação oportunizando a participação ativa dos integrantes. Para tanto, os trabalhadores devem optar por um local descontraído e, segundo Rocha et al. (2010), dar preferência para o desenvolvimento de atividades lúdicas, como teatros, jogos e dinâmicas audiovisuais, adicionando a elas as informações sobre a temática trabalhada pela equipe, com o objetivo de facilitar a participação.

Souza et al. (2005, p. 148) considera que, a experiência do trabalho desenvolvido com os grupos educativos

pode facilitar a produção coletiva de conhecimento e a reflexão acerca da realidade vivenciada pelos seus membros, sendo este um importante aspecto para o desenvolvimento de processos reflexivos

³³ O trabalho desenvolvido com grupos educativos abrange diferentes sujeitos da comunidade como, por exemplo, as gestantes, as mulheres em idade fértil, os hipertensos e os diabéticos. O estudo desenvolvido por Rocha et al. (2010), em 12 municípios da 3ª CRS/RS, apontou a realização de 147 grupos, destacando-se o Grupo de Hipertensos, de Saúde da Mulher e de Diabéticos, como os mais citados pelas 61 enfermeiras entrevistadas.

que apontem estratégias de enfrentamento dos desafios que, muitas vezes, fazem parte de suas situações de vida.

As autoras citadas complementam que, o trabalho com os grupos possibilita quebrar a relação vertical construída, tradicionalmente, entre o trabalhador e a população, facilitando a manifestação das expectativas, das necessidades e das angústias sentidas pelos usuários que têm impacto sobre a sua saúde e a de seus familiares.

Essa prática educativa busca promover a participação da população na melhoria das suas condições de vida e saúde de forma coletiva. O papel dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família é de fundamental importância na articulação dessa prática, pois, para se manter um bom andamento e obter progresso no desenvolvimento dos grupos educativos, é necessário conhecer e ouvir cada um que compõe o grupo. A partir da identificação de suas necessidades a equipe pode avaliar não só as dificuldades, mas identificar as potencialidades, ajudando a traçar e atingir os objetivos (TEIXEIRA, 2007).

Outra ação educativa desenvolvida pelos trabalhadores é a realização de **palestras**. As palestras educativas têm sido relatadas, por um grande número de profissionais da área da saúde, como uma atividade representativa das ações educativas. Isso, porque estão sempre presentes no discurso desses trabalhadores, especificamente, no trabalho desenvolvido pela equipe de Saúde da Família.

É importante estar atento ao sentido dado a essa atividade para que não se transforme no ato de repassar o conhecimento ao outro, reproduzindo o modelo tradicional de educação em saúde em que

o educador é aquele que sabe, portanto é ele quem deve dizer algo, enquanto o educando, não possuindo conhecimentos, é aquele que deve receber passivamente os conhecimentos advindos da autoridade profissional (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003, p. 21).

Trazendo o comentário dessas autoras para a realidade da equipe de Saúde da Família desse estudo, é possível perceber uma prática educativa ainda desenvolvida com esse sentido, onde o usuário deve ter uma atitude passiva diante do saber técnico repassado pelo trabalhador, que, quase sempre, é aquele quem diz

a “verdade” e tenta convencer o usuário a segui-la, como se pode observar na fala abaixo.

*Sim a gente fala, a gente dá orientação, a gente dá a informação: - Tem que fazer assim, tem que fazer assado. **TÉC. ENF. Margarida***

Percebe-se que, para esses trabalhadores, a concepção de educação em saúde, ainda é preponderantemente a tradicional, com ações educativas voltadas à mudança de comportamento individual. Ou seja, os trabalhadores da equipe de Saúde da Família transmitem, orientam e repassam informações por meio de palestras, com o objetivo de mudar algum comportamento que consideram, por seu conhecimento científico, não estar adequado e, muitas vezes, sem levar em consideração o saber construído pelo sujeito ao longo de sua trajetória de vida, cabendo a ele apreender passivamente os saberes ensinados (WENDHAUSEN e SAUPE, 2003; SOUZA et al., 2005).

O saber apresentado pelo usuário parece não ser reconhecido, nem valorizado pelos trabalhadores, descredenciando-o para compreender a saúde/doença e para exercer o poder de atuar sobre esse processo. Valorizar e respeitar o saber do usuário sobre si, sobre o seu cotidiano vivido, estimula-o de forma que seu cotidiano se torne objeto de seu pensamento e de sua reflexão, fortalecendo o cuidado do seu eu e ampliando o autoconhecimento (BELLATO; PEREIRA, MARUYAMA e OLIVEIRA, 2006).

É urgente a necessidade de reconhecer o usuário como sujeito de sua própria vontade, do seu próprio cuidado, com direitos e deveres, enfim, como cidadão, para construir uma relação simétrica, democrática, uma relação de mutualidade, com responsabilidades recíprocas, de aprendizado, de respeito à sua historicidade e unicidade (SOARES; LUNARDI, 2003).

Nas **consultas** individuais não é diferente. Bromberger (2003) salienta que as orientações repassadas, pelos trabalhadores da estratégia Saúde da Família, durante as consultas, são no sentido de resolver uma necessidade imediata apresentada pelo cliente, que, geralmente, agenda o atendimento, buscando o serviço para o diagnóstico e o tratamento de um agravo ou de uma doença

preestabelecida. Para resolver o seu problema, a população, na maioria das vezes, aceita as orientações determinadas pelo trabalhador, mesmo que, na prática, não as desenvolva.

Além das consultas individuais, em que a grande maioria é realizada pelo profissional médico, até mesmo por exigência da comunidade por esse tipo de atendimento, na estratégia, são realizadas outros tipos de consulta, de acordo com a programação do serviço (consulta do pré-natal, puericultura, pacientes crônicos, entre outros), que são desenvolvidas também pelo trabalhador enfermeiro.

Em algumas dessas consultas, o trabalhador, além de prestar as orientações específicas para o tipo de indivíduo que está atendendo, poderia utilizar o espaço de atendimento para desenvolver ações educativas. Um exemplo são as consultas de pré-natal, em que, uma vez por mês, a gestante receberia o atendimento específico e as informações necessárias para cuidar da sua saúde e da saúde de seu bebê.

Nesse espaço, as gestantes poderiam tirar todas as suas dúvidas com relação à gestação, ao parto, à amamentação e aos cuidados com o recém-nascido. Portanto, poderia ser considerado um espaço educativo de troca de informações entre o trabalhador e o usuário, garantindo um processo de comunicação mais horizontal, que privilegia o diálogo e a participação efetiva da população no processo educativo.

Portanto, as práticas educativas devem romper com a verticalidade entre o trabalhador da equipe de Saúde da Família e a população, valorizando as trocas interpessoais, as iniciativas da população e, por meio do diálogo, buscar explicitar e compreender o saber popular para, então, planejar a ação a ser desenvolvida. A atividade educativa é uma prática prevista e atribuída a todos os integrantes da equipe de Saúde da Família. Desse modo, espera-se que esses trabalhadores estejam preparados e capacitados para desenvolver uma assistência integral e contínua, identificando as situações de risco, às quais a população pode estar exposta, para desenvolver processos educativos, voltados para a melhoria da saúde dos indivíduos (PRIMO; BOM e SILVA, 2008).

Ainda foram descritas pelos trabalhadores, as **visitas domiciliárias** como espaços para o desenvolvimento de ações educativas. Hoje, na estratégia Saúde da Família, a visita domiciliária é uma das atividades externas à unidade, realizada pelos trabalhadores, considerada, um importante instrumento de intervenção. Através da visita domiciliária, a equipe consegue avaliar as condições sociais, ambientais e de saúde da população, além de planejar e executar ações, que promovam melhor qualidade de vida para as famílias sob sua responsabilidade. Para tanto, a visita domiciliária não pode ser considerada uma prática com finalidade apenas imediata, segundo o entendimento de Kerber, Kirchhof e Cezar-Vaz (2008), e sim, ser “utilizada de forma planejada e sistematizada, com propósitos investigativos que subsidiem ações futuras” (p. 488).

A visita domiciliária não é atividade exclusiva de um profissional da equipe de Saúde da Família, mas sim de várias classes de trabalhadores atuantes na unidade básica de saúde, de acordo com a organização do trabalho nas equipes de saúde. No entanto, para os agentes comunitários de saúde, essa atividade se destaca, pois, são eles, que realizam a visita domiciliária com maior frequência, ou seja, diariamente, por se tratar de uma atribuição proposta pelo MS (BRASIL, 2007a, p.45).

O agente comunitário é o primeiro integrante da equipe a identificar as necessidades apresentadas pelas famílias, por meio da observação da situação no domicílio e do comportamento dos moradores (SILVA, 2003). Seu trabalho permite, aos demais membros da equipe, conhecer as reais condições de vida e saúde das famílias, que estão sob sua responsabilidade, facilitando a organização do trabalho e o planejamento das ações educativas e assistenciais desenvolvidas.

As práticas educativas realizadas no domicílio permitiriam aos trabalhadores melhor compreensão com relação ao processo de adoecimento das famílias, pois esse espaço proporciona maior aproximação com os seus integrantes, possibilita a visualização e o entendimento de todo o contexto domiciliar, facilitando a articulação do trabalhador com a comunidade.

Quando questionado aos trabalhadores quais as ações educativas desenvolvidas pela equipe para tratar dos **problemas ambientais**, os mesmos

referiram não desenvolver uma prática educativa específica com a comunidade sobre o assunto. Reconhecem a existência dos problemas, mas enfatizam que, para as suas resoluções, é preciso uma participação que vai além da capacidade da equipe e da própria comunidade, sendo necessário o envolvimento da gestão local do município, para que sejam tomadas as medidas cabíveis às resoluções.

Em relação às valetas, especificamente, acho que... na realidade, a gente não se envolve. Eu, na minha parte pelo menos, nunca conversei com ninguém sobre essa questão, a gente foca mais a moradia. ACS. Lírio Branco

Eles (usuários) cobram. Seguindo eles falam: - Olha as valetas! Aí vai lá chamam alguém, limpam as valetas. Toda sujeira deixam assim na rua, às vezes, cria até grama na frente das casas ACS. Jasmim

Então, o problema das valetas não depende nem dos moradores, porque agora começa o verão, o que precisava era botar um encanamento, fazer as coisas fechadinhas, direitinho ENF. Orquídea

Nota-se, pelos relatos dos trabalhadores, que o envolvimento da gestão local na resolução dos problemas enfrentados pela comunidade, não está ocorrendo de maneira satisfatória, pois não tem atendido às solicitações dos moradores. Foi possível verificar que existe, por parte dos moradores, reivindicações básicas como, por exemplo, a limpeza das valetas, que, como visto anteriormente, acumulam lixo servindo de criadouros de vetores transmissores de doenças, estando diretamente relacionadas à qualidade de vida e à saúde da população e não têm sido atendidas pela gestão municipal.

O município, ao assumir o compromisso com a estratégia Saúde da Família, competência do gestor expressa na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), assume também o compromisso com a população, que vive na área adstrita à unidade. Para que sejam desenvolvidas ações locais, é imperativo que o gestor municipal conheça as necessidades da população que lá vive a partir do diagnóstico realizado pela equipe de saúde, com o permanente acompanhamento das famílias. Sendo assim, Paulino, Bedin e Paulino (2009, p. 117) referem que

o processo de planejamento deve ser pensado como um todo e direcionado à resolução dos problemas identificados no território de responsabilidade da unidade de saúde, visando a melhoria

progressiva das condições de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

No entanto, o estudo desenvolvido por Figueiredo et al (2010) com relação ao processo de trabalho da gestão municipal da estratégia Saúde da Família, no âmbito da 3ª CRS/RS, revelou que o trabalho desenvolvido pelos gestores está direcionado as ações voltadas para a organização/funcionamento da estratégia, formação/educação permanente ou continuada dos trabalhadores e ações de monitoramento e avaliação. Essas ações embora ainda sejam pouco realizadas são consideradas os únicos momentos em que é possível visualizar a participação da comunidade, no processo de trabalho da gestão municipal, condicionada a avaliação do seu grau de satisfação quando ao trabalho desenvolvido na estratégia.

As autoras ainda afirmam, ainda, que as ações desenvolvidas pelos gestores têm como foco organizar e controlar o trabalho das equipes para que sejam cumpridas as obrigações inerentes ao sistema de saúde, o que garantiria a manutenção do repasse de recursos financeiros ao município.

Nesse sentido, identifica-se, no estudo em questão, a necessidade de um trabalho conjunto entre equipe, comunidade e gestão municipal, voltado aos problemas levantados na comunidade, entre eles os ambientais. As ações conjuntas poderiam, não só contribuir para uma prática educativa de qualidade, desenvolvida com a população, como também proporcionar ao gestor municipal conhecer a realidade enfrentada pelas equipes e as dificuldades encontradas para a prática de atividades educativas.

Pode-se inferir, também, que a ausência de ações educativas voltadas para os problemas ambientais está relacionada à compreensão que os trabalhadores têm da importância do ambiente para a saúde da população. Apesar de reconhecerem os problemas ambientais que afetam a saúde, poderiam estar priorizando atividades que respondam imediatamente às necessidades apresentadas pelos usuários que procuram por atendimento na unidade, não sendo o ambiente o foco de suas ações.

Para realizar práticas educativas que relacionem a saúde e o ambiente, é necessário que os trabalhadores trabalhem integrados com diferentes setores do município, adquirindo conhecimentos efetivos acerca das questões ambientais e

estratégias possíveis de serem implementadas para a sua solução sustentável. Nesse sentido, trabalhar com a saúde e o ambiente compreende práticas intra e intersetoriais e transdisciplinares sobre as relações dos seres humanos com o ambiente, com vistas ao bem-estar, à qualidade de vida e à sustentabilidade (BRASIL, 2007).

4.2.1 Dificuldades encontradas pela equipe para desenvolver as práticas educativas

As práticas educativas na Saúde da Família são consideradas essenciais para o seu trabalho, estando os trabalhadores responsáveis pelo seu desenvolvimento (ALVES, 2005). Para que esse trabalho ocorra, é necessário um conjunto de fatores que, algumas vezes, irão facilitar ou dificultar seu desenvolvimento.

Nesse estudo, durante a realização dos grupos focais, foi possível identificar, ao longo dos relatos, alguns **fatores que dificultam** e interferem na realização das práticas educativas com as comunidades, relacionados às **condições de trabalho na unidade** como: os *aspectos físicos*, que incluem a estrutura física da unidade e o mobiliário; os *equipamentos* envolvendo o esfigmomanômetro, autoclave e estufa; os *materiais* que englobam os impressos, medicamentos e materiais de consumo diários, por exemplo, materiais de higiene pessoal e de higienização da unidade; e a *falta de recursos humanos*.

Com relação à estrutura-física, a UBSF estudada possui: duas salas para consulta médica; uma para consulta de enfermagem; uma de vacinação; uma de procedimentos; uma para coleta do exame citopatológico; uma para os ACS; uma para consulta odontológica; um almoxarifado, para guardar materiais e medicamentos; uma cozinha; quatro banheiros, um para a equipe, dois para os usuários e um localizado na sala de reuniões; uma recepção; um expurgo e uma sala para reuniões.

Embora o espaço físico da unidade estudada inclua a estrutura mínima imposta pelo MS para a implantação da estratégia (BRASIL, 2001; COSTA, 2007) e,

pareça adequado para o trabalho, os trabalhadores consideram-no inadequado para as práticas educativas. A dificuldade encontrada pelos trabalhadores com relação ao espaço físico foi também destacada no estudo de Bonow (2009), que relata se tratar de uma limitação para a equipe, ao desenvolver o trabalho com os grupos.

Os trabalhadores referem que, para o desenvolvimento de algumas atividades educativas, como, por exemplo, os grupos de crônicos, a sala de reuniões, é considerada pequena, dependendo do tipo de atividade e das características dos participantes. Por esse motivo, algumas vezes, faz-se necessário utilizar ambientes externos à unidade, como as igrejas e as escolas.

*Olha! Eu acho assim, que área física que a gente não tem. Acho que falta uma área física que a gente pudesse fazer as reuniões de grupo. Aqui é muito pequeno, a gente não consegue, neste momento é um empecilho. Cada vez que tem que fazer qualquer coisa fora do posto, se torna um problema, porque para usar, é preciso da igreja, escolas, têm que estar disponível, nem sempre esses lugares estão disponíveis. (...) eu acho assim, que um espaço físico faz falta para a gente conseguir fazer os encontros. **MED. Rosa***

Esses mesmos locais foram referidos no estudo de Rocha et al. (2010) para o desenvolvimento de atividades em grupo. De acordo com as autoras, a utilização de ambientes externos à unidade é vista, pelos entrevistados, como alternativa para “facilitar o acesso e a adesão da comunidade as atividades grupais” (p. 214). Já no presente estudo, o entendimento dos trabalhadores é contrário. Salientam a dificuldade de acesso da equipe a estes espaços, pois são locais que possuem uma organização própria, cedendo suas dependências somente quando estão disponíveis, o que dificultaria o trabalho da equipe, ou seja, para que algumas atividades sejam desenvolvidas, a equipe necessita organizar seu trabalho, de acordo com a disponibilidade de locais fora da unidade. Essa dificuldade também foi identificada no trabalho de Bonow (2009) como um fator limitante para a realização de atividades com grupos criativos na estratégia Saúde da Família.

Mesmo diante da falta de estrutura física adequada dificultando o trabalho realizado, nota-se a preocupação, o interesse e o esforço dos trabalhadores no desenvolvimento das ações educativas. Embora eles relatem a dificuldade de articular o seu trabalho em espaços fora da unidade de saúde percebe-se que tais limitações não são consideradas motivos para a não realização do trabalho, sendo

contornada pelos profissionais ao tomarem a iniciativa de interagir com a comunidade, buscando espaços para a construção de um trabalho capaz de viabilizar a compreensão das situações de vida, saúde e doença das comunidades para promover a sua saúde.

A falta de equipamentos como o esfigmomanômetro, a autoclave e a estufa e a escassez de materiais como os impressos, medicamentos, materiais de higiene pessoal na unidade, além de materiais didáticos pedagógicos específicos para a prática educativa, foram apontados, nos relatos dos trabalhadores, como fatores que dificultam o trabalho realizado.

Material ajuda, quando vem é o mínimo e falta. Serve SIA/SUS, receituário. Material de uso diário e medicação, hoje ela achou uma folha de evolução (risos). O receituário... A gente está usando há não sei quantos meses, o receituário controlado como sendo receituário simples. SIA/SUS? Passamos mais de dois meses utilizando um bloquinho que tem, que é uma solicitação de exame que não se usava mais porque não tinha. Aí vêm aqueles bolinhos que não dura para um mês e dizem que não tem, não tem. Sabão? Recebi material e não tenho sabão para lavar a mão. Então, materiais de insumo também, materiais permanentes. A mesa hoje quebrou, o nosso esfigmo de mercúrio de parede foi para o conserto e até agora não voltou, o outro já estragou e ainda não foi. Os do dia a dia começam a se desregular, a nossa estufa, bom assim vai.
ENF. Orquídea

É isso aí é para o funcionamento que falta. Eu acho que para a gente ter perna para fazer o resto, grupo, para oferecer qualquer coisa... Sei lá trabalha com dependência química, qualquer coisa assim a gente não tem também material. Por exemplo, para o desenho mesmo que a gente já pensou em fazer um grupo de artesanato, a gente precisaria de pincel, canetinha, tinta, essas coisas assim, então a gente começou e já faltou.
MED. Rosa

No trabalho desenvolvido por Camelo e Argerami (2007), a escassez de material nas unidades foi também citada como um fator que dificulta o trabalho realizado, sendo considerada, pelos trabalhadores, como um fator de desgaste físico e mental. Tanto no trabalho das autoras como nesse estudo, os trabalhadores demonstraram a insatisfação com a quantidade e a qualidade dos recursos materiais, que são oferecidos para o desenvolvimento do trabalho. Os quais, poderiam gerar para os trabalhadores, no entendimento de Macêdo (2004), insegurança e sentimentos desprazerosos, como tristeza e medo e, como consequência, a baixa produtividade, absenteísmo e propensão aos acidentes.

Além da falta dos materiais, foi relatada também a falta de manutenção dos equipamentos, que, quando estragam, demoram muito para serem consertados, fazendo com que os próprios profissionais e os participantes dos grupos educativos retirem, do seu orçamento pessoal, a verba necessária para repor algum material, que esteja faltando e para, assim, conseguir desenvolver as atividades propostas.

*Se tivesse manutenção já melhoraria horrores. Mas não tem a manutenção, né. E a manutenção tu manda e é para esquecer, não volta. As coisas chegam e não tem como usar, a autoclave da dentista pega fogo, uma autoclave pegar fogo é complicado, que é calor úmido, mas pega. E aí vai todo o material fora. **ENF.. Orquídea***

*Ontem mesmo, começou e faltou (material), aí, na próxima, elas (as participantes do grupo) vão trazer. **ACS. Lírio Branco***

*Sei lá! Então assim ó, as coisas estão sempre em falta e a gente tenta fazer um grupo, vamos fazer um grupo? Vamos! Mas aí a gente banca. Para nós também bancar tudo é muito difícil, então, é complicado e para elas trazerem, às vezes, não tem nem recursos financeiros para isso também. Aí, então, fica difícil. **MED. Rosa***

Esse fato remete à necessidade de refletir sobre o apoio que vem sendo prestado pela gestão da estratégia e gestão local do município às atividades desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, quando se visualiza nas falas dos trabalhadores a necessidade de repor material, para que, alguns trabalhos educativos aconteçam. Esse achado contrapõe os resultados encontrados no estudo de Figueiredo et al. (2010). Segundo as autoras, a gestão da estratégia mostrou-se frequentemente preocupada com relação à administração dos recursos materiais disponibilizados, com a finalidade de viabilizar e sustentar o trabalho desenvolvido pelas equipes.

Assim, corrobora-se com os escritos de Oliveira e Albuquerque (2008), quando fazem referência à incoerência entre o discurso oficial sobre as diretrizes dos SUS e a falta de investimento nas condições estruturais e materiais de trabalho na estratégia Saúde da Família. Afirmam ainda que, os relatos dos trabalhadores sobre suas reais condições de trabalho refletem a contradição existente no cenário do SUS em que, na teoria, “existe um arrojado conjunto de princípios traçados em sua concepção e uma ideologia de enaltecimento dos propósitos sociais do trabalho,

enquanto vivencia uma prática marcada pelo baixo investimento de recursos” (p. 243).

Cabe aqui destacar o importante papel desempenhado pelos Conselhos Locais de Saúde, que possuem a função de acompanhar, avaliar e indicar prioridades para serem executadas pela unidade de saúde de sua área de abrangência. Os conselhos são importantes espaços de debates e reivindicações, favorecendo a mobilização da população para a resolução dos problemas. Tendo em vista que a comunidade possui uma representação significativa sua participação fortalece a construção das políticas de saúde e a fiscalização de sua implementação pelos gestores municipais.

Outra dificuldade relatada foi a falta de recursos humanos, para complementar o trabalho desenvolvido na unidade. Um dos problemas enfrentados pela equipe, no momento, é a ausência de um profissional para atender ao público, em um dos turnos de funcionamento da unidade, sendo denominado de “burocrata”. Tal trabalhador seria o responsável pela recepção dos usuários na unidade, pelo agendamento de consultas médicas e de enfermagem, preenchimento da SIA/SUS³⁴ de todos os procedimentos realizados, além de informar à população sobre o funcionamento da unidade.

*A gente está precisando também de uma burocrata à tarde, né, porque, ontem, se não fosse. Olha, a (...), a (...) e a (...) foram os meus anjos da guarda ontem. Nós estávamos as três ali e olha... não e, assim, eu acabei sobrecarregando elas, porque elas foram fazer o serviço delas estão fazendo o meu também. **TÉC. ENF. Dama da Noite***

*Aí como é que tu faz uma coisa, vendo uma pessoa que chega e o balcão está lotado para atender, e o telefone está tocando, não dá! **TEC. ENF. Margarida***

*E aí tu tens que mandar o encaminhamento dos exames tudo protocolado e fica complicado, vem para cá, e tem que dispensar medicação. E não tem previsão, só depois de um concurso. **ENF. Orquídea***

³⁴ O Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS foi implantado em 1993, pelo MS para facilitar o planejamento, o controle e a avaliação do atendimento ambulatorial no SUS.

Alguns autores referem que a sobrecarga de trabalho pode ser dividida em dois níveis: quantitativo e qualitativo. O nível quantitativo refere-se ao número excessivo de tarefas a serem realizadas pelos trabalhadores, isto é, a quantidade de tarefas, além da disponibilidade do trabalhador. Já o nível qualitativo diz respeito à dificuldade de trabalho, ou seja, o indivíduo depara-se com demandas que estão além de suas habilidades ou aptidões (PAULINO, BEDIN e PAULINO, 2009; OLIVEIRA et al., 2010). Por meio dos relatos dos trabalhadores, pode-se inferir que a sobrecarga de trabalho no cotidiano das equipes de Saúde da Família está relacionada, tanto aos aspectos qualitativos como aos quantitativos, pois a falta de pessoal tem comprometido a organização do trabalho da equipe.

De acordo com Camelo e Angerami (2007), a falta de recursos humanos, sobrecarrega o desempenho das funções dos trabalhadores. Para essas mesmas autoras, a implantação da estratégia trouxe à tona “problemas relacionados aos recursos humanos, como, por exemplo, a inadequação de composição das equipes frente às demandas sociais e demográficas” (p.506).

Para que a estratégia se concretize, é essencial o investimento em recursos humanos competentes e suficientes para atender a demanda das comunidades, pois são eles que influenciarão a qualidade da atenção prestada aos indivíduos e coletividades (CAMELO et al., 2000).

A ausência de uma pessoa na equipe dificulta o trabalho realizado pelos demais, que precisam dar conta de toda a demanda apresentada pela unidade. Como conseqüência, termina ocorrendo a demora na prestação da assistência aos usuários, conforme a fala abaixo evidencia.

*Tem os procedimentos mesmo que eu até pego e aviso: - Olha vai demorar. Porque a vacina mesmo é uma coisa que tem que ter muito cuidado, né? Todo cuidado é pouco e é uma coisa que leva no mínimo, eu, pelo menos, fico quinze, vinte minutos ali e olho e reolho e, às vezes, a criança não se posiciona e chora, aquela coisa toda. **TÉC. ENF. Dama da Noite***

Observa-se que o acúmulo de atividades, o número reduzido de profissionais, a sobrecarga de funções e as condições de trabalho são fatores que prejudicam o trabalho desenvolvido pela equipe e são percebidos pelas diversas categorias

profissionais como desgastantes para o trabalhador e que, conseqüentemente, interferem no atendimento prestado ao usuário.

Para os trabalhadores, a solução encontrada seria o aumento do número de equipes por unidade, pois referem que o quantitativo atual de trabalhadores, para o atendimento de um determinado número de famílias, não dá mais conta de atender as diversas necessidades apresentadas pelos usuários, que procuram por assistência na unidade. Aumentando o número de trabalhadores por equipe seria possível organizar melhor o atendimento da demanda na unidade básica e desenvolver um trabalho com mais qualidade para a comunidade.

Às vezes eu acho que a equipe tinha que ter um número maior para esse número de população que a gente atende, quase três mil pessoas, duas mil setecentos e pouco, porque, se eles, eles reclamam que as consultas são poucas e não sei que mais. A gente é uma, é uma médica, uma enfermeira, elas são duas e mesmo assim, olha, dançam samba, tu imagina. Eu acho que, talvez, isso aí eu acho que é até utopia, mais eu acho que, devia, para três mil pessoas, ter dois médicos, duas enfermeiras, dois técnicos, dois de cada. Porque aí, durante a manhã, tu atendia um número maior e, talvez, não tivesse esse monte de gente à tarde, e aí sobraria tempo para gente fazer as visitas, sem ficar pensando que tem grupo, que tem isso, que tem aquilo, é como ela diz, não tem término. Criar grupos é fantástico, o problema é fazer, a gente vive com todos os agentes, com as gurias conosco e tem dias que a coisa fica difícil. O "Vida Ativa", eles caminham todos os dias e tem até escala pra eles também, porque como é que a gente vai deixa esse grupo sair sozinho, com o estagiário de educação física, alguém passa mal? (...) **ENF. Orquídea**

Diferentes estudos acerca da prática educativa na estratégia Saúde da Família evidenciaram também a falta de investimentos financeiros em material, em recursos humanos e na estrutura física das unidades, além da grande demanda de serviço na estratégia, como fatores que dificultam a realização de práticas de educação em saúde. Esses relatos demonstram que, a organização do processo de trabalho das equipes encontra-se prejudicada, no momento em que há ausência ou deficiência na infraestrutura necessária para o desenvolvimento do trabalho, o que refletirá no planejamento e na execução de ações de saúde efetivas (TRAD; BASTOS; SANTANA e NUNES, 2002, MOURA; SOUSA, 2002, MELO; SANTOS e

TREZZA, 2005, COLOMÉ; LIMA, 2006, SALES, 2008; ARAÚJO; VERAS, 2009, BONOW, 2009).

Os fatores mencionados contribuem, ainda, para a falha na relação profissional/usuário, dificultando a criação de vínculos que estimulem a participação da população e a crença quanto à valorização das práticas educativas, para melhorar as condições de saúde e de vida dos indivíduos e da comunidade.

O que se pode observar, por meio dos relatos dos trabalhadores e da experiência da pesquisadora desse estudo nas atividades desenvolvidas enquanto docente da Escola de Enfermagem, em diferentes unidades de Saúde da Família, é que a implantação das equipes no município, ainda não está em quantidade suficiente. É necessário um maior número de equipes com profissionais capacitados, com recursos físicos, materiais e equipamentos suficientes para atender as demandas apresentadas pelas comunidades adstritas. A falta das equipes tem funcionado como um fator de sobrecarga para os trabalhadores, que atuam refletindo na qualidade do trabalho desenvolvido.

Na prática, a multiplicidade de atribuições dos trabalhadores tem se mostrado, como afirmam Trad, Bastos, Santana e Nunes (2002) um obstáculo na substituição do modelo médico curativista por outro, com características de promotor da saúde. Vale ressaltar que, o estudo realizado pelos autores mostrou que, para a comunidade, a presença de uma equipe mínima nas unidades de saúde não tem suprido a demanda dos usuários assistidos pela estratégia.

Segundo a percepção dos trabalhadores e de acordo com o observado em sua rotina de trabalho, o processo de trabalho da unidade básica pesquisada está, em sua maioria, centrado no atendimento da demanda espontânea seguindo o modelo médico-hegemônico, no qual a queixa e a doença do paciente é o foco da assistência prestada. Devido a esse tipo de produção do cuidado, o profissional não tem conseguido sair de sua rotina de atendimento para priorizar ações com o foco na educação em saúde, ainda mais, se essa for realizada fora da área física da unidade de saúde.

De acordo com o MS, uma unidade de saúde da família deve possuir materiais e equipamentos que permitam aos trabalhadores solucionar os problemas apresentados na comunidade. Ou seja, deve estar equipada para garantir a atenção básica à população sob sua responsabilidade, sendo competência do município, garantir a infraestrutura para o funcionamento da rede básica necessária ao desenvolvimento das ações da estratégia (BRASIL, 2001; COSTA, 2007; PAULINO; BEDIN e PAULINO, 2009).

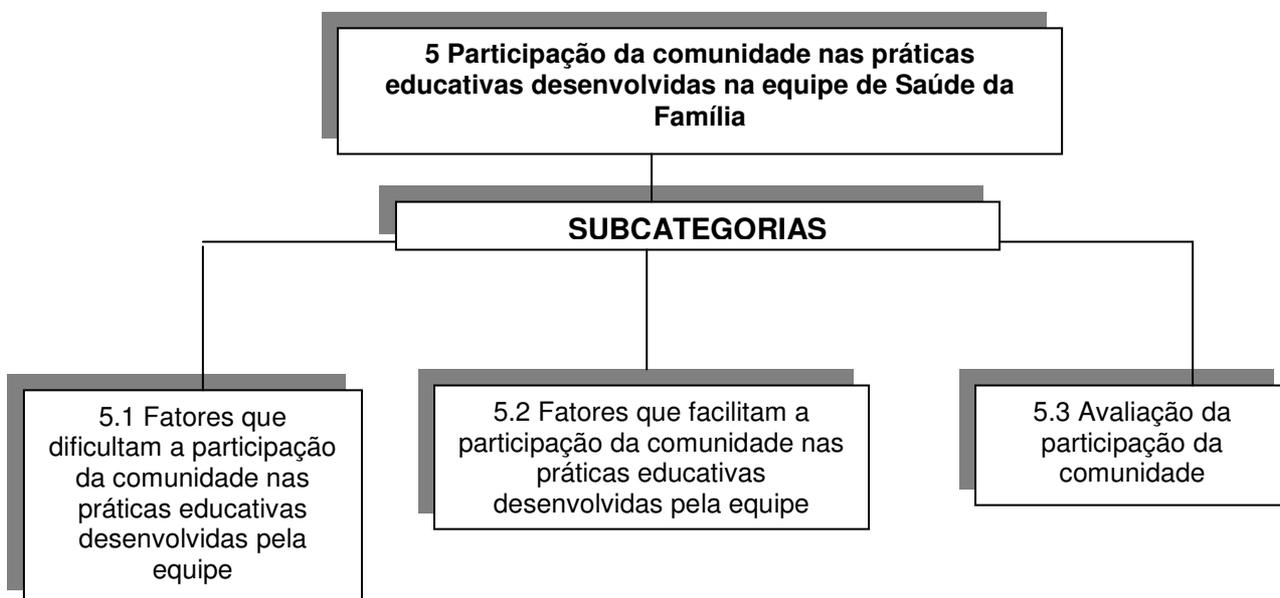
Assim, faz-se necessário maior investimento na estratégia, para que seus trabalhadores sejam capazes de realizar um número maior de ações educativas voltadas, não apenas para os problemas gerais da comunidade como também sejam capazes de priorizar as questões ambientais, a fim de que haja uma nova abordagem no desenvolvimento das práticas educativas na atenção básica. Os gestores em saúde precisam estimular a realização das ações educativas desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, tendo em vista que a educação em saúde é considerada um caminho que leva a mudança no modelo de assistência e a melhorias na qualidade de vida e saúde da população.

5 A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NAS PRÁTICAS EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Entende-se que a participação é um instrumento importante, devendo ser incentivada para atingir o desenvolvimento comunitário, integrando as pessoas como sujeitos sociais, ou seja, cada indivíduo se percebe como parte da sociedade e caminha buscando alternativas para uma melhor qualidade de vida e de saúde. Assim, este capítulo buscou apresentar a análise sobre a participação da comunidade, a partir da concepção dos trabalhadores, nas práticas educativas desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família estudada.

Para refletir acerca do objetivo proposto, este capítulo apresenta como categoria principal: a participação da comunidade nas atividades educativas desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, que foi composta por três subcategorias: fatores que dificultam a participação; fatores que facilitam a participação; e a avaliação dos trabalhadores acerca da participação, que emergiram, após a análise do segundo encontro (Apêndice III), proposto para coletas de dados.

Diagrama 2: Participação da comunidade nas atividades educativas desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família



A construção de um trabalho participativo com a comunidade prevê a parceria entre a equipe e a população na identificação de fatores que podem colocar em risco a saúde dos moradores, definindo as prioridades a serem atendidas, além de permitir acompanhar e avaliar o trabalho realizado (BRASIL, 2001).

Essa parceria poderia ser estimulada tanto na própria metodologia do processo de trabalho das equipes, com estratégias que vão, desde a abordagem no cuidado individual diferenciado, passando pelo desenvolvimento de reuniões e práticas educativas desenvolvidas com os grupos, chegando até ao incentivo para a criação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS), entendidos como espaços importantes de participação da comunidade, no planejamento e na fiscalização da assistência prestada, favorecendo o controle social (FERRETTI, 2009).

Neste estudo, buscou-se conhecer a participação dos usuários na construção de **práticas educativas** desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família estudada, por acreditar na importância do desenvolvimento de ações educativas que valorizem o saber popular e facilitem a participação de diferentes sujeitos da comunidade na produção da sua saúde.

A participação da população no desenvolvimento de práticas educativas na área da saúde, principalmente aquelas desenvolvidas no âmbito da estratégia Saúde da Família, demandam uma intervenção metodológica coerente com a realidade das comunidades, para que a produção de conhecimento originada dessas práticas fortaleça a população para intervir nos fatores que repercutem no processo saúde/doença.

O desenvolvimento de práticas educativas coerentes com a realidade da população, com ações contínuas que trabalhem a autonomia e a conscientização da comunidade, são fundamentais na construção de propostas participativas na saúde, principalmente como afirmam Albuquerque e Stoltz (2004), quando o sentido é consolidar um trabalho capaz de incluir a comunidade no processo de cuidar e promover sua própria saúde.

Os trabalhadores da equipe de Saúde da Família, no âmbito da Atenção Básica, têm um conjunto de atribuições, preconizadas pelo Ministério da Saúde, por

meio da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), dentre elas, a promoção da participação dos usuários na elaboração de um plano de ações, em conjunto com a equipe, para o enfrentamento dos problemas ou dos fatores que possam colocar em risco a saúde da população (BRASIL, 2001).

O trabalho desenvolvido pelas equipes atribui ações que se relacionam com aspectos coletivos e individuais, buscando resolver os problemas considerados mais frequentes e relevantes para a população local. Para tanto, cabe a equipe desenvolver um processo de trabalho voltado para o planejamento, organização e execução de práticas educativas para a saúde em seu território (KAWATA, MISHIMA, CHIRELLI e PEREIRA, 2009).

Nesse estudo, os trabalhadores relataram que a comunidade não tem participado de maneira efetiva na organização das práticas educativas desenvolvidas pela equipe. Referem que a participação da comunidade ocorre por meio de sugestões de atividades lúdicas como, por exemplo, quando escolhem locais para a realização de passeios, não se envolvendo com as demais etapas do planejamento. Esse mesmo achado foi encontrado no trabalho de Lacerda e Santiago (2007) que, reconhecem ainda certa acomodação por parte da população local, a qual fica esperando que a equipe direcione o trabalho, ou seja, organize as atividades que foram sugeridas.

Eles até dão ideias de lugares de passeios, dão ideias a gente pode ir aqui, ir ali, aquela coisa, agora realizar, organizar não. ACS. Girassol

A gente lança e eles aceitam. TÉC. ENF. Margarida

E eles aceitam (as atividades propostas) se a gente fizer. ENF. Orquídea

A equipe, então, acaba assumindo a organização das ações, acatando as propostas da comunidade e realizando as demais etapas do planejamento, por considerar a sua facilidade de acesso as instâncias superiores, o que garantiria a execução das atividades como demonstra a seguir o relato do trabalhador.

Nós é que fazemos! Também a gente tem mais facilidade, a gente consegue o ônibus, a Coordenação paga o ônibus. Ainda agora eles (coordenação) estavam perguntando isso, é a primeira quarta do mês?(o dia que irá ocorrer o passeio) Eu estava falando que era a primeira quarta do mês. Então a gente organiza estas coisas, mas é a equipe. ENF. Orquídea

A equipe, ao assumir a organização das ações, deixa de discutir com a comunidade diferentes formas que poderiam ser utilizadas para o planejamento do trabalho educativo, bem como deixam de descobrir sujeitos capazes de intervir, de ter identidade própria, para caminhar na construção da sua cidadania, por meio de um trabalho compartilhado.

Para os trabalhadores da estratégia Saúde da Família o planejamento é considerado uma ferramenta de trabalho das equipes, realizado em diferentes situações; deve ter propósitos bem claros, sendo as necessidades de saúde apresentadas pela comunidade o critério de maior importância para a organização do trabalho. Por este motivo o planejamento das práticas educativas não deve ficar a cargo de um único profissional da equipe e sim ser feito em conjunto com todos os trabalhadores e a comunidade para cada uma das ações desenvolvidas, individuais ou coletivas, pois o planejamento serve exatamente “para determinar aonde se quer chegar, e tomar as decisões pertinentes que acreditamos, nos levarão ao ponto desejado” (TANCREDI; BARRIOS e FERREIRA 1998, p. 3).

Para que o planejamento seja efetivo, segundo Kawata, Mishima, Chirelli, Pereira (2007), é necessário um conjunto de conhecimentos teóricos, práticos e organizacionais, que irão permitir ao trabalhador programar estratégias e ações necessárias, compartilhadas com a comunidade, tendo como base a realidade apresentada pela população local.

Para a construção desse trabalho compartilhado entre equipe e comunidade, faz-se necessário que a população seja capaz de visualizar seus principais problemas e, em parceria com os trabalhadores, identificar suas potencialidades e capacidades para planejar, em conjunto, formas de encarar esses problemas.

No entanto, a ausência da comunidade na construção compartilhada de práticas educativas, poderia estar relacionada a fatores como: o descontentamento, desinteresse e indiferença em relação ao serviço prestado; desconhecimento das

potencialidades assistenciais, de promoção da saúde desenvolvidas na estratégia ou dos benefícios que esta parceria poderia trazer para si, sua família e comunidade.

Nota-se com isso, a necessidade de se instituir, dentro da comunidade, espaços coletivos de discussão como, por exemplo, os Conselhos Locais de Saúde (CLS). Ferretti (2009) argumenta que os CLS são espaços para que população e equipe possam desenvolver suas concepções e ações conjuntas, almejando uma melhor condição de vida local.

Os conselhos podem ser entendidos, na concepção de Lacerda e Santiago (2007), como espaços propiciadores para discutir questões de interesse comum entre trabalhadores e população, proporcionando a comunidade potencializar sua criatividade “na proposição e elaboração da política local de saúde, já que são eles, os que realmente vivenciam no cotidiano das unidades de saúde a efetividade ou não das políticas” (p. 200-201). Entretanto, na equipe estudada, a institucionalização desse espaço ainda não está efetiva. Os trabalhadores relatam encontrar uma dificuldade em fortalecer o controle social, por meio da participação da população nos CLS o que, segundo os trabalhadores, é uma realidade encontrada em outros bairros do município, como destacado pelo profissional abaixo.

*Nós estamos há mais de ano nessa luta, desde o ano passado fazendo reuniões. Daí uma levanta o dedo e diz que vem, a outra também, a gente diz: - Tá vamos lá! Incentiva, reunião do Conselho Gestor, dia tal. Aparece fulaninha, beltratinha, os outros todinhos não vem.(...). Essa reunião ia ser para fazer a chapa vocês lembram? Na quarta-feira, a gente fez uma reunião com a comunidade, estava tudo certinho para a segunda-feira ter a reunião da bendita chapa. Não veio ninguém! Mas tem que deixar isso aqui bem claro, não é a comunidade (...), é geral. Isso acontece em geral, em todos os lugares. Vocês viram o conselho gestor na (...), não tem. Nós tivemos o último encontrão e elas mostrando o Conselho Gestor, que tem uma pessoa e elas já fizeram três eleições e ninguém aparece para ajudar. Então, não é só nós que temos esse problema. (...) Uma hora vai. Daí nós estamos mais de ano, uma hora vinha uma, quando vinha a outra não vinha a uma e assim ia. Mas isso é em todos os lugares, não é aqui, não é exclusividade nosso. **ENF. Orquídea***

Pode-se inferir que, um dos obstáculos encontrados para promover a participação da comunidade no CLS seria a desmotivação frente ao processo de implantação, que pode estar relacionada a tentativas anteriores frustradas ou a

existência de uma cultura política pouco participativa nessas comunidades. Caberia então, aos profissionais das unidades básicas de Saúde da Família (UBSF), como afirmam Nogueira et al. (2008), sensibilizar os usuários para a formação do CLS, pois trata-se de um espaço potencial de mobilização e organização da sociedade, para a formulação de propostas que orientam a construção das políticas públicas.

A implantação de um CLS em uma comunidade propicia a discussão dos problemas sociais e ambientais enfrentados em um determinado bairro. Favorece, assim, a programação das atividades desenvolvidas pela equipe de saúde e a interação entre os usuários e os trabalhadores. Entretanto, um CLS não pode ser considerado o único espaço para o exercício local de controle social, não devendo ser depositado, somente nele, a responsabilidade pela resolução dos problemas enfrentados na comunidade. Assim, outras formas de participação devem ser incentivadas pelas equipes de Saúde da Família, possibilitando a proximidade dos usuários à dinâmica do trabalho desenvolvido nas unidades de saúde.

Outro fator que poderia estar influenciando negativamente a participação da comunidade nas práticas educativas desenvolvidas nas equipes de Saúde da Família, seria resultado da forma como os trabalhadores têm organizado seu trabalho, cumprindo com as exigências da gestão local, ou seja, a finalidade do trabalho desenvolvido é a resolução das necessidades apresentadas pela comunidade. Essa organização estaria refletindo na própria comunidade que, segundo os trabalhadores desse estudo, procuram atendimento nas unidades, buscando solucionar um problema imediato.

É essa vontade assistencialista. As pessoas não têm interesse de participar. (...) Eu vivo dizendo para as gurias, não é função delas levar as consultas, não é função delas. As pessoas têm que ter a responsabilidade, mas as pessoas não têm esse carinho nem com elas. Então, eu acho que é o assistencialismo. É carregar no colo, que dizem que a gente vai nas casas e faz tudo. Tinha um senhor que a gente ia visitar que se facilitava ela (a agente comunitária) cozinhava para ele (risos). Ele morava sozinho e dizia que não podia, então, chegava lá e era pilhas e pilhas de coisas. Aí ela dizia assim: - Ah! (...) demorei porque eu estava lavando a louça para ele, coitadinho. Lavava a louça, cozinhava galinha, porque era três da tarde e ele não tinha comido. Ela botava as coisas lá para ele comer. Então é assim, a gente às vezes faz por carinho, consideração. Também tem a outra senhora do curativo, a gente chegava lá e ela: - Ah! Aproveita e penteia o meu cabelo, corta a

minha unha, dá um banho, era assim... e, aliás, é assim. ENF. Orquídea

Ontem a dona (...) veio aqui e me pediu para cortar as unhas dela. Aí eu enrolei, enrolei, e aí tá vem aqui que vou aproveitar não tem ninguém. Aí eu cortei a da mão, porque a do pé não deu, a minha tesoura não cortou (...). – Ah! Essa aqui eu vou ter que botar de molho, né? Pois é dona (...) vai ter que colocar. (risos) Então como realmente eu não estava fazendo nada, esta bem, senta aí então que eu corto. Mas é assim. TÉC. ENF. Margarida

(risos) Aí vem as gurias do estágio, da turma de uma de vocês, aí elas disseram: - Coitadinha, (era calor) podemos dar banho? – Podem dar banho. As gurias pegaram, carregaram em cadeira para botar na rua, dar banho de mangueira, porque não tem banheiro na casa, a casa na época era caindo agora tem uma casa inteira. E outra coisa era obrigação nossa arrumar a casa. Me consegue a casa que eu tenho quem faça. Veio, sei que conseguiram a casa, recomendaram que tinha que fazer logo porque senão ia empenar e não vai dar. – É só uma peça. – Não tem problema. Tá veio. Cadê os pregos? O telhado? Tu não mandou telhado? Mandei! Ta bem vou mandar de novo. Veio o telhado. Cadê os pregos? (risos) Não tem. Vai a gente arranja os pregos. Tem quem faça? - Não! Tu não vai me arrancar quem faça? Aí uma senhora daqui, que é da Igreja, se prontificou com um grupo da igreja a fazer um mutirão. Foram lá num domingo, derrubaram a casa, carregaram a mulher lá não sei para onde, derrubaram, construíram e: - Que coisa mal feita! Olha onde me botaram. Aqui numa casinha, com esse calor, uma janela, não sei o que. Reclamando (risos). Hoje a gente consegue pisar dentro da casa, antes o telhado era assim, dava um vento e agente dizia: - Vai cair o telhado da casa da mulher. O pessoal se junta e ainda se ouve essas coisas. E é de todo mundo aqui do posto, que é a culpa. ENF. Orquídea

Os relatos acima demonstram que as equipes de Saúde da Família têm encontrado cada vez mais dificuldades em lidar com os problemas apresentados pela população, pois estes vão além de problemas ligados à doença, à uma determinada patologia. São necessidades relacionadas às mudanças no modo de vida das pessoas, fazendo surgir um novo perfil de demanda para as unidades de saúde como, por exemplo, indivíduos com precárias condições de moradia, desempregados ou mulheres que assumiram o papel de chefe de família e promoveram uma reorganização na estrutura familiar (MASSUDA, 2008; VILLA; ARANHA, 2009).

Verifica-se, então, como afirma Massuda (2008, p. 181), que o modo tradicional, como se tem produzido as ações de saúde, dentre elas aquelas que

estão sendo construídas na estratégia Saúde da Família, têm apresentado “limitações para compreender a multiplicidade de fatores envolvidos na produção do processo saúde/doença e, conseqüentemente, na formulação de propostas terapêuticas eficazes e eficientes”.

Sendo assim, o papel dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família não deve ficar restrito à identificação e à ação sobre as necessidades apresentadas pelas famílias, que procuram por assistência. É preciso que a equipe desenvolva um trabalho compartilhado com outros setores do município, com ações intersetoriais, para que, juntos, possam ajudar a população no enfrentamento e na resolução dos problemas, a partir de sua realidade concreta, incentivando e estimulando o autocuidado, por meio do planejamento conjunto de práticas educativas que envolvam esses setores e a comunidade na promoção da saúde.

Assim, mostra-se indispensável a construção de ações e intervenções na estratégia Saúde da Família em parceria com outros setores do município, para elaborar e implementar políticas públicas eficazes que atendam, de fato, as necessidades da população. No estudo desenvolvido por Costa (2007, p. 16), as políticas de saúde são compreendidas pelos trabalhadores da estratégia, como um instrumento de trabalho utilizado para concretizar os princípios e diretrizes do SUS, assim como “um meio para a reorganização do sistema de saúde do país”.

Para que as práticas educativas desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família se efetivem, é necessário um conjunto de conhecimentos a serem utilizados pelos trabalhadores, de acordo com as situações apresentadas no cotidiano do serviço. Esses conhecimentos permitirão a articulação entre a equipe e a comunidade, para buscar, em conjunto, o desenvolvimento de práticas educativas, individuais e coletivas, para enfrentar os problemas considerados mais frequentes e relevantes para a população local (BRASIL, 2007).

Uma das características do processo de trabalho das equipes da Saúde da Família é promover e estimular a participação da comunidade, auxiliando-a a resolver os problemas que afetam a sua saúde. O diálogo e a troca de saberes entre a equipe e o usuário ajudaria a comunidade a compreender a raiz de seus problemas, proporcionando a busca de soluções compartilhadas para melhorar a

qualidade de vida dos seus indivíduos e das famílias. Além disso, o trabalho desenvolvido poderia ter um efeito multiplicador, se cada usuário que participasse das atividades educativas promovidas repassasse as informações recebidas aos demais membros da comunidade.

No entanto, na realidade apresentada pela equipe estudada, a participação da comunidade, nas atividades educativas desenvolvidas pelos trabalhadores, ocorre no momento em que a população recebe algo em “troca”, ou seja, são beneficiados por aderirem às ações propostas pela própria equipe com almoços, passeios ou ainda quando recebem algum tipo de incentivo do Governo, como condição para o acompanhamento da saúde da sua família, por exemplo, o “Bolsa Família”³⁵.

A gente faz grupos de hipertensos, diabéticos e idosos aí quando chega no final do ano a gente faz um passeio e convida quem participa do grupo, nada mais justo convidar aqueles que participam.
ACS. Girassol

Ah é! Tu queres ver eles vim é tu dar alguma coisa. Tu da alguma coisa como um almoço eles vem. **TÉC. ENF. Margarida**

Tu vai programar alguma coisa, um passeio aí eles vêm. Sair para algum lugar assim, almoço, aí eles vêm. Deu de entender que tem que ter uma troca? Se não tem uma troca tu pode deixar eles em casa, porque eles não vêm. Que nem esse negócio da pesagem da Bolsa Família é só a mídia colocar na TV que tem pesagem da Bolsa Família, aí, eles te procuram. Eles nunca dão bola para a pesagem, aí tem pesagem para o Bolsa Família, eles vão perder o benefício? Aí eles te procuram: - Qual o dia da pesagem? Qual o horário? Aí eles se orientam, mas se não: - Para que pesar o meu filho? **ACS. Cravo**

Observa-se ainda, por meio dos relatos, que os próprios trabalhadores da equipe utilizam-se da negociação com a população, não só como uma forma de promover a participação da comunidade nas atividades, mas também como uma maneira encontrada pela equipe para a organização do seu trabalho diário.

³⁵ O Bolsa Família é um programa criado pelo Governo Federal que beneficia as famílias em situação de pobreza ou de extrema pobreza. Seu objetivo é assegurar a população necessitada uma alimentação adequada, promovendo a segurança alimentar e nutricional contribuindo para a conquista da cidadania pela população mais vulnerável a fome. Possui três eixos principais: a transferência de renda (alívio imediato da pobreza); as condicionalidades (reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social); os programas complementares (objetivam o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários consigam superar a situação de vulnerabilidade). Fonte: Site do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome.

Conforme os relatos dos trabalhadores, os participantes de alguns grupos educativos são beneficiados com uma consulta médica previamente marcada, o que garantiria a adesão dos usuários às atividades e facilitaria a organização do atendimento da demanda na unidade, desafogando o serviço.

*E até o grupo tem bastante participação, porque existe o agendamento para quem participa do grupo, a gente tenta desafogar um pouco lá. Então, participa do grupo a gente agenda a consulta. Então, existe também muita participação do grupo em troca da consulta. **ACS. Lírio Branco***

*Se não eles não vêm. E assim, a gente tira eles também das agendas, porque se não é todo o dia. **ENF. Orquídea***

Esse resultado foi descrito também no estudo realizado por Rocha et al. (2010), que referem a valorização por parte das enfermeiras da estratégia Saúde da Família, na negociação com a população, a fim de obter sua participação nas atividades desenvolvidas, o que propiciaria o alcance mais efetivo das metas da estratégia.

No entanto, esse tipo de acordo poderia formar um “círculo vicioso”, do qual participam os trabalhadores e a população. Tendo em vista a boa aceitação da comunidade, gerada pelo sistema de troca, cria-se a necessidade de condicionar sua participação se os indivíduos considerarem que está sendo ofertado algo interessante, como por exemplo, passeios, almoços ou consulta médica. Por sua vez, aos trabalhadores parece mais fácil oferecer algo em troca, consolidando, assim, uma prática assistencialista, que não estimula o exercício da cidadania e nem a participação crítica e reflexiva da comunidade, não contribuindo para a avaliação e sugestões de melhorias com relação às atividades realizadas pela equipe.

Esse círculo pode ainda ser quebrado pela equipe no momento em que a população não participa mais das atividades propostas, sendo punidas pelos trabalhadores por sua não participação conforme os relatos abaixo.

*Aí tem aqueles que nunca colocaram os pés aqui no posto, a não ser para reclamar e querem ir passear: - Ah! Tu não me convidou para o passeio. – Mas eu te convidei para o grupo, não convidei? – Ah! Convidaste. – Então? Não foste no grupo não vai no passeio. **ACS. Girassol***

Têm aqueles que não vem no grupo: - Ah! Eu quero uma consulta. - Então vai e faz parte do grupo **ACS. Lírio Branco**

Embora, aparentemente, o sistema de troca esteja funcionando, ele não tem promovido uma participação efetiva da população de acordo com os trabalhadores desse estudo, no trabalho desenvolvido, pois ainda é possível identificar a falta de interesse, dos mesmos, com relação ao serviço oferecido. Novamente é referida, pelos trabalhadores, a falta de entendimento da população sobre os benefícios que esta integração proporcionaria à comunidade.

Eu tenho que oferecer e eles vêm porque vai ter troca. As pessoas não têm interesse de participar. Elas só querem troca e mais nada. **ENF. Orquídea**

Infelizmente, é isso aí. Se não tiver a troca eu acho que não tem ninguém. **ACS. Cravo**

Por enquanto, é assim. Pode ser que um dia mude. Não sei por que, eu acho que a comunidade ainda não se conscientizou. Vou lá no posto, reunião para quê? Vou ajudar para quê? **TÉC. ENF. Margarida**

Essa falta de interesse e conscientização dos benefícios do trabalho desenvolvido na estratégia poderia estar relacionada a alguns fatores que inibiriam ou dificultariam a participação dos usuários nas ações desenvolvidas pela equipe. Autores como Lacerda e Santiago (2007) e Bonow (2010) identificaram em seus estudos, fatores como a falta de infraestrutura e locais adequados para promover reuniões com a comunidade, os horários e a periodicidade dessas reuniões, a falta de capacitação permanente da equipe e o baixo nível de desenvolvimento socioeconômico da comunidade, como sendo algumas limitações para o desenvolvimento do trabalho das equipes de saúde da família. Essas limitações refletiriam na participação da comunidade nas atividades propostas pelas equipes. Sendo assim, buscou-se identificar quais os fatores que dificultariam e aqueles que facilitariam a participação da comunidade nas práticas educativas desenvolvidas pelos trabalhadores, nesse estudo.

5.1 Fatores que dificultam a participação da comunidade nas práticas educativas desenvolvidas pela equipe

A Saúde da Família vem obtendo grandes avanços no que diz respeito às práticas educativas, que são desenvolvidas para melhorar a saúde da população, principalmente, quando se fala na melhoria do acesso das comunidades aos serviços de saúde que são oferecidos. No entanto, quando o assunto é a participação da comunidade nas questões que a acometem, em nível individual e coletivo, revela-se ainda a necessidade de um aprofundamento nas discussões sobre esse tema, tanto com os trabalhadores, quanto com a população, pois observa-se, na realidade da equipe estudada, uma participação não efetiva da comunidade. Desse modo, buscou-se identificar os fatores que dificultariam a participação da população nas atividades educativas desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família estudada.

A **falta de conhecimento** da população sobre a organização do trabalho das equipes de Saúde Família, segundo o relato dos trabalhadores, é um dos fatores que dificulta a participação da comunidade nas práticas educativas desenvolvidas. Por meio da leitura dos depoimentos, foi possível observar, a dificuldade encontrada pela população com relação ao entendimento sobre o funcionamento da estratégia, como por exemplo, as atividades desenvolvidas na unidade, o horário de atendimento, além das atribuições de cada um dos profissionais da equipe, em especial, o trabalho desenvolvido pelo ACS, demonstrando a dificuldade da população em perceber a importância de ter a sua saúde acompanhada mensalmente.

*A dificuldade que eu sinto é que a comunidade ainda não entende o programa. Eles não aceitam ainda certos tipos de atividades, como funciona o programa saúde da família. Então, essa aceitação deles é que eu acho a maior dificuldade. **TÉC. ENF. Margarida***

*Tu vê que lá na frente tem um cartaz, que a gente colocou o que acontece de manhã, o que acontece de tarde, não adianta! A gente fala nas reuniões, não adianta!**ENF. Orquídea***

*Até hoje, eles não sabem que o posto fecha as quartas à tarde para reunião. **TÉC. ENF. Dama da Noite***

Hoje mesmo, eu cheguei numa senhora que me trata muito bem e tal, mas ela chegou e disse que não entende o porquê de eu ir na casa dela todo os meses. E eu sempre explico as mesmas coisas.
ACS. Girassol

Eu ouvi isso também hoje, todos os meses vêm fazer as mesmas perguntas, as mesmas coisas. **ACS. Lírio Branco**

Uma alternativa para resolver esta questão poderia ser a apresentada por Costa (2009), que se refere à necessidade de discutir previamente com a comunidade as vantagens e as limitações da estratégia, orientando-a com relação à organização do serviço, aqui incluído, por exemplo, explicações sobre o atendimento aos usuários ou a dinâmica das visitas domiciliares e dos grupos educativos. Para esse autor, a implantação da estratégia nas comunidades, sem uma discussão prévia com a população adstrita sobre os benefícios para as famílias, que a reorganização da atenção básica poderia trazer, dificulta o atendimento prestado pela equipe e o entendimento da população sobre a finalidade das atividades desenvolvidas.

Pode-se inferir, também, que a falta de entendimento da comunidade sobre o funcionamento da estratégia poderia estar relacionada a dificuldade de compreender a importância da sua participação no trabalho desenvolvido pela equipe.

Outro fator que poderia dificultar a participação da população é a **cultura assistencialista**, presente na comunidade. Ainda é possível encontrar, de acordo com os trabalhadores, indivíduos que procuram a unidade de saúde para um atendimento imediato, que resolva o problema apresentado naquele determinado momento, não entendendo as atividades educativas propostas pela estratégia.

E aí, depois chega aqui e demora um tempão para ser atendido, não sei o que. Para verificar a pressão é uma luta, não sei o que, falou um monte de coisa. **ACS. Girassol**

Para ver a pressão vem de tarde, vem nos grupos, porque se vierem nos grupos, vocês já não precisam ir nas casas... Ela tem um acompanhamento aqui. E aí, que nós vamos vencer as barreiras dela. Na última reunião, o pessoal que estava para a associação perguntou por que não tem pediatra? Não tem gineco? Porque não é posto 24 horas? Então, essa é a ansiedade deles, assistencialismo 24 horas por dia. Eles não querem pensar em eles se cuidarem, em eles terem acesso à prevenção e promoção, que é

o que a gente está querendo fazer aqui, um tempão. E aí tu fala, tu fala e não entendem. ENF. Orquídea

O atendimento individual imediatista exigido pela população, que procura por assistência nas unidades, é reflexo também da cultura imediatista dos trabalhadores da saúde, por exemplo, que se decepcionam quando os usuários não comparecem prontamente ao chamado da equipe ou não atendem às normas estabelecidas e impostas a eles sobre o funcionamento dos serviços e os cuidados que devem ter com a sua saúde. É necessário, como afirmam as autoras Wendhausen e Saupe (2003, p. 24), que os trabalhadores compreendam “as peculiaridades do trabalho educativo e como e, em que tempo se dá seu impacto junto ao(s) usuário(s)”, para que assim possam desenvolver um trabalho educativo, que seja efetivo e que dê conta das necessidades apresentadas pela comunidade.

Além desses fatores, os trabalhadores destacaram a **descontinuidade das ações** desenvolvidas, como responsáveis, também, pela não participação da comunidade nas práticas educativas desenvolvidas. Referem que, em algumas situações relacionadas, por exemplo, às férias dos trabalhadores ou mesmo durante a realização de alguma campanha, como, neste ano, a promovida pelo Ministério da Saúde, em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde do município, para a prevenção da Influenza A (H1N1), as ações, que estavam sendo desenvolvidas são interrompidas, interferindo na participação e na adesão às propostas apresentadas.

Nós tivemos vezes que os nossos grupos eram bem cheios. A gente, esse ano, perdeu nas férias e até juntar, vou te contar. Quando estava começando a juntar de novo, paramos em agosto (período da campanha do H1N1) e aí a coisa não anda. ENF. Orquídea

Para os trabalhadores essa quebra no desenvolvimento das atividades dificultaria a participação, a criação de uma identidade que estava sendo formada pelo grupo dificultando a formação do vínculo. Esse fator poderia ser considerado um dos motivos que levaria a comunidade a não participar do processo de organização de todas as ações desenvolvidas e sim, somente, daquelas atividades as quais a comunidade tem interesse de participar.

Para tentar mudar essa realidade vivenciada pelo trabalhador e população local, buscando romper com os obstáculos encontrados, que dificultam a

participação ativa da comunidade, é necessário que não ocorra essa descontinuidade das ações educativas desenvolvidas, além disso, é necessário que a comunidade seja instigada a participar das atividades propostas. É preciso que, os trabalhadores ressaltem que todos são capazes de participar das discussões promovidas pela equipe, sejam elas de organização das ações ou de execução, exprimindo suas necessidades, desejos e convicções, buscando desenvolver habilidades e capacidades para exercer maior controle sobre suas vidas (Wendhausen e Saupe, 2003).

Os fatores identificados pelos trabalhadores que dificultam a participação da comunidade nas práticas educativas desenvolvidas tornaram-se obstáculos que demandam um olhar mais atento dos trabalhadores. Acredita-se que, a utilização de estratégias metodológicas, coerentes com a realidade da população local, desenvolvidas com base nos conhecimentos da própria comunidade, na tentativa de superar o modelo clínico tradicional, centrado nas evidências fisiopatológicas e no domínio técnico do profissional, faça surgir novas práticas educativas capazes de romper com a transmissão vertical de conhecimento, disciplinadoras da vida das populações locais, capazes de qualificar os indivíduos para interagirem em sociedade, buscando controlar suas próprias vidas.

5.2 Fatores que facilitam a participação da comunidade nas práticas educativas desenvolvidas pela equipe

Durante a análise dos grupos focais, foi possível identificar, nos relatos dos trabalhadores, fatores responsáveis por facilitar a participação da comunidade nas atividades desenvolvidas pela equipe, permitindo a aproximação do trabalhador à realidade apresentada pela população local. O **trabalho realizado pelo agente comunitário de saúde** (ACS) junto às famílias foi um desses fatores, como demonstram as falas abaixo.

*Um das facilidades que as gurias falaram é essa barreira que nós agentes quebramos. A gente vai lá e deixa tipo assim... a bolinha no gol, só a enfermeira chegar e chutar. Tu já faz a primeira... como posso explicar? A primeira apresentação nossa, da nossa equipe toda, depois quando chegar para nós aqui é mais fácil (...). **ACS. Cravo***

Vocês (ACS) nos quebram muitas barreiras, vocês abrem as brechas para a gente. Se eles não conseguirem trazer, nós não vamos ter atendimento. ENF. Orquídea

É consenso entre a equipe o reconhecimento do trabalho desenvolvido pelo ACS, como uma forma possível de quebrar barreiras entre os trabalhadores e a comunidade, o que facilitaria o desenvolvimento das ações planejadas e o atendimento prestado, aproximando a comunidade da UBS, pois é esse trabalhador quem realiza o primeiro contato da equipe com população, por meio de visitas domiciliares, para estabelecer relações e determinar a confiança que essa última terá com relação ao trabalho desenvolvido. Para tanto, como afirma Cardoso (2009), o ACS precisa conhecer os aspectos socioculturais da comunidade, manter uma boa relação com as famílias, promover a troca de informações entre a equipe e a população, dar retorno às solicitações feitas pela população e ter disposição para escutar as necessidades manifestadas pela comunidade.

Autores como Silva e Dalmaso (2002) e Gomes et al. (2009) consideram o ACS como um elemento importante para a implantação de políticas voltadas para a reorientação dos modelos assistenciais, não devendo ser visto como um mero suporte para a execução de determinadas ações em saúde, pois de acordo com o Guia Prático do Programa de Saúde da Família, elaborado pelo Ministério da Saúde (MS), os ACSs por serem moradores da localidade onde trabalham estão totalmente identificados “com a sua comunidade, com seus valores, seus costumes e sua linguagem. Sua capacidade de liderança se converte em ações que melhoram as condições de vida e de saúde da comunidade” o que facilitaria a aproximação dos usuários a UBS (BRASIL, 2001, p. 33).

Ao realizar a visita domiciliar, Costa (2009, p. 24) refere que o ACS observa “as atividades diárias das famílias, sua alimentação, seus hábitos de higiene, as condições de moradia, saneamento e do meio ambiente³⁶, e os possíveis fatores de risco à saúde presentes no local” permitindo assim detectar as necessidades

³⁶ No estudo desenvolvido por Costa (2009) o meio ambiente é considerado como sendo a natureza, no entanto a compreensão de meio ambiente, que permeia este estudo é a apresentada por Reigota (2004), como um “lugar determinado ou percebido onde os elementos naturais e sociais estão em relações dinâmicas e em interação. Essas relações implicam processos de criação cultural e tecnológica e processos históricos e sociais de transformação do meio natural e construído” (p. 14)

específicas de cada família. A partir da identificação das áreas, das pessoas ou das famílias, que necessitam de uma atenção especial, é possível a organização do trabalho da equipe, ou seja, a programação e o desenvolvimento de atividades específicas, de acordo com cada realidade visualizada, permitindo, assim, o acompanhamento permanente da comunidade pela equipe de saúde.

Sendo assim, os ACS são identificados pelos trabalhadores como os responsáveis pela articulação do trabalho desenvolvido pela equipe com a comunidade, o que facilitaria tanto a organização e o desenvolvimento do trabalho da equipe, quanto à participação da comunidade nas práticas educativas desenvolvidas. É importante destacar que, a visita domiciliária só irá se configurar como um instrumento de intervenção, no processo saúde/doença, não só do ACS, mas de toda a equipe, quando for planejada e sistematizada. De outra forma será considerada uma atividade social (EGRY; FONSECA, 2000; OLIVEIRA; MARCON, 2007).

Outra facilidade relatada pelos trabalhadores para promover a participação da população, é o **vínculo** formado entre o trabalhador e a comunidade, durante o desenvolvimento das atividades, dentre elas, pode-se citar os grupos educativos.

(...) a gente chama e consegue chamar e trazer mais, porque normalmente tem um vínculo maior conosco. Então, é aqueles que gostam de vir para os grupos (...) Aqueles que vêm todos os meses nos grupos, aqueles que vêm para o artesanato, os diabéticos, os hipertensos, esses já têm um vínculo maior (...). ENF. Orquídea

Os grupos educativos são um exemplo de atividade desenvolvida pela equipe, que se constitui em uma importante ferramenta para a formação do vínculo com a população, pois, conforme Lacerda e Santiago (2007), são formados levando em consideração as características de seus participantes, sejam elas, pela patologia apresentada, pela faixa etária ou mesmo por um trabalho que a equipe pretenda desenvolver, a partir da demanda apresentada pela comunidade.

Com isso, os grupos educativos, no entendimento de Rocha et al (2010, p. 211) tornaram-se estratégias para promover a saúde, pois

neles os trabalhadores da saúde buscam, no relacionamento interpessoal, de clientes com dificuldades semelhantes, fazer com

que estes retomem seu espaço social, cuidem se seu corpo, de sua mente e motivem-se a aderir ao tratamento.

A partir desse entendimento, os grupos educativos poderiam promover, não só o envolvimento da população junto à equipe na solução dos problemas, como auxiliar na resolução de questões específicas do campo da saúde, uma vez que, o vínculo é consolidado. São, portanto, considerados uma estratégia educativa “que tende a facilitar a participação, comunicação de experiências e dúvidas, além de favorecer a tomada de decisão para o autocuidado dos sujeitos” (DELL’ACQUA et al., 1997, p. 43).

O vínculo, que se estabelece entre a população e a equipe, é visto pelos trabalhadores como um facilitador da interação, responsável pela adesão da comunidade às ações propostas. No entanto, sua criação é um desafio, pois para se constituir, é necessária uma relação de cumplicidade entre a equipe e a população. Tal vínculo também é considerado um elemento importante para as ações desenvolvidas pelos profissionais no âmbito da estratégia de Saúde da Família. Sua criação implica em relações próximas e claras, entre a população e a equipe, facilitando a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e de suas famílias na comunidade (MONTEIRO; FIGUEIREDO e MACHADO, 2009).

Nesse sentido, foi questionado aos entrevistados como se constrói o vínculo com a comunidade. De acordo com os trabalhadores, o vínculo é criado desde o primeiro atendimento prestado ao indivíduo, seja nas atividades assistenciais ou de promoção da saúde, desenvolvidas diariamente pela equipe, em todas as fases da vida.

O vínculo se cria no momento que tu começa a atender a população (...). Quando a gente começa a atender a população nas várias etapas da sua vida. Então a gente pega a grávida, atende o pré-natal, depois continua na puericultura, e aí vai se fazendo o vínculo. Então, é aí que tu vai criando o vínculo nesse atendimento, nessas ações que tu faz com a comunidade que são o grupo, todas essas outras atividades. Então, o vínculo se cria no acolhimento, no atendimento que se dá, nas visitas, no teu dia a dia. E tu o mantém nessa mesma rotina de dia a dia. Aconteceu qualquer coisa, vai fazer a visita, nasceu, vai fazer as visitas, (...), tu vai e tu vê. Sabe, é gostoso tu ter tido um filho e saber que as pessoas que te acompanharam toda a gravidez foram lá e viram a criança, que

foram lá ver. É uma coisa que te dá uma satisfação grande, então, se cria o vínculo. Então, é no teu dia a dia, no desenrolar do trabalho. ENF. Orquídea

Apreende-se da fala do trabalhador que o vínculo se forma em todos os momentos que a equipe tem contato com os usuários compreendendo desde o primeiro acesso na unidade de saúde, a consulta realizada para diagnosticar a situação apresentada pelas famílias, as consultas e as visitas domiciliares de acompanhamento, os grupos educativos, ou qualquer outra ocasião utilizada pelos trabalhadores para a prestação da assistência.

Em qualquer atividade desenvolvida pela equipe é necessário o respeito pelo outro e o compromisso profissional para com a comunidade por meio da continuidade das ações desenvolvidas; dessa forma, a população sentindo-se acolhida, respeitada, aproxima-se do serviço, aumentando a possibilidade de participar mais das ações propostas pela equipe.

É importante destacar que, a formação do vínculo não é responsabilidade de apenas um trabalhador, devendo se estender a todos os membros da equipe de saúde, pois somente dessa forma é possível atender as demandas e as necessidades apresentadas pela comunidade. A responsabilização por uma prática educativa, resolutiva, que defenda a vida das pessoas, só é possível quando a equipe trabalha em conjunto, para atender integralmente o indivíduo, reconhecendo-o enquanto sujeito portador de direitos e de opções de vida (SCHIMITH e LIMA, 2004).

No momento em que o vínculo é consolidado percebe-se na fala do trabalhador, não apenas a sua satisfação em acompanhar as famílias, por meio de um atendimento de qualidade, mas do próprio sujeito que é atendido e que se sente importante, com seus direitos garantidos e respeitados, aumentando, assim, a confiança que ele tem no trabalhador e na equipe.

5.3 Avaliação da participação da comunidade

Apesar de todos os resultados apresentados até aqui indicarem a necessidade de aprofundar as discussões sobre a importância da participação da

população nas atividades desenvolvidas, tanto para a equipe quanto para a comunidade, por constatar uma participação não efetiva nas ações realizadas pela equipe, os trabalhadores avaliaram, de forma positiva, o envolvimento da população nas ações propostas.

Embora o número de participantes seja ainda pequeno em determinadas atividades como, por exemplo, em alguns grupos educativos desenvolvidos e, que alguns participantes tenham a intenção de se envolver nas atividades, para receber algo em troca, os profissionais referem estar satisfeitos com essa participação.

*É assim, os que vêm e a gente tem aqui a participação é excelente. Nós temos o grupo de artesanato e elas vêm, são duas, três, são poucas, mas elas vêm. Nós temos os dos diabéticos, que sempre vêm, porque tem a palavrinha com a doutora, tem a coisinha aqui, que vai fazer o testezinho. Tem os dos hipertensos, que a gente se junta, dá boas risadas e faz, às vezes, algumas técnicas. Eu acho que a participação deles é muito boa. **ENF. Orquídea***

Para os trabalhadores desse estudo, a participação, embora pequena, fortalece o vínculo, não só com a equipe, mas com os demais participantes do grupo, favorecendo a compreensão dos participantes sobre as formas de autocuidado. Rocha et al. (2010) refere que, a participação nos grupos proporciona melhora na qualidade de vida em consequência do estímulo à socialização, reciprocidade e confiança.

*Até psicologicamente, às vezes, eles chegam aqui abatidos, estão com depressão, alguma coisa. Então só com os nossos grupos, que a gente faz aqui, já sai com outra cara. Claro que têm pessoas que é difícil, a gente entende que não vai conseguir em um ou dois grupos diferenciar, mas depois começa a vir, constantemente, eles melhoram. Até, em nos receber na casa deles, fica mais fácil, porque eles não têm mais só o vínculo com o ACS ou com a enfermeira, já tem com o grupo **ACS. Cravo***

*O relacionamento e o humor. O “Vida Ativa” eu acho que mexeu com a cabeça de pessoas diferentes. Tem pessoas que vêm no grupo, aqui, que moram dentro do mesmo bairro e não se conheciam. E já começam ampliando o conhecimento deles. Eu acho muita a melhora deles, que participam dos grupos aqui. Nós temos pessoas que viviam aqui chorando e reclamando, só queriam a receita azul. **ENF. Orquídea***

*Tem gente que diz, em vez de eu ficar em casa ou: - Acordei e não estava muito boa, aí eu vou lá para o grupo que eu converso com as pessoas. **TÉC. ENF. Margarida***

Elas passam por mim e dizem: - Que coisa boa! ENF. Orquídea

Às vezes, nem é só a pessoa sozinha que fica assim. Às vezes, pode ter uma família de 5 ou 6 pessoas na casa e aquela pessoa fica no mundinho deles e aí acabou a vida pra eles.. ACS. Cravo

E as prioridades são outras. A gente fala daquelas pessoas que têm que adoecer, gente! Não é saudável tu viver entre quatro paredes, vivendo a mesma coisa. Então, chega uma hora que tu começa a te questionar, os filhos cresceram, saíram, o marido está trabalhando, e eu tô fazendo o quê? Vendo novela, arrumando casa e aí começam as depressões e aí vem pra cá, fazem os exercícios, claro que vai melhorar. Esse foi um dos grupos melhores, que tem aceitação excelente, um número grande e com certeza o resultado é 10. Elas entram sorrindo e saem sorrindo, é diferente ENF. Orquídea

Os depoimentos apresentados acima revelam que o trabalho desenvolvido com os grupos educativos na comunidade tem refletido no relacionamento, no humor, na melhora da autoestima dos participantes, bem como, no trabalho desenvolvido pela própria equipe.

Neste sentido, a Saúde da Família prevê no desenvolvimento de suas atividades uma nova forma de relacionamento com a comunidade, para chegar ao atendimento das metas, visando promover sua saúde. Para isso, seria necessário que se estabelecesse junto à ela, uma nova forma de comunicação, que permitisse aos profissionais e à população expressarem suas dúvidas, necessidades e anseios, para que, juntos, consigam repensar a organização do trabalho, vislumbrando avançar na implementação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, sendo a participação comunitária o ponto principal para consolidação do SUS (WENDHAUSEN e SAUPE, 2003).

Entende-se que, para assegurar a participação da comunidade nas práticas educativas desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família faz-se necessário que os trabalhadores compreendam a comunidade como coparticipante da promoção da sua saúde. Ao adotar essa concepção, os trabalhadores da estratégia estariam, não só garantindo a participação da população em todas as etapas de organização das práticas, como passariam a instrumentalizá-la na tomada de decisões sobre a sua saúde e a de seus familiares.

6 REFLEXÃO SOBRE A CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS EDUCATIVAS: A EDUCAÇÃO AMBIENTAL COMO INSTRUMENTO PARA A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

A I Conferência Intergovernamental sobre Educação Ambiental realizada em Tbilisi na Geórgia, em 1977, marcou a valorização do âmbito educacional nesse campo de estudo, isto é, a possibilidade de contribuir na elaboração de discursos e práticas que visavam melhorar a compreensão dos problemas que afetam o ambiente, intervindo de forma positiva na qualidade de vida da população. Assim, a educação ambiental deveria se constituir em uma educação permanente com o objetivo de preparar a população para compreender os principais problemas do mundo contemporâneo permitindo a aplicação de soluções eficazes para os problemas ambientais (DIAS, 2001).

Essa mesma Conferência apontou três finalidades da educação ambiental, dentre elas, a de proporcionar à população a aquisição de conhecimentos, valores e atitudes necessárias para proteger e melhorar o ambiente. Desse modo, a educação ambiental deveria estar orientada para a comunidade, buscando envolver o indivíduo nas questões ambientais estimulando sua iniciativa, o sentido de responsabilidade e o comprometimento na construção de um futuro melhor (DIAS, 2001).

A Conferência de Tbilisi constituiu-se em num marco histórico para a evolução da educação ambiental e, até os dias atuais, é utilizada como referência internacional de congressos, seminários e encontros realizados com o objetivo de discutir estratégias para o desenvolvimento dessa ciência. No Brasil, suas recomendações para a educação ambiental foram corroboradas na conferência realizada no Rio de Janeiro conhecida como Rio-92, que firmou durante o Fórum das ONGs, o “Tratado de Educação Ambiental para Sociedades Sustentáveis e Responsabilidade Global”. Esse tratado estabeleceu os princípios da educação ambiental e reconheceu o papel central da educação na formação de valores e na ação social. De acordo com Tozoni-Reis (2006, p.95) este documento firmou sua posição na “educação transformadora, convocando as populações a assumirem

suas responsabilidades, individual e coletivamente, e a cuidar do ambiente local, nacional e planetário”.

Reigota (2004, p. 10) afirma que a educação ambiental é uma proposta que altera a educação que conhecemos. Não se trata de uma prática pedagógica “voltada para a transmissão de conhecimentos sobre ecologia” e sim uma educação que visa “basicamente a participação dos cidadãos nas discussões e decisões sobre as questões ambientais”. A ação educativa proposta por esse autor visa a formação crítica da população e permite um encontro de saberes e um diálogo democrático sobre a realidade vivida.

Deste modo, considerando a educação ambiental como uma educação voltada para a cidadania, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população, a participação é vista por Jacobi (2005, p. 233)

como um eixo estruturante das práticas de educação ambiental e, considerando o quadro de agravamento do cotidiano da crise ambiental, esta [participação] representa um instrumento essencial para a transformação das relações entre sociedade e ambiente.

Neste estudo, foi possível visualizar no trabalho desenvolvido pela equipe de saúde da família a participação da população em alguns momentos do processo de construção das práticas educativas. Os trabalhadores reconheceram o pouco envolvimento da comunidade e a sua dependência no planejamento e na execução de práticas educativas, o que faz com que a equipe assuma a organização do trabalho, deixando de discutir a importância de ações compartilhadas com a comunidade. Jacobi (2005) argumenta que essa postura de dependência da população pode ser decorrente da desinformação, da ausência de consciência ambiental e da carência de práticas educativa que envolvam a participação da comunidade no tratamento das questões ambientais.

A carência de práticas educativas para tratar dos problemas ambientais foi encontrada nos argumentos apresentados pelos trabalhadores, quando referem não desenvolver atividades educativas para tratar dos problemas presentes na comunidade, identificados como: o acúmulo de resíduos sólidos, o grande número de valetas, as habitações com condições precárias e a falta de sinalização nas ruas. De acordo com os trabalhadores, o não desenvolvimento dessas práticas se

justificaria por considerarem que o seu envolvimento nessa construção está além das suas atribuições, sendo necessário o envolvimento da gestão local.

O não envolvimento da equipe na resolução de tais problemas permite inferir que os trabalhadores não priorizam o ambiente externo, fora do contexto domiciliar, como parte integrante da saúde e da qualidade de vida dos moradores, não necessitando, portanto, de uma intervenção direta da equipe, embora sejam capazes de apontar problemas nesse ambiente. Esse resultado também foi encontrado no estudo de Bromberger (2003), que observou, no trabalho desenvolvido pelas equipes de Saúde da Família, uma ideia reducionista da relação saúde e ambiente, por estar conectada as questões físicas e sanitárias, sendo o ambiente percebido como externo aos indivíduos.

Por esse motivo, a autora destacou a importância de discutir o papel do ambiente no trabalho da Saúde da Família como uma possibilidade de desenvolver a educação ambiental no foco dos trabalhadores e da comunidade envolvida, pois se constitui de ações instrumentais, de caráter educativo, individuais e/ou coletivas, desenvolvidas na Unidade ou fora dela, que possibilitaria o processo de aprendizagem dos envolvidos (BROMBERGER, 2003).

A partir desses resultados, observa-se que a problemática ambiental constitui um tema importante para o aprofundamento de reflexões e práticas em torno de ações, que poderiam ser desenvolvidas para dar conta das demandas da população e proporcionar a abertura de espaços para implementar alternativas diversificadas de participação conjunta entre equipe, comunidade e gestão local, garantindo, assim, o acesso à informação como forma de fortalecer a responsabilidade dos envolvidos na fiscalização e no controle da degradação do ambiente (JACOBI, 2005).

Na Saúde da Família, as práticas educativas desenvolvidas poderiam ser elaboradas com o objetivo de estimular a reflexão e propiciar a participação responsável da comunidade nas decisões sobre os problemas ambientais do seu bairro, de forma que a equipe possa ser incentivadora desse processo. Com isso, se faz necessário repensar as práticas exercidas pelos trabalhadores da estratégia para atender as necessidades da comunidade, pois estas têm se mostrado insuficientes

para dar conta das demandas impostas pela sociedade, visto que as transformações sociais que têm ocorrido, não só no país como no mundo, têm provocado mudanças importantes no modo de vida das populações.

Para desenvolver uma prática educativa de qualidade com a população, que dê conta de atender as necessidades apresentadas por seus moradores, é imperativo na área da saúde como afirmam Cezar-Vaz et al (2007a, p. 651),

a aproximação enquanto conceito e prática das categorias saúde e ambiente, valorizando assim o ambiente como um determinante/condicionante no processo saúde-doença, assim como na área ambiental, a visualização das alterações ambientais na saúde humana, contribuiria para ampliar a preocupação com o impacto na vida humana do enfoque ambiental, superando a valorização dos impactos ambientais somente sobre o meio físico.

Dessa forma, para os trabalhadores da Saúde da Família, trabalhar com as questões relacionadas à saúde e ao ambiente no seu cotidiano de trabalho, tem se mostrado um desafio, que precisa ser vencido a cada dia, em cada ação educativa que é planejada e desenvolvida. Essas ações devem buscar promover as habilidades e capacidades dos indivíduos em lidar com a sua vida, rompendo com as ações educativas tradicionais em que o foco estaria centrado na mudança de comportamento individual, como se a saúde fosse resultante das escolhas dos indivíduos, não importando os aspectos sociais, culturais e ambientais que se encontram envolvidos nessas escolhas (SOUZA et al., 2005).

É preciso que a equipe tenha o entendimento de que a maioria dos problemas ambientais encontrados na comunidade repercute na saúde e na qualidade de vida da população local como, por exemplo, os resíduos sólidos, um dos problemas mais frequentes e denunciados pela comunidade em decorrência de um inadequado serviço municipal de coleta e dos hábitos da própria população (OPAS/OMS, 2000).

A partir do entendimento da relação entre os problemas ambientais e as condições de saúde da população, o trabalho desenvolvido na comunidade permitiria aos trabalhadores conhecer o ambiente comunitário, visualizar a realidade e as necessidades das famílias sob sua responsabilidade e, assim, planejar um trabalho educativo que estimulasse a população a desenvolver estratégias em conjunto, para enfrentar os problemas vividos por todos diariamente no bairro.

A equipe e a comunidade precisam reconhecer, nesta etapa, uma oportunidade para avaliar a realidade local, identificar suas dificuldades e limites, bem como verificar as potencialidades, os conhecimentos e os desejos de seus moradores em relação ao problema que se apresenta. Portanto, as práticas educativas desenvolvidas em conjunto possibilitariam o diálogo e a troca de saberes na busca da origem dos problemas, possibilitando promover soluções para melhorar a qualidade de vida e a saúde local.

Entende-se que o ambiente local se constitui como um espaço propício para o desenvolvimento de práticas educativas, pois permite identificar os principais atores envolvidos, os recursos e conflitos existentes e potencializa a mobilização e o desenvolvimento das capacidades da comunidade, possibilitando desenvolver estratégias de ação mais condizentes com a realidade local. Os problemas ambientais detectados em nível local permitiriam, também, a criação de projetos de ação concretos viáveis política e tecnicamente, para a sua realização (OPAS/OMS, 2000).

Nessa direção, é fundamental o envolvimento da equipe na construção de práticas educativas/participativas que levem em conta não apenas o diagnóstico dos problemas ambientais, mas também o desenvolvimento de uma metodologia que articule o conteúdo, a subjetividade dos envolvidos e a realidade encontrada na comunidade, estimulando a iniciativa da realização de atividades, que valorizem o diálogo da comunidade e sua cultura ao longo da história.

Para desenvolver práticas educativas que dêem conta dos diferentes problemas encontrados na comunidade e da formação dos sujeitos envolvidos, utilizando a educação ambiental como um instrumento desse fazer, pensa-se na construção de **projetos de ação**³⁷ educativos, desenvolvidos entre a equipe de Saúde da Família e a comunidade. Possibilitar a participação da comunidade na problematização tanto do contexto local quanto do global, por meio da elaboração de projetos, segundo Rosa (2007) e Bozelli, et al (2010), permitiria a reflexão crítica e a

³⁷ De acordo com Rosa (2007, p. 275), **projeto** pode ser entendido como um “procedimento de planejamento e realização de ações a partir da explicitação dos objetivos e dos modos de atingi-los. Atualmente a ideia de projeto também pode incluir o acompanhamento destas ações e sua avaliação”.

discussão sobre a problemática escolhida. Além dessa construção, esses autores apresentam algumas contribuições do trabalho com projetos, dentre elas:

- torna o processo educativo mais significativo;
- contribui para o envolvimento, responsabilidade, autonomia e auto-estima dos participantes;
- estimula a inovação e a criatividade na ação educativa;
- possibilita a sistematização do saber e a geração de conhecimento.
- possibilita o desenvolver habilidades para o enfrentamento dos problemas como: planejamento, diagnóstico e análise da situação, trabalho em equipe, criatividade, organização e tomada de decisão.

Com isso, propõe-se que a equipe de Saúde da Família ao elaborar, em conjunto com a comunidade, um projeto de ação educativa voltado para o enfrentamento dos problemas ambientais encontrados na comunidade, organize o trabalho desenvolvido, direcionando suas ações à resolução dos problemas ambientais relacionados à saúde da comunidade.

Para tanto, se faz necessário definir o trabalho, ou seja, realizar um diagnóstico sobre os principais problemas ambientais encontrados na comunidade, que têm relação direta com a saúde permitindo a intervenção dos envolvidos. Nesse estudo, de acordo com a concepção dos trabalhadores, foi possível realizar um diagnóstico prévio sobre os problemas ambientais encontrados no bairro, são eles: os resíduos sólidos, as valetas, a falta de sinalização das ruas e as habitações em condições precárias. De posse dessas informações, os participantes poderiam realizar um levantamento de quais iniciativas estão ocorrendo na comunidade, ou no próprio município para o enfrentamento desses problemas, buscando futuros parceiros para o desenvolvimento do projeto educativo, bem como chamar a comunidade para o diálogo.

Após o diagnóstico, é necessária a discussão desses problemas no grupo de trabalho, elegendo aquele ou aqueles de interesse coletivo. Essa etapa é importante, pois fornece elementos significativos para o planejamento da ação, colocando os participantes em contato com o tema (ROSA, 2007), ou seja, permite

aproximar os conceitos de saúde e ambiente, demonstrando a necessidade de visualizá-los agregados no contexto local, o que vislumbra refinar o olhar dos participantes, contribuindo para aprendizagens mais consistentes.

O diagnóstico e a discussão dos problemas permitirão aos participantes estabelecer os objetivos, possibilitando decidir sobre os recursos e procedimentos para estimular as reflexões e as aprendizagens. Com base nesses objetivos, é necessário elaborar uma ação educativa para cada um dos problemas eleitos, ou seja, planejar a atividade. A etapa do planejamento permite a articulação de interesses, os esclarecimentos sobre o desenvolvimento da ação e o exercício de criatividade. Nesse momento, os participantes discutem sobre o problema ambiental que se pretende intervir (BOZELLI, et al, 2010).

A partir da escolha do problema, faz-se necessário efetivar a ação educativa. Nessa fase, é realizada a adequação entre o que foi planejado e a realidade concreta da comunidade, exigindo uma flexibilidade por parte dos envolvidos para mudanças no planejamento, caso seja necessário, ou seja, os problemas identificados pela equipe nesse estudo poderão não ser os mesmos identificados pela comunidade. Do ponto de vista pedagógico, a realização de ações educativas, segundo Rosa (2007), voltadas para a problemática ambiental, permite exercitar o trabalho em equipe, a habilidade de negociação dos participantes, as situações de conflito e a responsabilidade junto ao grupo.

Por fim, tem-se a avaliação das ações desenvolvidas. Nesta etapa, os participantes devem sistematizar e consolidar os saberes construídos durante todo o processo de elaboração e desenvolvimento do projeto. Este é o momento de refletir sobre o planejamento do projeto, sua execução, seus benefícios educacionais e socioambientais proporcionados à equipe e à comunidade, bem como de visualizar essa etapa como uma oportunidade educativa para organizar e articular novos saberes gerados pela experiência anterior.

Para alcançar os resultados esperados com o desenvolvimento dos projetos educativos, a educação ambiental poderia ser vista como um instrumento para a construção dessas práticas na Saúde da Família, pois alguns de seus princípios poderiam orientar a construção de um trabalho educativo, desenvolvido pelas

equipes de Saúde da Família com as comunidades locais, servindo como uma ferramenta para formar valores e ações que contribuam para a transformação humana e socioambiental.

Um dos princípios da educação ambiental é a *formação de cidadãos com consciência local e planetária*, ou seja, formar sujeitos comprometidos não só com a sua realidade local, mas também com uma visão global sobre os problemas que afetam direta ou indiretamente a saúde e a qualidade de vida das populações. Este poderia ser considerado um dos resultados do trabalho educativo desenvolvido pelas equipes de Saúde da Família.

O trabalho desenvolvido com a comunidade não deve estar pautado na mudança de comportamento individual e sim implicar em uma transformação significativa de um novo modo de identidade social. De acordo com Carvalho (2001, p. 49) o processo educativo não ocorre apenas com a aquisição de informações,

mas, sobretudo pela aprendizagem ativa, entendida como construção de novos sentidos e nexos para a vida. Trata-se de um processo que envolve transformações no sujeito que aprende e incide sobre sua identidade e posturas diante do mundo.

Assim, a educação ambiental poderia contribuir para a formação de profissionais com capacidade de refletir e intervir sobre os problemas socioambientais de sua região, além de capacitá-los para mobilizar grupos comunitários para atuarem de forma democrática nas discussões e resoluções de tais problemas. Espera-se que as práticas educativas originadas proporcionem na comunidade a formação de sujeitos comprometidos, não só da sua realidade local, mas com uma visão global sobre os problemas que afetam direta ou indiretamente a saúde das populações.

7 CONCLUSÕES

Uma das finalidades do trabalho das equipes de Saúde da Família é melhorar a saúde da população e, conseqüentemente, promover a sua qualidade de vida. Para tanto, faz-se necessário desenvolver práticas educativas que relacionem a saúde ao ambiente e atendam às necessidades apresentadas na comunidade, sem deixar de levar em consideração os diferentes contextos nos quais a população está inserida (sociais, ambientais, econômicos e culturais).

Assim, buscando problematizar as questões que envolvem as práticas educativas desenvolvidas na estratégia Saúde da Família, essa pesquisa se desenvolveu, com o propósito de compreender as seguintes questões norteadoras: como estão sendo trabalhados, junto à comunidade local, a saúde e o ambiente, nas práticas educativas desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família? e, como os trabalhadores percebem a participação da comunidade nas práticas educativas desenvolvidas?

Com essas questões passou-se a analisar os depoimentos dos trabalhadores, a fim de argumentar a seguinte tese: a prática educativa desenvolvida pela equipe de Saúde da Família é efetiva, quando ocorre a participação da comunidade, e o trabalho em conjunto amplia a possibilidade de relacionar a saúde e o ambiente, de forma a utilizar a educação ambiental como instrumento problematizador da relação.

A proximidade da pesquisadora com o tema investigado e com os participantes desse estudo, enquanto enfermeira e docente da Escola de Enfermagem, tornou a experiência enriquecedora, no momento em que possibilitou iniciar uma reflexão sobre a prática dos trabalhadores da estratégia Saúde da Família. Vivenciar a realidade das equipes durante os estágios realizados com os acadêmicos de enfermagem, em diferentes unidades básicas da Saúde da Família, permitiu à pesquisadora desconstruir e construir conceitos e perceber para além das aparências que se mostravam no cotidiano das relações vivenciadas nas equipes.

Com isso, essa experiência tornou-se significativa com contribuições que permitirão continuar o processo de constituição da identidade da pesquisadora, enquanto docente e profissional de Enfermagem.

Sendo assim, a partir de cada um dos objetivos e das concepções dos trabalhadores, foi possível agrupar três unidades temáticas que demarcaram esse estudo: 1) as práticas educativas desenvolvidas nas equipes de Saúde da Família; 2) a participação da comunidade nas práticas educativas desenvolvidas na equipe de Saúde da Família; e 3) a reflexão sobre a construção de práticas educativas utilizando a educação ambiental como um instrumento para a participação da comunidade.

Na caminhada percorrida durante a investigação buscando identificar as práticas educativas, que relacionam a saúde e o ambiente, desenvolvidas junto à comunidade, foi possível evidenciar diferentes problemas enfrentados pela comunidade adstrita à unidade básica estudada. Dentre essas dificuldades, os trabalhadores apontaram quatro considerados, por eles, ambientais. São eles: os resíduos sólidos acumulados em diferentes pontos do bairro, o grande número de valetas abertas com diferentes finalidades (por exemplo, escoamento de água e esgoto), as habitações com condições precárias e a falta de iluminação pública.

Tais problemas identificados pelos trabalhadores apontam, não só para uma realidade vivenciada na comunidade, mas também para questões que fazem parte do cotidiano de vários bairros, permitindo uma visão geral sobre a infraestrutura do município decorrente dos agravos nas condições socioeconômicas dos últimos anos.

Com relação às práticas educativas desenvolvidas pela equipe para tratar dos problemas encontrados na comunidade, foi possível identificar ações realizadas para prevenção e promoção da saúde, por meio de grupos educativos, palestras, consultas individuais e visitas domiciliares. Os trabalhadores relataram ainda alguns fatores que dificultariam a realização de tais práticas e que estariam relacionados às condições de trabalho da unidade, a saber: o espaço físico inadequado para a realização do trabalho educativo, fazendo com que os trabalhadores recorram à utilização de ambientes externos à unidade; a falta de equipamentos e materiais, que, em algumas situações, têm a sua reposição realizada pela própria equipe ou

por participantes das atividades desenvolvidas; e a falta de recursos humanos obrigando a equipe a remanejar os trabalhadores, acarretando uma sobrecarga de trabalho, comprometendo, assim, a organização das práticas realizadas.

No entanto, quando questionados sobre as práticas realizadas para tratar dos problemas considerados por eles como ambientais, os trabalhadores reconhecem não desenvolver atividades específicas sobre os temas apontados, enfatizando a necessidade de estabelecer parcerias entre a equipe, a comunidade e a gestão local para a realização de ações.

Outro elemento investigado foi a participação da comunidade nas práticas educativas desenvolvidas na equipe de Saúde da Família, que se mostrou inadequada, pois os trabalhadores reconhecem a participação da população somente em alguns momentos pontuais do trabalho, ou seja, quando sugerem atividades a serem desenvolvidas ou quando é beneficiada por aderir às ações que lhe são propostas. Salientam ainda alguns fatores que poderiam estar dificultando tal participação como: a falta de conhecimento da comunidade sobre a organização do trabalho da equipe; a cultura assistencialista ainda presente na comunidade que procura atendimento para resolver um problema imediato; e, a descontinuidade das ações que são programadas pela equipe em função da necessidade de reestruturar o serviço.

Essa participação, mesmo que não efetiva, favoreceria o trabalho dos agentes comunitários de saúde, permitindo uma aproximação dos trabalhadores à realidade apresentada pelas famílias. A equipe reconhece o trabalho desenvolvido pelos agentes comunitários como responsável pela articulação do trabalho com a comunidade, favorecendo o vínculo entre o trabalhador e a população, fator apontado como facilitador da participação da comunidade nas práticas educativas.

Esse fato justificaria a avaliação positiva realizada por parte da equipe com relação ao envolvimento da população nas ações propostas. Os trabalhadores reconhecem que, embora a comunidade não esteja participando da maneira esperada, há melhora na qualidade de vida daqueles que participam das atividades propostas.

A partir desses resultados, foi possível refletir sobre a necessidade de construção de práticas educativas pela equipe de Saúde da Família, utilizando a educação ambiental como um instrumento para a participação da comunidade, por meio da construção de projetos de ação, proporcionando que a equipe e a população reflitam sobre os problemas enfrentados na comunidade local.

Para o desenvolvimento desse estudo alguns desafios foram impostos à pesquisadora. O primeiro deles foi a utilização da técnica de grupo focal para a coleta dos dados, embora tenha sido planejado um roteiro anterior, para cada um dos três encontros. Durante a realização dos encontros, os roteiros sofreram alterações em função das discussões e entendimentos dos participantes.

O roteiro proposto contemplou os objetivos do estudo, no entanto, outros tipos de instrumentos de coleta de dados como, por exemplo, observações e entrevistas, poderiam ter sido utilizados com o objetivo de melhor investigar alguns resultados que emergiram nos grupos, a fim de ampliar a compreensão sobre as questões que nortearam o estudo.

Também foi necessário, para garantir o rigor desse trabalho, que a pesquisadora mantivesse os participantes concentrados e motivados nas discussões, visto que algumas conversas paralelas entre os mesmos ocorreram durante a realização dos grupos. Acredita-se que um dos limites do estudo foi a realização dos encontros no próprio ambiente de trabalho, que foi escolhido com a intenção de facilitar a participação de todos os integrantes da equipe, pois estes não precisariam se deslocar para participar da pesquisa.

Porém, a escolha propiciou a ausência de alguns trabalhadores que, em determinados momentos das discussões, necessitaram retirar-se por causa de problemas na unidade.

No entanto, o desafio maior foi sintetizar as manifestações dos trabalhadores. Embora a técnica de grupo focal tenha sido utilizada pela primeira vez pela pesquisadora, acredita-se que, outras pesquisas possam ser desenvolvidas na estratégia Saúde da Família utilizando a mesma metodologia qualitativa, pois, através dela, foi possível ouvir os trabalhadores e conhecer a realidade de trabalho

das equipes. Esse conhecimento emergiu das concepções e ações dos trabalhadores que, muitas vezes, são pouco explicitadas pela falta de oportunidade e pela desmotivação gerada no cotidiano de suas ações.

Com base no exposto até o momento, acredita-se que, a tese defendida de que a prática educativa desenvolvida pela equipe de Saúde da Família é efetivada quando ocorre a participação da comunidade, foi confirmada, pois, mesmo que de forma pontual, os trabalhadores observam uma melhoria da qualidade de vida dos indivíduos que participaram das atividades propostas.

O trabalho em conjunto ampliaria a possibilidade de relacionar a saúde e o ambiente, permitindo a identificação, a discussão e o desenvolvimento de práticas direcionadas aos problemas ambientais que possam afetar a saúde da comunidade, e a educação ambiental seria um instrumento problematizador dessa relação.

Assim, algumas recomendações são sugeridas:

- *trabalhar a relação saúde e ambiente nas práticas educativas*: desenvolver ações para tratar dos problemas ambientais que afetam diretamente as condições de vida e saúde da comunidade, possibilita, aos trabalhadores, repensar e reelaborar sua prática, ampliando o seu campo de atuação;
- *utilizar a educação ambiental como um instrumento problematizador das práticas educativas desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família*: possibilitar aos trabalhadores refletir criticamente sobre a sua prática na construção de conhecimentos, de forma a intervir na relação saúde e ambiente;
- *utilizar metodologias de trabalho que estimulem a reflexão dos trabalhadores e da comunidade local*: possibilitar a construção de um trabalho coletivo, pautado na realidade apresentada pela comunidade;
- *ampliar a participação da população nas práticas educativas desenvolvidas pela equipe*: implementar estratégias que proporcionem à comunidade participar de todos os momentos de organização das ações, para que se sinta responsável, integrada e consciente dos seus direitos e deveres;
- *capacitar os trabalhadores da estratégia*: investir na formação dos trabalhadores para enfrentar os problemas ambientais que afetam a saúde da

comunidade, incorporando instrumentos educativos que promovam a participação da população para este enfrentamento.

A partir das conclusões e das recomendações sugeridas acredita-se que o desenvolvimento de práticas educativas em conjunto com a comunidade pode permitir, nas ações desenvolvidas pelos trabalhadores da equipe de Saúde da Família estudada, relacionar a saúde e o ambiente buscando uma vida com mais qualidade.

8 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P.C.; STOTZ, E.N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu: V.8, n.15, 259-274, 2004.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a construção da estratégia de saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: 12(2), 455-464, 2007.

ARAÚJO, M.F.S.; VERAS, K.F.O. Processos e Precarização do Trabalho no Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, n.14, Set., p.41-56, 2009.

AZAMBUJA, E.A. **É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem? Um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho**. Projeto de Tese apresentado para a Banca de Qualificação. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

AZAMBUJA, E.P.; FERNANDES, G.F.M.; KERBER, N.P.C.; SILVEIRA, R.S.; SILVA, A.L.; GONÇALVES, L.H.T.; CARTANA, M.H. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, Jan-Mar,16(1): 71-79, 2007.

BATISTA, P.I. Agenda 21 como instrumento de construção de sociedades saudáveis. In: HERMANN, K.; MACEDO, M. **Agenda 21 local – Experiência da Alemanha, do Nordeste e Norte do Brasil**. Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer, 2003, p. 11-19.

BRASIL. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 37p

_____. **Agenda 21 brasileira: bases para discussão.** Comissão de Políticas de Desenvolvimento Sustentável e da Agenda 21 Nacional. MMA/PNUD. Brasília, 2000.

_____. **Guia prático do Programa de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 131p.

_____. **Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **O Programa Saúde da Família e a Atenção Básica no Brasil.** Brasília, Ministério da Saúde, 2002b. 11p.

_____. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Revista Brasileira de Saúde Materna-infantil**, Recife, 3 (1): 113-125, Jan-Mar 2003.

_____. **PROESF- Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família.** Brasília, Ministério da Saúde, 2003a. 18p.

_____. **100 anos de Saúde Pública: a visão da FUNASA.** Brasília, Fundação Nacional de Saúde, 2004, 232p.

_____. **Vigilância ambiental em saúde: textos de epidemiologia. Ministério da Saúde.** Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: 2004a, 132p.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005, 240p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica.** 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 816 p.

_____. **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006a.

_____. **Portaria n. 648, 28 de março de 2006.** Política nacional de atenção básica e revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o

programa de saúde da família e programa de agentes comunitários de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde 2006b.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Secretaria de Vigilância à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007. 156p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde. Volume 4, 2007a.

_____. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. **Relatório Final da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)**, 2008.

BELLATO, R.; PEREIRA, W.R.; MARUYAMA, S.A.T.; OLIVEIRA, P.C. A convergência cuidado-educação-politicidade: um desafio a ser enfrentado pelos profissionais na garantia aos direitos à saúde das pessoas portadoras de estomias. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, Abr-Jun; 15(2):334-42, 2006.

BERLINCK, C. N. ; CALDAS, A. L. R. ; MONTEIRO, A. H. R. R. ; SAITO, C. H. . Contribuição da educação ambiental na explicitação e resolução de conflitos em torno dos recursos hídricos. **Revista Ambiente & Educação** (FURG), Rio Grande-RS, v. 8, p. 117-130, 2003.

BONOW, C.A. **Grupos criativos e Saúde da Família: um estudo com enfoque comunitário**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Rio Grande, 2009.

BOZELLI, R.L.; SANTOS, L.M.F.; LOPES, A.F.; LOUREIRO, C.F.B. **Curso de formação de educadores ambientais: a experiência do Projeto Pólen**. Macaé: NUPEM/UFRJ, 2010, 417p.

BRANCO, Z.P. **Elementos Socioambientais Constitutivos do Acolhimento no Processo de Trabalho de Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado). Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2005.

_____ ; GOMES, M.R.O.; JULIANO, A.L.G.; HAMILTON, C.A.D.V. Atuação da enfermagem na rede básica de saúde do município do Rio Grande. **Revista Vittalé**, Rio Grande, v.12, p. 43-54, 2000.

BROMBERGER, S.M.T. O Processo de Trabalho em Saúde da Família: espaço possível para o desenvolvimento da Educação Ambiental não-formal.

Dissertação (Mestrado). Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-graduação em Educação Ambiental. Rio Grande, 2003.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde In: Czeresnia, D. & Freitas C.M. (orgs) Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CABREIRA, G. O. A enfermagem em saúde coletiva e a modelagem da programação em saúde: uma abordagem socioambiental do trabalho.

Dissertação [Mestrado] Programa de Pós-graduação em Enfermagem – FURG, Rio Grande, 2003.

CÂMARA, V. de M. Textos de epidemiologia para Vigilância Ambiental em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2002, 132 p.

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Paraná, Jan/Mar 7(1): 45-52, 2008.

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. Riscos Psicossociais Relacionados ao Trabalho da equipes de Saúde da família: percepções dos profissionais. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, Out-Dez, 15(4): 502-507, 2007.

CAMELO S.H.H.; ANGERAMI E.L.S.; SILVA E.M.; MISHIMA, S.M. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 8(4):30-37, 2000.

CARVALHO, V.S. Educação ambiental e desenvolvimento comunitário. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2002. 224p.

CARVALHO, I.C.M. Qual educação ambiental? Elementos para um debate sobre educação ambiental e extensão rural. *Revista Agroecologia e Desenvolvimento Rural Sustentável*. Porto Alegre, v.2, n.2, Abr-Jun, p. 43-51, 2001.

CARDOSO, L.S. **Trabalho em saúde da família: um estudo do processo comunicacional das atividades em grupos na perspectiva dos enfermeiros.** Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Rio Grande, 2009.

COSTA, V.Z. **Políticas públicas na atenção à saúde da família: um estudo com enfoque nos trabalhadores.** Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Rio Grande, 2007.

CEZAR-VAZ, MR. **Tuberculose e Família: representação acerca da produção de saúde.** Projeto integrado de pesquisa submetido à apreciação do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Rio Grande, 1999.

_____. **Produção da Saúde e Atenção Primária Ambiental: complexidade do trabalho nos serviços públicos de saúde no extremo sul do Brasil.** Projeto integrado de pesquisa submetido à apreciação do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- Bolsa produtividade em pesquisa – PQ. Fevereiro de 2003, p. 28.

_____. **Trabalho em saúde e o contexto tecnológico da política de atenção a saúde da família** – uma abordagem ecossistêmica da produção coletiva de saúde. Projeto Integrado de pesquisa Submetido à apreciação do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, outubro de 2004.

_____; SOARES, M.C.F.; MARTINS, S.M.; SENA, J.; SANTOS, L.R.; RUBIRA, L.T.; COSTA, V.Z.; BAISCH, A.L.L. Saber Ambiental: instrumento interdisciplinar para a produção de saúde. **Revista Texto e Contexto Enfermagem.** Florianópolis, Jul-Set 14(3): 391-397, 2005.

_____. **Produção da Saúde Socioambiental no Sudeste Rio-Grandense:** atenção à saúde da família na dimensão da atenção primária ambiental. Projeto integrado de pesquisa submetido à apreciação do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- Bolsa produtividade em pesquisa – PQ. Agosto de 2006, 51p.

_____; RUBIRA, L.T.; SANTOS, L.R.; SENA, J.; MARTINS, S.R.; CABREIRA, G.C.; COUTO, Z.F.S. Saber ambiental e cuidado plural: relação estruturante na produção de saúde. In: SIQUEIRA, H.C.H. **Cuidado Humano Plural.** Rio Grande: Ed. Da FURG, 2006a, p. 41-53.

_____; MUCCILLO-BAISCH, A.L.; SOARES, J.F.S.; WEIS, A.H.; COSTA, V.Z.; SOARES, M.C.F. Concepções de enfermagem, saúde e ambiente: abordagem

ecossistêmica da produção coletiva de saúde na atenção básica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, Mai-Jun 15(3), 2007.

_____; WEIS, A.H; COSTA, V.Z.; SOARES, J.F.S.; BONOW, C.A.; CARDOSO, L.S.; SANT'ANNA, C.F.; SOARES, M.C.F.; MUCCILLO-BAISCH, A.L. Estudo com enfermeiros e médicos da atenção básica à saúde: uma abordagem socioambiental. **Revista Texto & Contexto**. Florianópolis, Out-Dez, 16(4): 645-653, 2007a.

_____; CARDOSO, L.S.; BONOW, C.A.; SANT'ANNA, C.F.; SENA, J. Conhecimento clínico do enfermeiro na atenção primária à saúde: aplicação de uma matriz filosófica de análise. **Revista Texto & Contexto**. Florianópolis, Jan-Mar, 19(1): 17-24, 2010.

COLARES, L.G.T. **Processo de trabalho, saúde e qualidade de vida no trabalho em uma unidade de alimentação e nutrição**: uma abordagem qualitativa. Tese [Doutorado] Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2005, 265p.

COLOMÉ, I.C.S.; LIMA, M.A.D.S. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família (PSF). **Revista Gaúcha de Enfermagem**., v.27, n.4, p.548-56, 2006.

COSTA, N.R. **Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil**. Petrópolis, Vozes; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1985, 124p.

COSTA, E.M.A. A Implantação de uma Unidade de Saúde da Família. In: COSTA, E.M.A.; CARBONE, M.H. **Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2009.

D'AGUIAR, J.M.M. **O Programa Saúde da Família no Brasil. A resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ)**. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

DAL POZ, M.R. O agente comunitário de saúde: algumas reflexões. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.6, n. 10, 2002, p. 88-90.

DELL'ACQUA, M.C.; BOCCHI, J.P.; MANGINI, S.C.; ANJOS, R.C.P.M. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial. **Revista Latino-americana de Enfermagem** - Ribeirão Preto: v. 5 - n. 3 - p. 43-48 – julho, 1997.

DIAS, G.F. **Educação Ambiental: princípio e práticas**. São Paulo: Gaia, 2001.

EGRY, E.Y.; FONSECA, R.M.G.S. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, p. 233-9, set., 2000.

FARAH, B. F. **A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do curso introdutório para equipes de saúde da família - experiência do município de Juiz de Fora/MG**. Tese (Doutorado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2006.

FERRETI, N. **Saúde socioambiental e Conselho Local de Saúde: um estudo no âmbito da estratégia Saúde da Família no município do Rio Grande/RS**. Dissertação (Mestrado). Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-graduação em Educação Ambiental. Rio Grande, 2009.

FIGUEIREDO, P.P.; CEZAR-VAZ, M.R.; SOARES, J.F.S.; SENA, J.; CARDOSO, L.S. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção que gestão que permeia o agir em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20(1): 235-259, 2010.

FRANCO, T.; MERHY, E. PSF: Contradições e novos desafios. [On line] Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>. Arquivo capturado em 13/03/1999.

GATTI, B.A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005, 77p.

GARCIA, M.A.A.; YAGI, G.H.; SOUZA, C.S.; ODONI, A.P.C.; FRIGÉRIO, R.M.; MERLIN, S.S. Atenção a saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, 14(2): 175-182, 2006.

GOMES, K.O.; COTTA, R.M.M.; CHERCHIGLIA, M.L.; MITRE, S.M.; BATISTA, S.R. A práxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Programa de Saúde da Família: reflexões estratégicas. **Revista Saúde & Sociedade**, São Paulo, v.18, n.4, p. 744-755, 2009.

GOUVEIA, N. Saúde e Meio Ambiente nas Cidades: os desafios da saúde ambiental. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo: 8(1), p. 49-61, 1999.

GUIMARÃES, M. EDUCAÇÃO AMBIENTAL CRÍTICA. In: LAYRARGUES, P.P. (coord.). **Identidades da educação ambiental brasileira**. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2004, p: 25-34.

JACOBI, P. Participação. In: JUNIOR, L.A.F (org). **Encontros e caminhos: formação de educador(es) ambientais e coletivos educadores**. Brasília: MMA, Departamento de Educação Ambiental, 2005, 358p.

_____. Meio Ambiente e Educação para a Cidadania: O que está em jogo nas grandes cidades? In: SANTOS, J.E.; SATO, M. **A Contribuição da educação ambiental à esperança de Pandora**. São Carlos: RiMa, 2006.

KAWATA, L.S.; MISHIMA, S.M.; CHIRELLI, M.Q.; PEREIRA, M.J.B. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, Abr-Jun,18(2): 313-320, 2009.

KERBER, N.P.C.; KIRCHHOF, A.L.C.; CEZAR-VAZ, M.R. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, Abr-Jun,17(2): 304-312, 2008.

LACERDA, W.A.; SANTIAGO, I.M.F.L. A participação popular na gestão local do Programa Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba. **Revista Katál**, Florianópolis, v.10, n.2, p. 197-205, Jul-Dez, 2007.

LAYRARGUES, P.P. Para que a Educação Ambiental encontre a educação. In: LOUREIRO, C.F.B. **Trajetória e Fundamentos da Educação Ambiental**. São Paulo: Cortez, 2004.

LEFF, H. **Saber ambiental: sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder**. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

LOGAREZZI, A. Educação ambiental em resíduos: o foco da abordagem. In: CINQUETTI, H.C.S.; LOGAREZZI, A. (orgs). **Consumo e resíduos: fundamentos para o trabalho educativo**. São Carlos: EdUFSCAR, 2006, p. 119-145.

_____. Educação ambiental em resíduos: uma proposta de terminologia. In: CINQUETTI, H.C.S.; LOGAREZZI, A. (orgs). **Consumo e resíduos:**

fundamentos para o trabalho educativo. São Carlos: EdUFSCAR, 2006, p. 85-117.

LOPES, J.C.C. As metamorfoses do trabalho: produção, captura e agenciamento da subjetividade operária. In: **A voz do dono e o dono da voz: trabalho, saúde e cidadania no cotidiano fabril.** São Paulo: Hucitec, 2000. (Saúde em Debate 133).

MACEDO, E.I.N. **Transtornos psiquiátricos e produtividade no trabalho.** Arquivo capturado em 25 agos 2010. Disponível em: http://www.prolavore.com.br/pdf/trans_pro_trabalho.pdf.

MARTINS, S. R. **Vigilância à Saúde e Atenção Primária ambiental: uma estratégia para a participação comunitária.** Dissertação [Mestrado] Programa de Pós-graduação em Enfermagem – FURG, Rio Grande, 2004.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 18(Suplemento): 2002, p163-171.

MASSUDA, A. Práticas de Saúde Coletiva na Atenção Primária em Saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008, p: 179-205.

MELO, L.A. **A realidade da produtora rural na seca nordestina.** 2001. [on line] Disponível em <http://www.fundaj.gov.br/tpd/127.html>. Arquivo capturado em 22/05/2006.

MELO, G.; SANTOS, R.M.; TREZZA, M.C.S.F. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Maio-Jun; 58(3):290-5, 2005

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1999.

MESQUITA, J.M.J. **Gestão integrada de resíduos sólidos.** Rio de Janeiro, IBAM, 2007.

MIRANDA, C.A.C. **Da polícia médica a cidade higiênica**. [on line] Arquivo capturado em 09/06/2007. Disponível em <http://www.proext.ufpe.br/cadernos/saude/policia.htm>.

MINAYO, M.C.S; MIRANDA, A C. **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINAYO, M.C.S; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1): 7-18, 2000.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento** – Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

_____. Saúde e Ambiente: uma relação necessária. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MONTEIRO, M.M.; FIGUEIREDO, V.P.; MACHADO, M.F.A. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 43(2):358-64, 2009.

MOURA, E. R. F.; SOUSA, R. A. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do programa saúde da família? **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1809-11, 2002.

NOGUEIRA, F.C.P.; LIMA, L.H.O.; WOLFOVICH, R.G.S.; NASCIMENTO, S.M.; LOPES, S.R.M. Implantação de um conselho local de saúde: desafios da prática do controle social. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, JAN-ABR, v.32, n.1, p:104-110, 2008.

OLIVEIRA, S.F.; ALBUQUERQUE, F.J.B.; Programa de Saúde da Família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Revista Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, 20(2), p. 237-246, 2008.

OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 40(4): 727-733, 2006.

OLIVEIRA, R.G.; MARCON, S.S.; Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, 41(1): 65-72, 2007.

OLIVEIRA, A.R.; CHAVES, A.E.P.; NOGUEIRA, J.A.; SÁ, L.D.; COLLET, N. **Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde**. Rev. Eletrônica de Enfermagem. [Internet]. 12(1):28-36, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a04.htm>.

OPAS/OMS. **Atenção Primária Ambiental**. Brasília: Gráfica e Editora Brasil, 2000.

PAULINO, I.; BEDIN, L.P.; PAULINO, L.V. **Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Ícone, 2009, 448p.

PAPOULA, S.R. **O processo de trabalho intersetorial das Equipes de Saúde da Família no município de Petrópolis-RJ: fatores restritivos e facilitadores**. Dissertação apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2006, 168f.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C.F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 12(Sup), p. 1819-1829, 2007.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 35(1):103-109, 2001.

PEDROSA, J.I.S.; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 35(3): 303-11, 2001.

PELEGRINI, A.H.W.; CEZAR-VAZ, M.R. Primary environmental health in nurses' work at the basic health net – a cross-sectional study. Online Brazilian journal of Nursing, V.9, nº. 1, 2010.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998, 254p.

_____. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.13, p. 83-92, abr-out, 2000.

PORTO, M. F. de S. Saúde, Ambiente e Desenvolvimento: Reflexões sobre a Experiência da COPASAD - Conferência Pan-Americana de Saúde e Ambiente no Contexto do Desenvolvimento Sustentável. **Ciência & Saúde Coletiva**, 3(2): 33-46, 1998.

PRIZIBISCIZKI, C. **O perfil da nossa urbanidade**. [on line]. Publicado em 13/09/2009. Arquivo capturado em 30/07/2010. Disponível em <http://www.oeco.com.br/reportagens/37-reportagens/22286-o-perfil-da-nossa-urbanidade>.

PRIMO, C.C.; BOM, M.; SILVA, P.C. Atuação do Enfermeiro no atendimento à mulher no Programa Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Jan-Mar, 16(1): 76-82, 2008.

RACHWAL, M. ; SOUZA, R.G. Reconstruindo o meio ambiente com amor. [On line] Disponível na Internet via <http://www.ecoviagem.com.br>. Arquivo capturado em 11/07/2003.

RIBEIRO, E.M. **Concreticidade do vínculo do/no Programa de Saúde da Família (PSF): desafios de médicos e enfermeiras em uma realidade de implantação do programa**. Tese (Doutorado) apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005. 287f.

RIBEIRO, H. Saúde Pública e Meio Ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.1, p. 70-80, jan-abr 2004.

RIBEIRO, E.M; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise no Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2): 438-446, mar-abr 2004.

REIGOTA, M. **Meio ambiente e representação social**. São Paulo, Cortez, 2004.-

ROCHA, L.P.; CEZAR-VAZ, M.R.; CARDOSO, L.S.; ALMEIDA, M.C.V. Processos Grupais na Estratégia Saúde da Família: um estudo a partir da percepção das enfermeiras. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, 18(2): 210-215, Abr-Jun, 2010.

ROSA, A.V. Projetos em educação ambiental. In: JUNIOR, L.A.F. (org) **Encontros e caminhos: formação de educador(es) ambientais e coletivos educadores**. Brasília: MMA, Departamento de Educação Ambiental, v.2.; 2007, 352p.

SALES, F.M.S. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.1, Jan-Fev, 2008.

SANTANA, J.P. **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/ Representação do Brasil, 2000.

SANTANA, M.L.; CARMAGNANI, M.I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Revista Saúde e Sociedade**. V. 10, nº 1, jan-jul, 2001, p.33-53.

SAN'ANNA, C.F.; CEZAR-VAZ, M.R.; CARDOSO, L.S.; ERDMANN, A.L.; SOARES, J.F.S.; Determinantes sociais de saúde: características das comunidades trabalho das enfermeiras na saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, 31(1): 92-99, Mar, 2010.

SAUVÉ, L. **A educação ambiental – uma relação construtiva entre escola e a comunidade**. Montréal: Projeto EDAMAZ, UQAM, 2000.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494, Nov-Dez, 2004.

SIQUEIRA, H.C.H. et al. **Cuidado Humano Plural**. Rio Grande: Ed. da FUR, 2006, 214p.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber e o fazer**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, 240p.

SILVA, A.C. **O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral – Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002**. [Doutorado] Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L. A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 9, n.16, p. 25-38, 2005.

SILVA, A.P. Educação Ambiental em resíduos sólidos desenvolvidos nas 4ª séries (2º ciclo) do ensino fundamental das unidades escolares municipais de Presidente Prudente – SP. II Fórum Ambiental da Alta Paulista. Tupã, São Paulo, 2006.

SILVA, S.S.; TRAVASSOS, L. Problemas ambientais urbanos: desafios para a elaboração de políticas públicas integradas. **Cadernos Metrópole**, 1º sem, p: 27-47, 2008.

SOARES, N.V.; LUNARDI, V. L. A problematização dos direitos do cliente implicando na problematização dos direitos dos profissionais de enfermagem. **Revista Ciencia y Enfermería** (En línea), Concepcion, v. 9, n. 1, p. 65-76, 2003.

SOUZA, H.M. Programa Saúde da Família: entrevista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. especial, 2000, p. 7-16.

SOUZA, A.C.; COLOMÉ, I.C.S.; COSTA, L.E.D.; OLIVEIRA, D.L.L.C. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, 26(2): 147-153, Ago, 2005.

SOLER, A.C.P.; LIONARDI, A.; ANADON, C.; TELLES, J.; FERNANDES, L.; LOPES, L. Notas preliminares sobre a Lei Orgânica municipal e a eficácia das leis ambientais locais em Rio Grande, RS. **Júris**, Rio Grande: 53-69, 2007.

STOLZ, P.V.; CEZAR-VAZ, M.R.C.; Compreensão dos separadores de resíduos acerca do seu trabalho com o meio ambiente. **Revista Eletrônica Mestrado em Educação Ambiental**, v.22, Jan-Jul, 2009.

STOLZ, P.V. **A compreensão dos separadores de resíduos sólidos em relação ao seu trabalho, saúde e ambiente**. Dissertação (Mestrado). Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-graduação em Educação Ambiental. Rio Grande, 2008.

SZEZERBICKI, A. S.; PILATTI, L.A.; KOVALESKI, J.L. **Henry Ford: a visão inovadora de um homem do início do século XX**. Publ. UEPG Ci. Hum., Ci. Soc. Apl., Ling., Letras e Artes, Ponta Grossa, 12 (2): 105-110, dez. 2004.

TAMBELLINI, A.T. CÂMARA, V.M. 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.

TARDIFF, M. **Saberes docentes e formação profissional**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

TANCREDI, F.B; BARRIOS, S.R.L; FERREIRA, J.H.G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, 1998.

TEIXEIRA, E. Práticas educativas em grupo com uma tecnologia sócio-educativa: vivências na Ilha de Caratateua, Belém. **Escola Anna Nery Revista da Enfermagem**, Mar; 11(1): 155-159, 2007.

TOMAZ, J.B.C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.6, n. 10, 2002, p. 75-94.

TOZONI-REIS, M.F.C. Temas ambientais como “temas geradores”: contribuições para uma metodologia educativa ambiental crítica, transformadora e emancipatória. **Revista Educar**, Curitiba, nº 27, p.93-110, 2006.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(2):429-435, 1998.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S.; SANTANA, E.M.; NUNES, M.O. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família – (PSF) na Bahia. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, 7(3), 581-589, 2002.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento): 2005, p. 225-264.

VILLA, E.A.; ARANHA, A.V.S. A formação dos profissionais da saúde e a pedagogia inscrita no trabalho do Programa de Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, Out-Dez, 18(4): 680-7, 2009.

WENDHAUSEN, A.; SAUPE, R. Concepções de educação em saúde e a Estratégia de Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, JAN-MAR, 12(1): 17-25, 2003.

WEIS, A. H. **O Processo de Trabalho da Enfermagem: um olhar sobre os princípios/ações da atenção primária ambiental e da promoção da saúde na rede básica de saúde**. Dissertação [Mestrado] Programa de Pós-graduação em Enfermagem – FURG, Rio grande, 2005.

Apêndice A

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL**

CONVITE

Venho respeitosamente através do presente, convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “**PRÁTICAS EDUCATIVAS, SAÚDE E AMBIENTE: estudo com trabalhadores de uma equipe da estratégia Saúde da Família**”.

Esse estudo tem como **objetivos**: identificar nas práticas educativas desenvolvidas pela equipe de saúde da família junto à comunidade a relação entre a saúde e o ambiente; analisar a percepção dos trabalhadores a cerca da participação da comunidade nas práticas educativas desenvolvidas; refletir sobre a construção das praticas educativas desenvolvidas pela equipe estudada visualizando a educação ambiental como um instrumento para promover a participação da comunidade.

Para atender a estes objetivos a coleta de dados será desenvolvida através da metodologia de “**grupos focais**”. Esta técnica trabalha com a formação de um grupo de discussão informal que tem como objetivo coletar informações qualitativas a respeito de um tema proposto. Alguns pontos importantes sobre esta técnica serão apresentados a seguir de acordo com o planejamento realizado para este estudo:

- ✓ a equipe de trabalho será composta por um moderador (que será o pesquisador responsável pela presente tese) e três relatores (alunos voluntários). A função do moderador é introduzir os temas garantindo que todos os participantes tenham espaço para discussão e exponham suas idéias; os relatores serão responsáveis pelo registro das informações que terão origem nas discussões;

- ✓ foram programados três encontros, cada encontro terá a duração máxima de duas horas, sendo desenvolvido em local, dia e horário definido pelos participantes dos grupos;
- ✓ serão montados grupos compostos de no mínimo cinco e no máximo doze trabalhadores; o número exato de cada grupo irá depender do número total de profissionais que aceitarem participar desta etapa de coleta de dados;
- ✓ para favorecer o levantamento das informações e responder aos objetivos do estudo será elaborado um roteiro de questionamentos de acordo com as categorias que emergirem da análise da primeira etapa de coleta de dados;
- ✓ as discussões serão registradas através de gravação em fita cassete, filmagem e diários de campo onde os relatores registrarão as falas dos participantes.

Obedecendo às determinações da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, sob as pesquisas envolvendo seres humanos, este estudo foi enviado ao **Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde (NEPES)**, recebendo aprovação para o seu desenvolvimento através do Parecer Nº 32 de 09/03/2009 e também submetido ao **Comitê de Ética em Saúde** da Fundação Universidade Federal do Rio Grande.

Respeitando ainda os aspectos éticos será também construído um **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** (TCLE) que será aplicado a cada um dos participantes com o objetivo de solicitar a concordância em participar do estudo. Neste consentimento ficará claro a garantia do participante de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida a cerca de qualquer questão referente ao trabalho; a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do trabalho, sem que me traga qualquer prejuízo; a segurança de que não será identificado(a) e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas a sua privacidade; e o compromisso de acesso as informações em todas as etapas do trabalho bem como dos resultados.

Atenciosamente,

Entrevistadora: Doutoranda Sibeles da Rocha Martins

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marta Regina Cezar Vaz

Nome:

Categoria profissional:

Telefone para contato:

Apêndice B

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO AMBIENTAL**

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Prezado (a) participante:

Venho respeitosamente através do presente, convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “**PRÁTICAS EDUCATIVAS, SAÚDE E AMBIENTE: estudo com trabalhadores de uma equipe da estratégia Saúde da Família**”, que tem como **objetivos** identificar nas práticas educativas desenvolvidas pela equipe de saúde da família junto à comunidade a relação entre a saúde e o ambiente; analisar a percepção dos trabalhadores a cerca da participação da comunidade nas práticas educativas desenvolvidas; refletir sobre a construção das praticas educativas desenvolvidas pela equipe estudada visualizando a educação ambiental como um instrumento para promover a participação da comunidade.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, caracterizada por um estudo de caso, que será desenvolvida através de **grupos focais** com os trabalhadores da. Os grupos focais estão programados em três encontros, que terão a duração máxima de duas horas, e serão desenvolvidos em local, dia e horário a ser combinado com os participantes. Serão montados grupos compostos de no mínimo cinco e no máximo doze trabalhadores; o número exato de cada grupo irá depender do número total de profissionais que aceitarem participar desta etapa de coleta de dados. As discussões serão registradas através de gravação em fita cassete e diários de campo onde os relatores (pesquisadores e alunos voluntários) registrarão as falas dos participantes para posterior análise.

Atenciosamente,

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marta Regina Cezar Vaz

Entrevistadora: Doutoranda Sibeles da Rocha Martins

Telefone: (53) 3232.3883

e-mail: sibeles_martins@vetorial.net

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado(a), de forma clara, dos objetivos propostos e da metodologia que será desenvolvida nesta pesquisa. Fui igualmente informado(a):

- da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida a cerca de qualquer questão referente ao trabalho;
- da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do trabalho, sem que me traga qualquer prejuízo;
- da segurança de que não serei identificado(a) e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade;
- do compromisso de acesso as informações em todas as etapas do trabalho bem como dos resultados;
- de que serão mantidos os preceitos éticos e legais durante e após o termino do trabalho.

Equipe: _____

Data: ____/____/____

Nome: _____

Assinatura do Participante: _____