

**AVALIAÇÃO DE EFETIVIDADE DO PROGRAMA DE
EDUCAÇÃO EM SAÚDE E MOBILIZAÇÃO SOCIAL
(PESMS) PARA A SUSTENTABILIDADE DAS AÇÕES
DE SANEAMENTO FINANCIADAS PELA FUNASA, EM
NERÓPOLIS - GO**

HERBERTE PEREIRA DE MELO

**Dissertação com vistas à obtenção do grau de Mestre
em Saúde Pública, apresentada à Comissão Julgadora
da Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro,
sob a orientação da Dr^a Brani Rozemberg.**

Rio de Janeiro, março de 2005.

Agradecimentos

Primeiramente, às mulheres que me permitiram chegar até aqui: Joana, minha avó, e Bina, minha mãe (*in memoriam*); minha tia-madrinha, Aldéides, que me alfabetizou; Sheila, minha irmã do coração, companheira da minha infância; Celina, mãe dos meus filhos; e Daniela, minha companheira de todas as horas, colaboradora e revisora do meu trabalho.

Aos professores do Mestrado, profissionais experimentados que souberam ajudar na hora certa e, no momento preciso, deixar cada um exercer sua autonomia em busca de aprendizagem. Em especial, à minha coorientadora, Isabella Samico, luz em muitos momentos nos caminhos científico-metodológicos, e à minha sábia orientadora, Brani Rozemberg, que me proporcionou o encontro de novos significados.

Aos colegas do Curso, verdadeiros mestres, forjados na prática de Saúde Pública e reconhecidos a cada encontro como grandes profissionais, em especial a Lúcia Monteiro e Luis Francisco, pelo socorro nas horas difíceis, e a Zezé, pela sua serenidade e colaboração.

À equipe da COSAN/CGESA/DENSP/FUNASA, melhores companheiros de trabalho que alguém pode ter: Adriana; Daniela; Cristiane; Cristina; Johnny, Lucimar, Dásio, Neiva e Tiago. Cada um contribuiu com um esforço a mais para o meu êxito nesta jornada. E aos meus ex-colegas do Gabinete da Presidência da Funasa, que sempre acreditaram em meu potencial e nunca deixaram de incentivar-me, em especial, Elenice, Xavier, Marco Aurélio e Manoel.

À Direção do DENSP, pelo apoio ao longo do Curso, e a todos os técnicos da Funasa que contribuíram com os trabalhos da Pesquisa, especialmente os da ASCOM (Educação em Saúde e Biblioteca) e os técnicos da Coordenação Regional de Goiás (ASCOM e DIESP).

À equipe do PSF de Nerópolis, profissionais responsáveis e comprometidos, exemplos a serem seguidos por aqueles que acreditam na contribuição do Serviço Público para o bem-estar da população. Peço-lhes desculpas por não poder citar seus nomes em respeito a preceitos éticos.

Aos meus filhos, Caio, Cassio e Cairo, minhas fontes de força, perseverança e amor.

E a Deus, que rege todas as coisas, inclusive essa constelação de seres tão caros para mim.

Resumo

Este estudo qualitativo avalia a efetividade do Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social (Pesms) para a sustentabilidade das intervenções de saneamento ambiental financiadas pela FUNASA, como política pública de promoção da saúde.

O marco conceitual desta Pesquisa baseia-se no entendimento da saúde como qualidade de vida resultante de um processo complexo condicionado por diversos fatores, conforme preconiza o conceito de promoção da saúde. A comunicação e a educação em saúde são concebidas numa visão integradora dos níveis individual e coletivo, baseada no “agir comunicativo”, voltado para a “autonomia dos sujeitos” e legitimidade na negociação das suas necessidades.

Nessa perspectiva, foi delineado um estudo de caso na cidade de Nerópolis (GO), a fim de avaliar os efeitos do Pesms nas intervenções de saneamento, especificamente nas ações de Melhorias Sanitárias Domiciliares (MSD), por meio da análise dos significados que o programa educativo assume para diferentes atores. A coleta de dados envolveu: 1) pesquisa documental dos processos e projetos de MSD e Pesms; 2) observações de campo; e 3) realização de entrevistas semi-estruturadas, com beneficiários, técnicos e gestores locais envolvidos nessas ações.

O material coletado foi analisado num processo de categorizações sucessivas, contextualizando a fala dos atores sociais para melhor compreensão dos sentidos produzidos pelo PESMS. As categorias analisadas foram o “diagnóstico situacional”, os “objetivos” e as “contribuições do Pesms”; seus possíveis efeitos para a “intersectorialidade” e o “fortalecimento” da participação comunitária; a utilização das informações dos serviços de “vigilância em saúde” pelos atores do Pesms; além das demais categorias surgidas ao longo do estudo, como efeitos do Pesms relativos à sustentabilidade das intervenções sanitárias.

O estudo evidenciou que: 1) os aplicadores locais do Pesms desconheciam ou não tinham clareza sobre o objetivo geral do Programa, além da incoerência entre o objetivo específico e o geral; 2) as ações do Pesms por serem realizadas somente durante a execução das obras passam despercebidas como ações educativas; 3) a falta de ações intersectoriais na aplicação do Pesms foi explicitada por opções de autonomia do setor saúde nas ações de saneamento e educação em saúde; 4) as ações educativas do Pesms foram descontínuas e pouco adequadas ao público tal como o investimento em impressos; 5) as informações de saúde não são usadas como instrumento de trabalho pelos aplicadores do Pesms; 6) a técnica educativa da visita domiciliar teve efeito positivo pela valorização da presença do agente na casa dos beneficiários.

Entre outros resultados, o estudo evidenciou ainda que a população apresentava uma expectativa paternalista em relação ao processo de sustentabilidade do projeto MSD, que o Pesms não chegou a elaborar, reforçando apenas a visão tradicional da educação como transmissão de conhecimentos e a manutenção preventiva dos módulos sanitários, deixando de alcançar o seu principal objetivo de “fomentar a participação e a organização comunitária, por meio de ações permanentes de Educação em Saúde”.

Foi constatado, por fim, que os atores estão em jogo de falas marcadas devido a desmotivação e hábitos gerados por práticas clientelistas e paternalistas. Portanto, recomenda-se preparação técnica para lidar com esses desafios com maior profundidade, com base em reflexões sobre os processos educativos e comunicativos de forma integrada; sobre o uso das informações em saúde como ferramenta para o debate das situações de saúde da população, além do fomento às práticas intra e intersectoriais.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Melhorias Sanitárias Domiciliares; Mobilização Social; Promoção da Saúde, Saneamento Ambiental; Sustentabilidade; Vigilância em Saúde.

Abstract

This qualitative study evaluates the effectiveness of the Health Education and Social Mobilization Program (Pesms) for the sustainability of environment sanitation interventions supported by FUNASA (National Health Foundation of Brazil), as public policies for health promotion.

The conceptual approach adopted in the study focus health as being life quality, resulting from a complex process conditioned by several factors, as conceptualized by Health Promotion. Communication and Health Education are conceived in an integrative approach of individual and collective levels, based on Communicative Action (Habermas) aiming citizenship and individual autonomy, as steps towards legitimacy in the negotiation of different groups needs.

With this perspective a case study was designed for the City of Nerópolis (GO), for the evaluation of Pesms effects in sanitation interventions, specifically those regarding House's Sanitation Improvements (MSD). Meanings assumed by the educative program (Pesms) were accessed through: 1) the study of documents related to the processes and projects of MSD and Pesms; 2) field observations; and 3) semi-structured interviews with the population benefited with the project, technicians and stakeholders involved in the local actions of the projects.

Data analysis involved a successive process of categorization, putting into context the social actors discourse for a better understanding of the meanings produced by Pesms. Categories focused included: "situation diagnostic", "objectives" and "Pesms contributions"; its possible effects towards "inter-sectors public action" and the "empowerment of community participation"; the use of available information of the health surveillance services by local actors of Pesms; and other categories which arose from interviews as the effects of pesms in regard to the sustainability of environment sanitation actions.

The study evidenced that: 1) local agents of Pesms did not know or did not had clear the Program's main objective, and also there was incoherence between specific and main objectives; 2) Pesms' actions was restricted to the period of building up sanitation improvements and therefore was not perceived as educative actions; 3) failure in inter-sector actions was explicitly related to options for health sector "autonomy" in the program actions; 4) educative actions of Pesms were discontinuous and inadequate to its public, such as investing in printed material for an illiterate audience; 5) health information available was not used in the work of local agents involved in Pesms; 6) the educative strategy of domiciliary visits presented positive effects due to the valuation of direct interaction of pesms agents and population.

Among other results, the study evidenced also: a paternalistic expectation from the part of the population regarding sustainability of MSD project, poorly transformed by its educative component (pesms), which only reinforced the traditional approach of education as "knowledge transmission" and behaviors related to the preservation of the sanitation modules. As a result Pesms failed in its major objective of "fostering community participation and organization, through permanent health education actions".

It was also observed that actors played a demarked game of speeches, derived from low motivation and paternalistic habits and practices. The study recommends a better preparation of public agents to deal with the above challenges, based on reflections on educative and communicative processes integration; better use of health information available as tools for the debate on the population health situation; and the improvement of intra and inter-sectors initiatives.

Key-words: Ambient Sanitation; House's Sanitary Improvements; Health Education; Health Promotion; Health Surveillance; Social Mobilization; Sustainability.

Lista de Siglas

CENEPI – Centro Nacional de Epidemiologia

CEM – Campanhas de Erradicação da Malária

CEV – Campanha de Erradicação da Varíola

COPLAN – Comitê de Planejamento da FUNASA

COESA – Coordenação de Educação em Saúde

ESMS – Educação em Saúde e Mobilização Social

DNERu – Departamento Nacional de Endemias Rurais

FSESP – Fundação Serviços de Saúde Pública

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

MSD – Melhorias Sanitárias Domiciliares

PCDEN – Programa de Controle de Doenças Endêmicas do Nordeste

PCDCh – Programa de Controle da Doença de Chagas

PCDT – Programa de Prevenção e Controle de Doenças

PESMS – Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social

SAAE – Serviço Autônomo de Água e Esgoto

SESP – Serviços de Saúde Pública

SNABS – Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde

SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

UNESCO – Programa das Nações Unidas para a Educação

SUMÁRIO

Lista de Siglas	5
1. Introdução	9
1.1 Histórico da educação em saúde no Brasil	10
1.2 Pressupostos e conceitos fundamentais a esta Dissertação	32
1.2.1 Reflexão sobre as concepções educativas na saúde	32
1.2.2 A mobilização social e a participação popular	36
1.2.3 O princípio do saneamento ambiental e sua relação com os novos paradigmas	39
1.2.4 Diferença entre prevenção e promoção e o conceito de saúde deste estudo	42
1.2.5 Concepções de vigilância na área de saúde	43
1.2.6 Vigilância da saúde para promoção da saúde	46
2. A ação educativa na política atual de saneamento ambiental da funasa.....	52
2.1 Contextualização da política de saneamento ambiental da Funasa/MS	52
2.2 História e fundamentos do Pesms	56
2.3 Esboços de avaliações do Pesms	59
3. Objetivos.....	64
3.1 Geral.....	64
3.2 Específicos	65
4. Métodos.....	67
4.1 Pressupostos metodológicos.....	67
4.1.1 Pesquisa avaliativa.....	67
4.1.2 Avaliação de efetividade	67
4.1.3 Estudo de caso	68
4.2 Procedimentos metodológicos.....	69
4.2.1 Fase exploratória de campo	69
4.2.1.1 Escolha da localidade e dos projetos (Pesms/MSD)	70
4.2.1.2 Estratégias para entrada no campo: estudo de cenário e articulações institucionais	70
4.2.2 O trabalho de campo em Nerópolis	71
4.2.2.1 Estabelecimento de critérios e definição da amostragem.....	72
4.2.2.2 Entrevistas e observações	73
4.2.3 Análise dos dados.....	74
4.2.3.1 Análise dos documentos.....	75
4.2.3.2 Análise das entrevistas	76

4.3 Considerações Éticas.....	77
5. Resultados.....	79
5.1 Caracterização do Município	79
5.2 A Celebração do Convênio com a Funasa.....	82
5.3 Atores envolvidos na Pesquisa.....	83
5.4 Análise documental	84
5.4.1 Documentos sobre as obras	84
5.4.2 Documentos do Pesms	86
5.5 O contexto das entrevistas.....	92
5.6 O ponto de vista dos beneficiários	93
5.7 O ponto de vista dos técnicos e gestores	105
5.8 Representações mútuas entre técnicos e população	116
5.9 O repasse de informações como estratégia educativa do Pesms	118
6. Discussão dos Resultados	123
6.1 Considerações preliminares.....	123
6.2 O módulo sanitário: o visível e o não-visível no processo de aprendizagem.....	124
6.2.1 A função anti-educativa do paternalismo na concessão dos benefícios	126
6.2.2 O “banheiro novo” como forma de adquirir melhoria na qualidade de vida.....	127
6.3 Os objetivos do Pesms	128
6.4 A falta de continuidade das ações educativas do Pesms	132
6.5 O material educativo/informativo como “um fim em si mesmo”	133
6.6 As ações educativas e a sustentabilidade das melhorias sanitárias domiciliares.....	135
6.7 As limitações da participação comunitária e da mobilização social	137
6.8 A ausência de parceria e intersetorialidade	138
6.9 Outras reflexões sobre a opção pedagógica dos Pesms.....	140
6.10 A força histórica da Sucam	143
6.11 A Vigilância da Saúde e sua relação com o Pesms	144
7. Conclusões e Recomendações.....	147
7.1 Conclusões	147
7.2 Recomendações	148
7.2.1 À Funasa e aos supervisores do Pesms	149
7.2.2 Aos técnicos e gestores do Pesms	150
8. Bibliografia.....	151
9. Anexos.....	161

Anexo I - Modelo SESP – 795	161
Anexo II a - Questionário n.º 01- usuários	162
Anexo II b - Questionário n.º 02 - técnicos	163
Anexo II c - Questionário n.º 03 - gestores	164
Anexo III – Formulário de Supervisão Técnica do PESMS.....	165
Anexo IV (a) - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Usuário)	167
Anexo IV (b) - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Técnico).....	168
Anexo IV (c) - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Gestor)	169
Anexo V (a) – Região Macro Goiânia.....	170
Anexo V (b) – Acesso rodoviário a Nerópolis	170
Anexo VI – Folheto distribuído pelo Pesms em Nerópolis (2003).....	171
ANEXO VII - Cronograma de atividades realizadas pela equipe de saúde	172
Anexo VIII - Croquis da cidade de Nerópolis, com a localização das áreas com residências beneficiadas	174
Anexo IX – Foto de módulo sanitário	175
Anexo X - Principais enfermidades parasitárias infecciosas, de importância no Brasil e relacionadas com o abastecimento de água, o destino doméstico dos dejetos, drenagem e lixo #.....	176

1. Introdução

No âmbito da Saúde Pública, não é recente a consciência de que as ações de saúde necessitam ser complementadas por ações educativas que fortaleçam as intervenções sanitárias. Historicamente, as práticas educativas têm buscado a credibilidade da população nos serviços desenvolvidos pelo sistema de saúde, bem como procurado a conscientização dos beneficiários sobre a validade desses serviços e da adoção de atitudes e práticas saudáveis por eles preconizadas.

No entanto, tem sido muito difícil mensurar o impacto das ações educativas nos serviços de saúde, tendo em vista, principalmente, que elas estão sempre vinculadas às ações de saúde propriamente ditas. Assim, mesmo quando um projeto é bem sucedido, é difícil saber em que extensão as ações educativas contribuíram para o sucesso daquela intervenção de saúde e, principalmente, qual o sentido produzido por tais ações entre seus supostos beneficiários.

Assim, as ações educativas têm se tornado processos cada vez mais complexos dadas as suas relações indissociáveis com outras áreas de conhecimento e ação humanística, tais como a Informação e a Comunicação, muito valorizadas na chamada “Educação Sanitária”; a Sociologia e a Antropologia, hoje, quando os processos educativos em saúde estão voltados para a “Mobilização Social”; e assim por diante.

Tendo como objeto de estudo um programa institucional de ação educativa e mobilização social, procurou-se construir uma proposta de avaliação desses processos, não com base em indicadores numéricos ou em metas e índices (a avaliação normativa daria conta desse aspecto), mas buscando-se uma reflexão amadurecida sobre os aspectos qualitativos e relacionais na implementação das ações de educação, mobilização social e saneamento ambiental, preconizadas pela vigilância da saúde.

Nesta dissertação, avalia-se o Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social (PESMS), componente educativo e de participação comunitária das intervenções de saneamento financiadas pela Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (FUNASA/MS). Neste caso, trata-se de um PESMS integrante de um projeto de melhorias sanitárias domiciliares (MSD).

Faz-se, neste estudo, um esforço para apontar possibilidades de reorientação das práticas educativas e mobilizadoras, fomentadas pela Funasa/MS por meio do Pesms,

favorecendo o melhor aproveitamento das intervenções de saneamento e maior capacitação/sensibilização dos indivíduos/comunidades/setores para o exercício do controle social e garantia da sustentabilidade¹ das ações de saneamento ambiental implementadas.

Espera-se ainda que, no âmbito da gestão (Ministério da Saúde e FUNASA), o resultado desse estudo contribua para a avaliação dos programas na área de Saneamento e Educação em Saúde, favorecendo o aprimoramento da implementação dessas intervenções sob a governabilidade da FUNASA/MS.

Para a Saúde Pública, esta pesquisa poderá contribuir para as diretrizes da intersetorialidade² e do controle social de atividades de interesse do Sistema Único de Saúde (SUS), ao propiciar a avaliação e reprogramação das práticas de Educação em Saúde e de Mobilização Social, vinculadas ao Saneamento Ambiental, fomentadas pela FUNASA/MS, bem como de programas similares que visam à Promoção da Saúde.

Por fim, no âmbito da Vigilância da Saúde, pretende-se discutir a construção de um modelo assistencial focado em múltiplos sujeitos/atores das ações de saúde (técnicos, gestores, população, setores da sociedade) (Teixeira et al., 1998), proporcionando o refinamento no trato de tecnologias do campo social, tais como educação, comunicação, sociologia e antropologia, entre outras, necessárias a um novo paradigma da saúde.

1.1 Histórico da educação em saúde no Brasil

Uma das sínteses mais precisas das tendências da educação em saúde e sua manipulação política encontra-se em Schall (1996), com base na tradução semântica das várias denominações tomadas por essa prática educativa ao longo de sua história.

De “educação higiênica”, nos meados do Século XIX, com ênfase nos determinantes biológicos da doença associados à revolução bacteriana, passou a “educação sanitária”, nos anos 20, com o desenvolvimento da Saúde Pública, enfatizando processos de prevenção, mas ainda norteadas por uma orientação comportamentalista, chegando finalmente à “educação em saúde”, incorporando os aspectos sócio-econômico-culturais (Rosenstock apud Schall, 1996).

¹ Sustentabilidade no âmbito da Funasa está relacionada à capacidade de operação e manutenção dos serviços implantados, do ponto de vista administrativo, tecnológico, financeiro e de participação da comunidade, segundo interpretação do TCU (Brasil, 2003c). Numa acepção dicionarésca, depreende-se que sustentabilidade tem a ver com algo que se possui e que se deseja conservar, defendendo, protegendo e sustendo com pertinácia, apoiando e alimentando (Vieira, 2004). Entretanto, segundo Pusch (2004), é ainda um conceito em construção.

² Intersetorialidade pode ser entendida como uma articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas, visando ao desenvolvimento social (Junqueira, 1998).

A educação sanitária surge no Brasil quase que simultaneamente que nos Estados Unidos e França, na década de 20, como um campo da saúde pública ainda influenciado pelo modelo higienista preventivista, quando o bacteriologista Charles Winslow elaborou uma definição de saúde pública como sendo “a ciência e a arte de prevenir doenças, prolongar a vida e estimular a saúde e a eficiência por meio da organização da comunidade, para:

- a) o saneamento do meio ambiente;
- b) o controle das doenças transmissíveis;
- c) a educação do indivíduo nos princípios de higiene pessoal;
- d) a organização dos serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e tratamento preventivo das doenças; e,
- e) o desenvolvimento da maquinária social, de modo a assegurar a todo indivíduo um padrão de vida adequado para a manutenção de sua saúde;

organizados todos esses serviços de tal forma que permitam a todo cidadão gozar de seu direito inato de saúde e longevidade (Winslow apud Álvarez Fernandez, 1979)”.

A conjuntura de crise social da época, as lutas contra as doenças endêmicas e epidêmicas, os baixos padrões de higiene e saneamento básico fortaleceram o papel da educação no campo da saúde pública, valendo ressaltar o estreito vínculo que a educação para saúde manteve historicamente com os interesses políticos e econômicos dominantes de cada época (Assis, 1998).

No começo do século tratava-se de afastar a ameaça à exportação brasileira, pelo medo que tinham os navios estrangeiros de aportar no Rio de Janeiro por causa das epidemias. Durante a Segunda Guerra Mundial - contexto em que nasce a Fundação SESP - o interesse na produção da borracha na Amazônia mobiliza a Educação em Saúde³ como uma forma de diminuir os riscos de doenças e atrair pessoas para a produção. No final da década de 60, com a ameaça do comunismo, o investimento do governo brasileiro na Educação em Saúde renasce “(...) como uma forma barata de se intervir no nível de doença e miséria da população e diminuir as tensões sociais”. (Extraído do Relatório do I Encontro sobre Educação em Saúde, no Rio de Janeiro, em 1991 – (Assis, 1998)).

³ A autora usa a expressão Educação em Saúde indistintamente. Neste texto procura-se estabelecer a distinção histórica e conceitual, utilizando Higiênica, Sanitária, Educação em Saúde. Quando não houver essa preocupação com a identificação paradigmática, será utilizada a expressão “para a saúde”.

A saúde era vista como fruto da consciência individual. Nesse contexto, a educação para a saúde assume o papel de transmissora de conhecimento - “dos que sabem” “para os que não sabem” (pedagogia tradicional) - objetivando a consciência individual. Incorporando a concepção biologizante de saúde pública, a educação higiênica se traduzia em ações de higienização e normatização, destacando-se o papel assumido pelos professores nesse trabalho, levando ao surgimento do profissional “educador sanitário” (Vasconcelos et al., 1987).

Dessa forma, os objetivos da educação para a saúde, em geral, eram (Marcondes, 1974):

- a) transmitir à população conhecimentos sobre saúde;
- b) fazer com que a comunidade desse valor alto à saúde;
- c) estimular o uso e o desenvolvimento dos serviços de saúde;
- d) ensinar a população a conseguir saúde;
- e) estimular a população a conseguir saúde por meio de seus próprios esforços.

Segundo Marcondes (1974), o trabalho educativo deveria pautar-se em certos princípios, tais como: “os comportamentos devem ser recompensados (reforçados)”, para que sejam repetidos; “cada indivíduo aprende num ritmo próprio”; “quanto maior o número de vias sensoriais atingidas, mais facilmente ocorre a aprendizagem”; os objetivos devem ser definidos claramente”; “as atividades educativas devem ser claramente avaliadas”; entre outros.

As primeiras iniciativas oficiais de educação para a saúde no Brasil deram-se nos anos de 1924, no Município de São Gonçalo, Rio de Janeiro, com experiências nas escolas públicas; e 1925, nos Estados de São Paulo e Pernambuco, com a criação das chamadas Inspetorias de Educação Sanitária (Brasil, 2004).

A partir dessa época a estrutura sanitária brasileira passou a ser influenciada decisivamente pela estrutura sanitária norte-americana, com o lançamento de uma nova proposta de ação sanitária, após a Primeira Guerra Mundial, lançando-se as bases para a estruturação dos serviços de saúde, que se consolidariam a partir dos anos 30, com a ditadura Vargas (Oliveira, 2003).

Entretanto, o Estado centralizador dessa época inibiu as iniciativas estaduais, transformando o Serviço de Propaganda Sanitária, do então Ministério da Saúde e Educação, em Serviço Nacional de Educação Sanitária, com o objetivo de gerar na coletividade uma familiarização dos problemas de saúde para adoção de práticas preventivas.

Uma iniciativa de propaganda sanitária que havia se popularizado na primeira metade do Século XX foi a utilização do personagem Jeca Tatu, do escritor Monteiro Lobato que, influenciado pelas pesquisas do Instituto Oswaldo Cruz, engajou-se numa campanha pelo saneamento no País, e forçou o governo de São Paulo a legalizar o seu Código Sanitário. Lobato acreditava, assim como os pesquisadores de Manguinhos, ser necessário não só mobilizar as elites, mas alertar e “educar o povo”, principal vítima da falta de saneamento (Palma, 2004).

Ressalta-se neste caso o envolvimento de representantes da elite cultural, e não do povo iletrado. Segundo Santos (1985), essa *mobilização política* era fundamentalmente um movimento de elite, que na verdade dava “uma vista de olhos para a população”, mas pouco fez além da distribuição de exemplares do *Jecatatuzinho*⁴, num País que contava, em 1920, com 70% de analfabetos.

Nos estados, não foi diferente, a experiência de educação para a saúde limitou-se à criação de réplicas do órgão federal nos serviços de saúde pública, restringindo-se à publicação de folhetos, livros, catálogos, cartazes, periódicos e artigos sobre saúde, dando preferência a formas escritas e visuais de propaganda sanitária, sem considerar o grande número de analfabetos no País, que era de 60% em 1940 (Bastos apud Brasil, 2004).

Com o fim do regime autoritário do Estado Novo e a derrota mundial do fascismo, em meados dos anos 40, a educação higiênica procurou transformar-se em dispositivo técnico apolítico (...) e os intelectuais da higiene, diante dos eventos democráticos, optaram de imediato pela ideologia do sanitarismo (Costa, 1984 apud Oliveira, 2003).

Após o discurso higienista, com o advento da educação sanitária, em meados do Século XX, passou a ser enfatizada a organização da comunidade, com algumas experiências isoladas, fragmentadas e não registradas em sua maioria. Tinham em geral o objetivo básico

⁴ História em quadrinhos bastante popular, inspirada no conto de Monteiro Lobato, “Jeca Tatu - a ressurreição”, na qual Jeca, considerado bêbado e idiota por todos, descobriu que sofria de amarelão (Ancilostomíase), tratou-se e transformou-se em um rico fazendeiro (Palma, 2004).

de obter aceitação, adesão aos programas de governo e maximização dos recursos (Vasconcelos et al., 1987).

As práticas educativas em saúde pública passam a ter uma história de maior complexidade no Brasil com a criação de instituições de saúde pública, como a CEM⁵, o DNERu, SESP/FSESP e SUCAM, órgãos governamentais de onde se extrai a maior parte das experiências acumuladas durante quase um século de história da saúde pública no Brasil e que, a partir de 1990, têm as suas funções reunidas na FUNASA/MS, as quais, a partir de 2003, são divididas com a SVS/MS, que assume a vigilância em saúde, antes atribuída ao CENEPI, órgão departamental da Funasa por 12 anos.

A educação para a saúde, desde seus primeiros momentos no Brasil, teve uma relação próxima ao saneamento do meio ambiente, bem como ao controle de doenças transmissíveis, embora suas atividades tenham sido quase que inteiramente destinadas a impor ao povo determinações contidas em regulamentos sanitários (Bastos, 1996).

Com a criação do SESP, em 1942, que teve como seu primeiro órgão de educação o Programa de Educação Médica (1943), o qual, logo depois, desmembrou-se para Divisão de Educação Sanitária (1944), a “educação para saúde” passou a ser desenvolvida sob o paradigma de que a disseminação de informações sobre processos de saúde e doença asseguraria a adoção de práticas saudáveis (Bastos, 1996), idéia que já não era novidade do ponto de vista informativo, mas acrescentava a preparação técnica dos agentes de saúde para atuarem, além de levá-los a considerar as situações de saúde, e não somente o agravo em si.

Embora esse fosse apenas um primeiro momento, o SESP desde a sua criação reconhecia a “educação sanitária” como atividade básica em seus planos de trabalho, envolvendo seus diversos profissionais, técnicos e auxiliares, em tarefas educativas destinadas aos grupos sociais objetos de suas intervenções: grupos de gestantes, mães, adolescentes e comunidades em geral (Brasil, 2004).

Nesse período áureo da educação sanitária no Brasil, a Fundação SESP, além de introduzir a ideologia de desenvolvimento da comunidade, participação comunitária e educação de grupos, imprimiu mudanças na própria formação dos profissionais que atuavam na educação sanitária, ao serem levados a considerar na análise das situações de saúde, os fatores sociais, econômicos e culturais, que deveriam ser percebidos como barreiras para a

⁵ Ver lista de siglas, p. 5.

ação educativa, pois levam à percepção da doença como fenômeno individual e não como expressão de uma situação coletiva (Melo apud Oliveira, 2003).

O SESP foi pioneiro na preparação de professoras da rede pública de ensino como agentes educacionais de saúde, exemplo que foi seguido pelo DNERu⁶ e pelo Departamento Nacional da Criança (Brasil, 2004), passando a adotar o termo “educação para a saúde”, procurando fugir do enfoque puramente preventivista em busca de uma pretensa mobilização comunitária para participação na execução das ações de saúde (Bastos, 1996).

Nessa transição, quando a prevenção passou a assumir papel importante diante da clínica, a educação se impôs como um fator primordial no conjunto da saúde pública (...) e a partir de então a “educação para a saúde” assumiu posição fundamental para assegurar o êxito e a continuidade a qualquer programa de saúde pública, cabendo-lhe despertar e conseguir a participação dos próprios beneficiados na execução dos trabalhos (Bastos, 1996), embora em muitos momentos tenha priorizado a divulgação e a mobilização comunitária em função da proposta de campanhas, que eram ações pontuais, descontínuas e que pouco se relacionavam com o contexto local a ser “mobilizado”.

É importante, no entanto, ressaltar que as campanhas de vacinação tiveram um grande aumento nas suas taxas de cobertura depois que o SESP passou a estimular a participação das comunidades no desenvolvimento dos programas estabelecidos pelas unidades de saúde (Bastos, 1996).

No setor saneamento, a tendência da mobilização propiciou o surgimento de vários movimentos comunitários, visando à solução de seus problemas, o que estimulou a criação dos chamados mini-SAAE, como produto de um esforço conjugado dos agentes de saúde e da participação ativa da comunidade, por meio de suas lideranças, permitindo manter e operar pequenos serviços de abastecimentos de água (Bastos, 1996). O êxito dessa iniciativa deveu-se à aproximação da gestão dos serviços em relação à comunidade.

Esse processo de mobilização permitiu ainda a participação da comunidade diretamente na construção de melhorias sanitárias domiciliares (privadas, pias de cozinha, reservatórios para água, etc.) nas “oficinas de saneamento”, o que foi uma experiência bem sucedida pelo fato de que a implantação das melhorias ocorria mediante a demonstração de

⁶ Ver lista de siglas, p. 5.

interesse do beneficiário, que contribuía com parte do material de construção ou com a mão-de-obra.

Na década de cinquenta, com o surgimento da figura do “educador para saúde” a educação absorve um papel a mais, voltando-se também à área de treinamento e formação de pessoal e ainda ao campo de estudos e pesquisas. Para tanto, foi criada a Divisão de Educação Sanitária e Treinamento, que em 1958 viria a ser extinta, tendo suas atividades transferidas para a Seção de Educação Sanitária, subordinada à Divisão de Organização Sanitária (Bastos, 1996).

Esta situação, que já evidenciava uma queda na importância da “educação sanitária” como mobilizadora da comunidade no setor saúde, foi mantida até a transformação do SESP em fundação (FSESP), em 1960.

O discurso da educação sanitária, articulado à proposta de desenvolvimento nacional, atravessa os anos 60. No entanto, já a partir de meados dessa década, com a instalação do regime autoritário, altamente repressivo, centralizador e concentrador de renda, as questões sociais passam para a ordem de segurança nacional (...) e tanto a educação como a saúde passam a ser consideradas apenas como um setor de investimento (Oliveira, 2003).

Nos anos setenta, com a criação da SUCAM (1970), originada da fusão do DNERu, CEM e CEV⁷, e com a retomada das campanhas de saúde pública de cunho militarizado, não seriam bem vindas situações que permitissem emancipações populares, ainda que, segundo Moraes (1990), com o propósito de facilitar a execução dos trabalhos.

Mesmo com a manutenção das atividades educativas na estrutura desse novo órgão, essas atividades começam a ser direcionadas apenas para a divulgação de campanhas, abandonando a linha da mobilização comunitária, que vinha sendo até então desenvolvida pela FSESP, principalmente no setor de saneamento.

Para se ter uma idéia da pouca importância da educação na SUCAM, nos anos setenta, é bastante observar que na estrutura da instituição foi criado um pequeno “Setor de Educação Sanitária (SENAN)”, subordinado à “Seção de Normas Técnicas (SENOT)”, dentro da “Divisão Técnica (DITEC)” (Moraes, 1990).

⁷ Ver lista de siglas, p. 5.

Mesmo subordinado à chefia de normas técnicas, o SENAN teria como competências principais: promover atividades de educação sanitária em apoio aos trabalhos desenvolvidos pelas campanhas”; “promover e estimular a participação da comunidade na solução dos problemas locais relacionados com as campanhas” e realizar estudos e pesquisas sobre a eficiência dos métodos e técnicas educativas utilizadas pelas campanhas” (Moraes, 1990). Conforme percebe-se pelos documentos oficiais da Sucam, tudo era voltado para as campanhas, como sugere o próprio cargo de “Divulgador Sanitário”.

Segundo Oliveira (2003), no auge do período autoritário, especialmente a partir de 1967, as práticas de educação voltadas para a saúde passaram a denominar-se Educação em Saúde. As equipes passaram a ser constituídas por diversos profissionais de saúde, e não só por educadores.

Na Sucam, embora houvesse as equipes dos educadores e divulgadores sanitários, havia outros setores que cuidavam de assuntos afins, mas de forma desvinculada da educação, como a “Divisão de Documentação e Divulgação”, com seções de Documentação, Publicação e Biblioteca.

Passou-se então a enfatizar a racionalização da aplicação de recursos e começou a era do planejamento burocraticamente realizado; os profissionais de saúde assumiram, assim, as tarefas burocráticas do planejamento. O educador passou a desempenhar o papel de administrador da educação em saúde, reduzindo sua ação direta com a população - fazendo planos de ação educativa em seus gabinetes para serem realizados por outros: a equipe de saúde; para outros: a população. Isto foi visto como forma de modernização visando à eficácia, eficiência e efetividade nos serviços de saúde (Vasconcelos et al., 1987).

Não muito diferente da SUCAM, na FSESP, a estrutura organizacional parecia diferenciada para a Educação em Saúde, embora a concepção fosse a mesma: “*a educação, através da mudança de atitudes e comportamentos, visa a conseguir que os indivíduos participem conscientemente da programação de saúde*”, feita em outro lugar e por outros atores (Brasil, 1976).

De acordo com o Manual de Normas e Instruções para as Unidades Sanitárias da FSESP (Brasil, 1976), “as ações de educação em saúde” (*já eram assim denominadas*), deviam ter uma etapa de Planejamento, com duas fases específicas:

- a) *a fase de previsão*, em que deveria ser feito um diagnóstico educacional, levantamento de necessidades e uma previsão de recursos materiais e humanos, para cada programa desenvolvido pela Unidade, como a assistência odontológica, saúde materno-infantil, etc., bem como para grupos específicos, como professores, tuberculosos, etc.;
- b) *fase de programação*, que constava de um projeto objetivamente definido, com o assunto ou definição do problema, objetivos ou resultados práticos esperados, responsáveis nas equipes/grupos, procedimentos/meios e critérios de avaliação.

O Planejamento da ação educativa e mobilização da comunidade era realizado por meio de um “Projeto Educativo” ou “Plano de Ação”, com os seguintes itens: identificação, justificativas, objetivos, metodologia e avaliação (Brasil, 1983).

Em relação ao saneamento, a equipe da unidade era orientada a observar traços comportamentais da comunidade, tais como: o pensamento sobre a importância da água para a saúde; quais as doenças que a água poderia veicular; o que pensavam sobre o destino dos dejetos, sobre a relação das doenças com os dejetos; e o que sabiam sobre a higiene dos alimentos.

Essas observações eram realizadas por meio das visitas domiciliares e os auxiliares de saneamento deveriam levar em conta os aspectos particulares de cada família, suas necessidades e os recursos de que dispunham para melhorar o ambiente em que viviam.

A visita de saneamento deveria promover a participação, o processo de mudança de hábitos das famílias e da comunidade, encaminhando à Unidade as pessoas que necessitassem de auxílio médico.

Era ainda indicada a realização de reuniões com grupos de líderes, de jovens, de professores, etc., bem como o trabalho educativo junto às escolas, com os objetivos não só de proteger o ambiente escolar mas de proporcionar aprendizagem e formação de bons hábitos sanitários (Brasil, 1983).

O controle das ações educativas era feito por meio do Modelo SESP-795 (Anexo I), onde deveriam ser registradas todas as atividades educativas realizadas no âmbito da Unidade, exceto as visitas domiciliares, os componentes educativos da consulta médica e as atividades pertinentes à formação de pessoal, que constavam de modelos próprios.

O Educador em Saúde deveria elaborar semestralmente um plano de trabalho, baseado na avaliação da Diretoria, no estudo das necessidades de cada localidade e na própria avaliação dos aspectos de educação em saúde. Uma cópia desse plano deveria ser remetida à Presidência até o dia cinco do início de cada semestre (Brasil, 1983).

Assim, com tanto detalhamento, não seria por acaso que as equipes de educação, apesar de trabalharem tanto, quase não tinham contato com a comunidade. Planejavam mais que atuavam, além de terem muitas atividades de capacitação de recursos humanos para realizarem.

O trabalho educativo de campo era feito, na verdade, pelo pessoal de nível médio e elementar: as visitadoras, o auxiliar de saneamento, o auxiliar de enfermagem e o atendente, embora o planejamento fosse feito pela equipe de nível superior. Vale ressaltar que os educadores em saúde trabalhavam nas Diretorias, de onde deveriam acompanhar todos os projetos educativos executados nas Unidades.

Mesmo com toda a sofisticação burocrática e metodológica dos manuais da FSESP, que orientavam uma prática participativa e comunitária, o planejamento era feito friamente nos gabinetes, pelos técnicos de nível superior, a partir dos dados coletados por outros, e as ações eram realizadas pelos auxiliares de nível médio, que muitas vezes não compreendiam os objetivos nem possuíam desenvoltura e preparo técnico para desempenharem aquelas atividades, recaindo, na prática, em mera transmissão de informações em busca da quebra de resistências à medicalização e à aceitação dos serviços de saneamento.

Na Sucam, essa prática era bem mais explícita. Em avaliação realizada por Acioli & Freese-de-Carvalho (1998), constata-se que no planejamento da equipe de educação em saúde da Sucam, foram consideradas como estratégias do PCDEN⁸ as melhorias das condições de saneamento e de habitação, e, como parâmetros avaliativos, a prevalência de caso e a demanda da população aos serviços formais de saúde.

Dessa forma, uma das funções do trabalho educativo era de mobilizar e de motivar a população a dirigir-se com maior regularidade aos serviços formais de saúde, diferentemente de uma emancipação crítica da realidade, associada aos temas de saúde e meio ambiente.

⁸ Ver lista de siglas, p. 5.

Segundo ainda esses avaliadores, o trabalho dos agentes de saúde na área de educação teve por objetivo principal convencer a população da importância do uso dos remédios (como o Oxaminiquine, medicamento utilizado no combate à Esquistossomose), assim como evitar a utilização da água do rio, pois a concepção pedagógica naquele período consistia na transmissão das informações acerca da doença, suas conseqüências e formas de prevenção.

Os pesquisadores transcreveram assim o depoimento de um agente de saúde sobre a sua função de medicalizar:

“Na parte de educação era mais assim, era facilitar o recebimento do Mansil, porque existia uma equipe que fazia parte do laboratório, dos exames (...). A gente fazia essa parte de divulgação mais do que era doença e orientando o pessoal a aceitar o medicamento (...). E tinha outra equipe que era os guardas-medicadores”.

Foi constatado naquela Pesquisa que havia uma divisão funcional dos agentes em guardas-educadores, que orientavam a população a aceitar os recursos medicamentosos, e guardas-medicadores, responsáveis pela distribuição dos medicamentos.

Assim, o que se constata, na prática, é que havia um distanciamento do projeto discursivo dos documentos nacionais em relação à realidade local e à prática institucional medicalizadora de massa (Acioli & Freese-de-Carvalho, 1998).

Retomando o histórico, houve ainda um curto período em que se tentou o planejamento participativo, quando o governo usava no seu discurso a palavra participação, porém, com o propósito de cooptar, para suas propostas, o movimento social emergente (Vasconcelos et al., 1987).

De acordo com Vasconcelos et al. (1987), posteriormente, a Saúde Pública no Brasil incorporou o conceito de história natural da doença de Leavell e Clark e os serviços de saúde pública assumiram o planejamento na linha do orçamento-programa, fragmentando as ações de saúde e colocando o ato médico como atividade central das ações de saúde.

A educação em saúde, assim, caminhou para uma linha tecnicista - da educação programada, educação por objetivos, sendo vagamente definida como apoio aos programas de saúde. Priorizava-se em muitas situações a divulgação e a mobilização comunitária em função da proposta de campanhas (Vasconcelos et al., 1987).

A esse respeito, inúmeros autores observam que as campanhas sanitárias não podem ser empregadas como atividades isoladas, sendo extensa a lista de críticos ao modelo do “campanhismo”, entre eles Araújo (2003), Moreira (1997), Rozemberg (1995, 1998, 2000), Tadiana, (1997).

Com base nessa crítica, faz-se necessário a implementação das atividades de rotina dos serviços, bem como o emprego de um modelo que contemple as necessidades, valores, práticas e interesses relacionados ao saneamento, higiene e educação para a saúde da população, em bases contínuas.

Uma corrente mais contemporânea, formada por professores/pesquisadores da Ensp/Fiocruz e da Ong Centro de Estudos Leopoldina – CEPEL, criou nos anos noventa um grupo técnico denominado Núcleo de Educação, Saúde e Cidadania, GT-NESC, que considera “Educação e Saúde” uma área temática colocada no entrelaçamento das disciplinas das ciências sociais e das ciências da saúde. É uma área marcadamente instrumental, e os profissionais que utilizam esse saber são denominados “Educadores Sanitários” (Valla & Stotz, 1993).

Valla & Stotz (1993) criticam o papel da Educação e Saúde ainda definido pelas práticas médicas. Mesmo que na atualidade a tônica tenha se deslocado para a prevenção, mantém-se inalterado o padrão médico na orientação e organização das atividades de Educação Sanitária, esta definindo-se como ramo da medicina preventiva.

Essa corrente destaca que entre as várias abordagens educativas umas centram-se exclusivamente na capacitação dos indivíduo, outras na mobilização dos grupos sociais. O ideal seria, então, uma perspectiva que busque superar essa dicotomia, resultando numa abordagem ecológica (Brown apud Valla & Stotz, 1993), em que a “Educação e Saúde” (saber) e a “Educação Santária” (prática) devem facilitar as capacidades de realização dos indivíduos e dos grupos sociais para terem o máximo poder sobre suas vidas, o que implica necessariamente intervir sobre as relações sociais nas quais essas vidas são construídas.

Nesse sentido, a prática educativa deve incluir uma dimensão cultural e ética, pois a população tem suas próprias crenças e valores sobre a saúde, bem como explicações sobre a origem e a cura das doenças. É preciso saber aprender na experiência, na infinita complexidade da vida. Nesse sentido, os educadores também precisam ser educados (Valla & Stotz, 1993).

Valla (1993) ressalta ainda que os grupos populares trazem um conhecimento padronizado por suas experiências políticas, mas carecem de uma capacitação técnica para poderem reivindicar e fiscalizar os serviços básicos de que necessitam.

Como visto, muitas abordagens distintas têm sido utilizadas no Brasil, desde a educação sanitária preventivista até a busca da mobilização social por meio de ações de educação e comunicação. Institucionalmente, a maioria dessas abordagens estão voltadas para resultados claramente comportamentais específicos para a área de saúde. Entretanto, como alerta Pilon (1986), a educação em saúde centrada no comportamento não considera seu significado no projeto de vida do sujeito e, freqüentemente, padroniza o conteúdo e a forma de suas mensagens, ou busca uma manipulação.

Segundo Saviani e Luckesi (apud Pereira, 2003), não há um processo educativo asséptico de ideologias dominantes, sendo necessária a reflexão sobre o próprio sentido e valor de educação na e para a sociedade. Paulo Freire repetia incansavelmente que *a educação não é neutra*. Ela enquanto ato de conhecimento é também e por isso mesmo um ato político. Não há mais como se admitir uma educação neutra a serviço da humanidade (Freire in Brandão, 1982:93,97). Esta reflexão está relacionada à questão do poder, da qual muitos educadores ainda hoje dizem estar afastados. Entretanto, servem conscientemente ou não aos propósitos da ideologia dominante.

Ensinar, segundo o próprio Paulo Freire, “*exige reconhecer que a educação é ideológica, que é uma forma de intervenção no mundo*”, mas que, por isso mesmo, “*exige respeito à autonomia do ser do educando*” (Freire, 1998:141, 110, 65), bem como respeito às suas formas de ver o mundo.

Neste sentido, o educador, seja qual for sua formação básica ou área específica de atuação, deve estar ciente das conseqüências de sua prática educativa, que está sempre vinculada a concepções de mundo, declaradas ou não, que influenciam sua opção pedagógica ou a falta dela. Deve conhecer criticamente sua própria cosmovisão (visão de mundo) para percebê-la em interação com a de outros contextos culturais.

Entretanto, com o objetivo de convencimento unilateral e acreditando na existência de fórmulas prontas e saberes universalmente válidos, o profissional limita-se a disseminar seus conhecimentos de utilidade pública (Souza et al., 2003).

A falta de diretrizes educacionais ou de clareza político-institucional sobre as práticas educativas em saúde pública tem conduzido aqueles que desempenham o papel de educador a mesclarem tendências pedagógicas, sem um planejamento eficaz, que muitas vezes confunde mais que orienta o cidadão, tornando a educação em saúde uma prática sem efetividade.

Um exemplo disso ocorreu com o Programa Especial de Controle da Esquistossomose (PECE), conforme relatório da Divisão Nacional de Educação Sanitária, de 1979, sobre uma experiência em duas comunidades do Nordeste (Alves et al., 1998).

Esse relatório já apontava a necessidade de se adotar novas estratégias educativas de forma contínua em que fossem utilizados os próprios recursos humanos da comunidade, o que incentivou os educadores da Sucam a começarem a pensar em uma metodologia participativa que garantisse a participação das comunidades representadas por indivíduos, grupos ou instituições, como medida de aumento da eficácia dos programas (Alves et al., 1998). Influenciada pela crescente discussão sobre a ação comunitária e mobilização social, a Sucam começou a reformular o significado de educação em saúde em suas ações.

Assim, no PCDEN e no PCMAM⁹, programas financiados pelo Banco Mundial, e desenvolvidos pela Sucam e, posteriormente, pela Funasa¹⁰, o componente de Mobilização Comunitária, com recursos de US\$1,5 milhões e US\$1,75, respectivamente, apontava como nova metodologia educativa um projeto pedagógico visto como uma construção que possibilita à população o desenvolvimento de estratégias de ação, levando à superação da dominação e à construção do processo de cidadania (Brasil, 1996a).

Propunha-se, então, a participação popular como um processo em que a população tem o poder de interagir para intervir nas decisões que dizem respeito a sua qualidade de vida, tornando-se sujeito da ação e co-responsável pelo processo de reorganização dos serviços, do controle social, garantindo com isso o exercício da cidadania (Brasil, 1994).

Entretanto, segundo o Relatório de Avaliação Final do PCDEN e PCMAM (Brasil, 1996a), os objetivos do componente educativo não se desenvolviam nessa linha participativa. Mas sim, refletiam as concepções “*behavioristas*” ou comportamentais, adotadas tradicionalmente pela Sucam para os trabalhos com a população. De acordo com tais concepções, o papel das ações de mobilização comunitária ou de Informação, Educação e

⁹ Ver lista de siglas, p. 5.

¹⁰ Até 1998 denominada FNS, fundação criada pela fusão de vários “órgãos” de saúde pública, em 1990, entre eles a SUCAM e FSESP.

Comunicação (IEC) era obter a adesão dos indivíduos aos programas governamentais (Brasil, 1996a).

Esses objetivos destoavam do espírito da reforma sanitária, que se desenvolvia por meio do SUDS¹¹ e propunha não a mera adesão dos indivíduos aos programas governamentais, mas a promoção dos direitos de cidadania da população na área de saúde, estabelecendo mecanismos de participação na formulação das políticas de saúde e de controle social sobre a ação do poder público (Brasil, 1995).

A questão era que entre os pressupostos teóricos e a prática existiam grandes conflitos. Não havia, por exemplo, consenso entre os técnicos e administradores sobre qual seria a concepção teórico-metodológica ideal para a condução das ações pedagógicas dentre o conjunto de programas e ações educativas existentes (Alves et al., 1998).

Duas correntes eram dominantes e conflitavam quanto aos objetivos, sujeitos da ação, princípios orientadores, estratégias e pressupostos de eficácia: a primeira encontrava-se no componente educativo dos programas de controle de endemias, como PCDEN, PCDCh, PCMAM e PCDT¹², por exemplo; a outra estava presente no componente de IEC, estratégia incorporada ao Projeto Nordeste II, em 1989, financiada pelo Banco Mundial, com recursos de US\$20 milhões (Alves et al., 1998).

Para a primeira, a participação popular e a mobilização deveriam estar diretamente atreladas às ações de campo, aos inquéritos parasitológicos e ao saneamento básico. A educação, nesse caso, era vista como uma estratégia de conscientização da população para a devida colaboração com as medidas profiláticas desenvolvidas para uma endemia ou para o “correto” uso das instalações sanitárias.

Na segunda corrente, os técnicos do IEC procuravam atuar mediante a realização de cursos, feiras de saúde e, principalmente, organizações associativas, com o objetivo de mobilizar a população não apenas para ações restritas às endemias.

O centro do conflito (que parece ainda persistir) residia no fato de os próprios técnicos e gerentes não terem clareza da opção metodológica e, muitas vezes, nem mesmo dos seus objetivos, atuando quase de forma empírica, baseados em experiências já vivenciadas, mesclando práticas de educação preventiva com estratégias de IEC ou de mobilização

¹¹ Ver lista de siglas, p. 5.

¹² Ver lista de siglas, p. 5.

comunitária, sem fundamentos pedagógicos e objetivos políticos claros, nem mesmo para si enquanto corpo técnico, muito menos para a população envolvida.

Assim, o sucesso das práticas educativas dependiam quase sempre das habilidades individuais do educador e não dos fundamentos pedagógicos do programa. Porém, esse êxito geralmente não era alcançado, por um lado, dado à descontinuidade das ações educativas desenvolvidas como componentes dos programas de combate às endemias. Por outro, dada à desconcentração da aplicação dos recursos de IEC nas ações de educação em saúde, principalmente quando a aplicação desses recursos se dava pelos programas de saúde estaduais, que preferiam investir em campanhas de divulgação nos meios de comunicação de massa (Brasil, 2004c).

Esses conflitos geraram grandes debates entre os que defendiam a ação direta de educação em saúde, que privilegiava o contato humano e considerava a outra apenas propaganda, com os partidários da ação indireta, que se utilizava em grande escala dos meios de comunicação de massa (Brasil, 2004c). O fato é que com o fim do Projeto Nordeste, as ações de IEC perderam sua visibilidade e passaram a depender de recursos do Ministério da Saúde.

Deve ser ressaltado que foram gastos apenas 10,7% dos recursos disponibilizados no componente educativo do PCDEN e 0,01% no PCMAM. E, segundo a avaliação do PCMAM, *“as razões para o fracasso da execução desse componente devem ser buscadas na falta de definição clara da política de IEC/mobilização comunitária da própria FNS”* (Brasil, 1996a).

Nesse contexto, já havia uma ruptura na gestão dos recursos para a área, uma vez que a partir da extinção da Divisão Nacional de Educação em Saúde - DNES, com a reforma administrativa de 1990, o Ministério da Saúde atribuiu esse papel à recém-criada FNS, com base na sua experiência na área de Saúde Pública, advinda das instituições que lhe deram origem, principalmente FSESP e SUCAM (Melo et al., 1998).

No entanto, o Ministério da Saúde manteve um órgão de referência para esse fim, em sua própria administração direta: a Coordenação de Educação em Saúde (COESA), como tentativa de amenizar os problemas ocasionados pela desestruturação da área, nos estados (Brasil, 1997).

Essa Coordenação realizou um Seminário Internacional de Educação em Saúde, do qual resultou um diagnóstico que possibilitou a elaboração de uma proposta pedagógica de

Educação para Participação em Saúde, que tinha como instrumento metodológico a Didática de Apropriação do Conhecimento - DACO¹³.

Daco é um modelo pedagógico que concebe a educação como processo; privilegia a relação dialógica entre os saberes popular e científico; fundamenta-se na ação-reflexão-ação; possibilita a participação e organização das comunidades; e oportuniza o compromisso dos indivíduos com o desenvolvimento (Brasil, 1997).

A COESA operacionalizou esse modelo pedagógico de 1991 a 1992, por meio de realização de oficinas de trabalho para formação de multiplicadores em DACO, com o objetivo de compor um núcleo difusor da concepção da Educação para Participação em Saúde.

Entretanto, essa experiência foi abortada, em 1992, com a extinção definitiva do setor de referência para Educação no Ministério da Saúde, e as atenções nessa área tiveram que se voltar para a FNS, que havia criado, desde 1990, a Coordenação de Comunicação e Educação em Saúde (COMED), na intenção de coordenar os serviços de Educação em Saúde por meio das suas representações nacional e regionais (Brasil, 1997).

A COMED que era subordinada à Assessoria de Planejamento da Presidência da FNS (ASPLAN/FNS), passou a subordinar-se à Assessoria de Comunicação (ASCOM/FUNASA), a partir de 1998, assumindo como herança do Ministério da Saúde a denominação de COESA, a qual vem tentando, a muito custo, manter-se como área de atuação educativa dentro de uma estrutura quase que totalmente voltada para as ações de comunicação institucional.

Esta permanência de um setor de educação em saúde na Funasa deve-se mais ao respeito à história da Instituição e aos muitos servidores da área educacional, remanescentes dessa história, que se debatem em busca de espaço físico e técnico para sobreviverem no quadro efetivo, do que a uma política clara que evidencie um projeto de educação em saúde no planejamento institucional.

Com a identificação dessa lacuna na política institucional, a Funasa publicou, em 2000, um documento intitulado “Estruturação das Atividades de Educação em Saúde no âmbito do SUS”, que conceitua Educação em Saúde como *“um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico que, no âmbito das práticas de atenção à saúde, deve ser vivenciada e compartilhada pelos trabalhadores da área, pelos*

¹³ DACO – Didática de autoria de Alberto Sanín Pena, assessor nacional do Serviço Nacional de Aprendizagem da Colômbia – SENA.

setores organizados da população e consumidores de bens e serviços de saúde". (Brasil, 2000).

Conforme o documento, a Educação em Saúde deve ser entendida como "um componente e um recurso a ser utilizado em todas as estratégias no âmbito da promoção da saúde, acreditando que ela colabora decisivamente, ao lado de outras ações técnicas, normativas, e políticas, na consecução da qualidade de vida da população".

Assim, as diretrizes estabelecidas para a Política de Educação em Saúde da FUNASA (Brasil, 2000) são:

- fomentar o desenvolvimento de ações educativas compatíveis com indicadores epidemiológicos e ambientais;
- observar as especificidade locais;
- buscar técnicas e práticas inovadoras de educação em saúde;
- priorizar ações educativas voltadas para a população escolar;
- atuar em parceria com órgãos e entidades públicas e privadas.

É nesse contexto que se encontra o PESMS¹⁴, único programa de educação em saúde vinculado legalmente, a partir de 2000, às ações de saneamento financiadas pela Funasa, como estratégia integrada para alcançar os indicadores de impacto positivo, incluindo a participação da comunidade beneficiada. Com isto, sublinearmente, o Pesms deve contribuir com a sustentabilidade das ações de saneamento implantadas, ao promover a participação da comunidade.

A prática da descentralização das ações de saúde exige da FUNASA um papel de normatização e assessoramento técnico que permita o fortalecimento de estados e municípios, de tal modo que cada um deles possa desenvolver suas próprias ações educativas na prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, seguindo diretrizes estabelecidas pela FUNASA, de forma a permitir a adaptação às peculiaridades regionais.

Por outro lado, o corpo técnico da Educação em Saúde do Ministério da Saúde buscou outras formas de atuação. Desde 1997, procurou desenvolver o Projeto Saúde na Escola, integrado ao Projeto TV Escola, do Ministério da Educação. Reconstituiu, em 1998, uma

¹⁴ Ver lista de siglas, p. 5.

Diretoria de Programas de Educação em Saúde, que conseguiu ampliar o Projeto Saúde na Escola para um Programa de Educação em Saúde, que propõe uma linha de ação nos moldes da proposta IEC, com a utilização das tecnologias de comunicação de massa, conforme pode ser constatado pelas áreas de trabalho identificadas como campo da educação em saúde, contidas em documento formulado por educadores daquela Diretoria (Brasil, 2004c):

“0 – Saúde na Escola;

1 – Educação em Saúde para o Trabalhador

2 – Canal Futura – TV do conhecimento

3 – Movimentos Comunitários

4 – Humanização no Atendimento

5 – DST/AIDS

6 – PACS e PSF

7 – Telemedicina

8 – Comunicação Social de suporte aos órgãos técnicos

9 – IEC” .

Em 2004, o Ministério da Saúde redefiniu sua proposta política para o setor. Mas estruturalmente as ações voltadas para a educação em saúde estão localizadas no Departamento de Gestão da Educação na Saúde, no qual se encontra uma Coordenação de Educação Popular em Saúde(CEPS) (Brasil, 2004a).

Segundo os documentos mais recentes, a CEPS tem o objetivo de “*promover na sociedade civil a educação em saúde, abrangendo a formação, e produção de conhecimento para a gestão social das políticas públicas de saúde, do direito à saúde, da organização do sistema e dos deveres das três esferas de gestão do SUS*” .

Além disso, suas ações são dirigidas “aos conselheiros de saúde, aos movimentos sociais, às organizações não-governamentais, aos membros do Ministério Público e Judiciário, aos educadores populares, educadores em geral e à população” . O documento citado também não especifica modos de abordagens de trabalhos com tantos seguimentos populares tão diversificados, dando ainda impressão de uma declaração de intenção, mas não ainda um programa definido.

Percebe-se, entretanto, no Ministério da Saúde, uma preocupação com o enfoque da inclusão social, por meio de ações intra e intersetoriais, no plano externo, buscando a interlocução com os movimentos sociais, gestores de saúde e demais ministérios; no plano interno, busca a articulação com as demais secretarias e departamentos, com vistas ao desenvolvimento integrado de ações de “educação em saúde”, envolvendo as áreas de populações rurais, saúde na escola, educação em saúde (FUNASA), capacitação de conselheiros de saúde (Brasil, 2003).

Acompanhando esse propósito de ação integrada, a Funasa divulgou que fez gestão junto ao Ministério da Saúde no intuito de fomentar a criação de nova proposta de atuação no setor de Educação em Saúde (Brasil, 2004b). Entretanto, ainda não se encontra nenhuma prática atual na área atribuível a essa parceria.

A partir de 2004, o setor de educação em saúde da Funasa vem desenvolvendo um projeto participativo de cunho democrático, denominado “Ações para Mobilização Social e Educação em Saúde” (Brasil, 2004f). Esse projeto encontra-se em fase de implantação, com equipes multidisciplinares, incluindo nessas equipes agentes locais de saúde. Acenou-se para a elaboração de um documento de orientações metodológicas, mas isto não se confirmou.

Essa prática educativa foi desenvolvida como forma de validação, em comunidades indígenas, com remanescentes de quilombo e em assentamentos rurais, tendo como idéia central a mobilização da comunidade, por meio da formação de grupos locais, que são motivados e responsabilizados pela continuidade das ações comunitárias desenvolvidas na primeira semana com o auxílio de uma comissão técnica da Funasa, em forma de oficinas e mutirões, tendo como conteúdos básicos quatro eixos temáticos considerados universais: comunicação, higiene, alimentação e saneamento ambiental, tratados como fatores de promoção da saúde local (Brasil, 2004f).

A mobilização é desenvolvida como um tema transversal em relação aos demais eixos temáticos. A transversalidade é entendida como a característica de um conteúdo temático transitar por outros vários campos de conhecimento, facilitando o desenvolvimento destes e utilizando-os como meios para consecução da sua própria eficácia. Assim, a temática de mobilização estará presente nas discussões em todos os momentos, facilitando a inclusão não só dos participantes da discussão, mas de toda a comunidade no processo de trabalho.

Não obstante, este é apenas um aspecto da mobilização da comunidade, a partir do qual é necessário avançar para outros níveis de participação. Desta forma, os idealizadores da proposta formaram grupos técnicos responsáveis pelas ações de continuidade que devem ser assumidas paulatinamente pelos grupos locais, com a realização de outras oficinas conforme o cronograma estabelecido em conjunto com a comunidade.

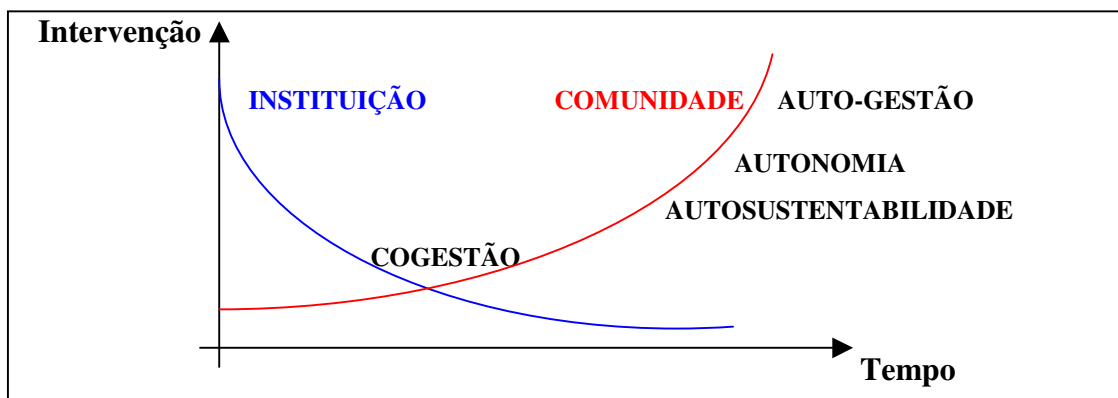
Com essa estratégia procura-se não responsabilizar unicamente o grupo local ou o cidadão pelos possíveis fracassos, sob o risco de incorrer mais uma vez na perversa lógica da *culpabilização da vítima*, em que a individualização da culpa resulta na explicação de uma prática coletiva, segundo Valla & Stotz (1993).

Nesse projeto, embora não haja ainda uma diretriz clara para a maioria dos técnicos que nele são envolvidos, a idéia subjacente de educação em saúde não parece ser a de buscar comportamentos adequados por meio do repasse de conhecimentos e regras de conduta, mas de permitir o desenvolvimento das potencialidades humanas locais em busca da autovalorização, autonomia e fortalecimento para a autosustentação.

As intervenções institucionais em grupos sociais, notadamente em áreas de exclusão social histórica, como essas (indígenas, remanescentes de quilombos, assentamentos, etc.) devem se dar de forma a promover a autonomia dessas comunidades, tanto por meio do acesso às tecnologias quanto por meio do saber, conhecer, operar, decidir, em suma, resolver e não somente esperar receber.

Portanto, essas intervenções devem ser efetivadas de forma que a instituição, que inicialmente contribui quase que plenamente com a iniciativa das ações, aos poucos vá transferindo para a comunidade o conhecimento e as atribuições, bem como as formas de acesso ao planejamento e aplicação dos recursos, conforme a ilustração gráfica a seguir:

QUADRO ADOTADO COMO REFERÊNCIA PARA AÇÕES PARTICIPATIVAS



Fonte: Pedrosa et al., 1998.

A instituição, representada, neste caso, pela equipe ou grupo de trabalho, que tem como principais estratégias de ação as práticas educativas e as motivações mobilizadoras, deverá caminhar primeiramente rumo à situação de cogestão das ações com representantes da comunidade (técnicos, lideranças e/ou usuários).

A partir desse estágio de cogestão, deve-se caminhar rumo à auto-gestão, situação em que o grupo local se encontra fortalecido a ponto de dispensar a iniciativa, o planejamento e a coordenação das ações por parte do grupo institucional, assumindo com autonomia esses papéis, caminhando, assim, rumo a uma situação de autosustentabilidade local.

Historicamente, as ações educativas para a saúde têm se debatido diante de diversas vertentes filosóficas e tentativas de adaptação aos contextos ideológicos e, principalmente, políticos, tendo em vista seu uso geralmente institucional governamental.

Não obstante, há inúmeras iniciativas de organizações não-governamentais (ONG), dos movimentos populares, como o Movimento Popular em Saúde (MOPS) e o Movimento Sem Terra (MST); e a Igreja Católica, com a Pastoral da Criança, entre outros, surgidos no final da década de setenta e início dos anos oitenta, que têm desenvolvido experiências inovadoras de Educação Popular, também em saúde, onde os serviços públicos não possuem papel preponderante (Vasconcelos, 2000).

Destaca-se, entre essas experiências, a contribuição das comunidades eclesiais de base da Igreja Católica, que desenvolveram uma metodologia pedagógica de Educação Popular que vem sendo apropriada por um número significativo de profissionais de saúde e tem permitido criar formas inovadoras da relação serviço/população, em que a principal preocupação é colaborar no esforço das classes populares pela conquista dos seus direitos e uma maior capacidade de entendimento e enfrentamento de seus problemas de saúde (Vasconcelos, 2000).

Talvez, em vista disso, a Educação Popular tenha sido fortalecida nos últimos anos pelas instâncias de participação social. A 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, recomendou a criação de coordenações de Educação em Saúde nas três esferas de governo e a organização de núcleos e fóruns permanentes de Educação Popular em Saúde, visando à formação e à capacitação de grupos e/ou indivíduos e/ou comunidades para atuar e divulgar ações educativas (Conferência, 2004).

Foi proposto, ainda, na Conferência (2004), a efetivação e a valorização da educação permanente em saúde, formal e popular, em escolas, igrejas, locais de trabalho e comunidade em geral, articulando estratégias de educação a uma política de informação e comunicação permanente e continuada. Além disso, recomendou o fortalecimento dos fóruns permanentes, com o apoio da Associação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS) e do Ministério da Saúde.

1.2 Pressupostos e conceitos fundamentais a esta Dissertação

Esta Pesquisa avaliativa tem como principais fundamentos *os paradigmas holomônicos da educação* (Gadotti, 2002); *o enfoque ecossistêmico*, tal como discutido por Minayo (2002); *o problema epistemológico da complexidade* proposto por Edgar Morin, bem como os paradigmas da *vigilância* (Paim, 1994) e *promoção da saúde* (Carta de Ottawa, 1986), com destaque para os eixos do *aumento da capacidade individual* e o *fortalecimento das ações comunitárias* (*empowerment* individual e coletivo).

O objeto deste estudo sobre educação e mobilização social demanda, certamente, a discussão de outros conceitos como o processo saúde/doença, modelos assistenciais de saúde, promoção e prevenção, bem como os temas da participação e mobilização comunitária/popular e social, e as concepções de educação que permeiam as práticas educativas analisadas, além de outras ferramentas das ciências sociais, como o estudo de representações sociais¹⁵ e análises de categorias de significados presentes nas falas dos sujeitos da Pesquisa (Deslandes, 1997).

Considerando que o objeto de estudo desta Pesquisa Avaliativa está vinculado a uma intervenção de saneamento ambiental (projeto de melhoria sanitária domiciliar - MSD), serão também objetos de análise os princípios do saneamento ambiental em saúde (Gomes, 1995; Minayo, 2002; Brasil, 2004d).

1.2.1 Reflexão sobre as concepções educativas na saúde

Como visto no histórico da educação para a saúde, a ação educativa tem basicamente duas concepções. Na primeira, assume uma postura *comportamentalista informativa*, na crença de que o acesso à informação garante a adequação do comportamento do indivíduo; na

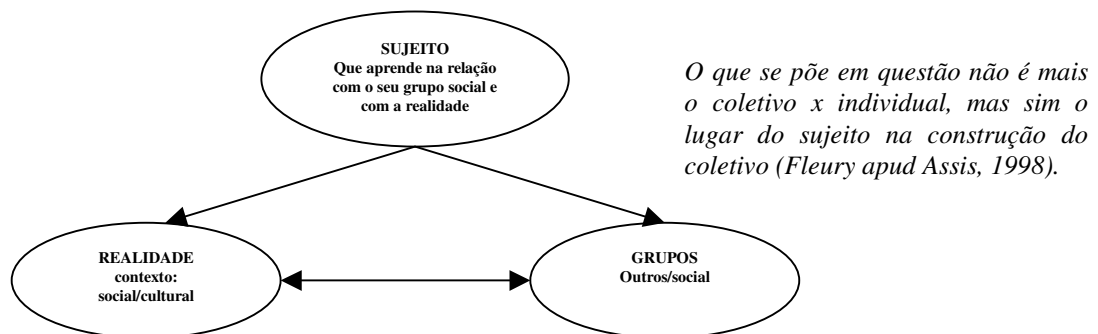
¹⁵ O conceito de Representação Social é utilizado nesta Pesquisa em sua acepção mais pragmática em que a palavra “representação” significa um conjunto estruturado de opiniões, atitudes, crenças e informações de um dado objeto social, tendo como uma de suas funções traduzir um saber “ingênuo” e prático do senso comum (Moreira, 1998).

segunda, torna-se um processo de instrumentalização de indivíduos e de grupos para a identificação e análise dos problemas de saúde, no sentido de elaboração de propostas de solução.

Segundo Assis (1998), a abordagem pedagógica emergente da segunda concepção passa a privilegiar os espaços coletivos, de trabalho em grupo, como os mais ricos para a vivência da real participação e da produção coletiva do conhecimento, buscando uma *perspectiva crítica* ao questionar a transmissão vertical das informações.

Entretanto, é necessário avançar para além dessa perspectiva crítica rumo a uma “*visão integradora*” que recuse polarizações que impliquem o risco de se menosprezar dimensões fundamentais para a educação, como a *dimensão do indivíduo* e a *dimensão coletiva* (Assis, 1998). No processo de aprendizagem, a dimensão subjetiva não deve ser negligenciada em detrimento da coletividade, e ambas não podem furtar-se da vivência empírica baseada na realidade.

Representação gráfica do processo ensino-aprendizagem no modelo integrador



No Brasil, historicamente, o modelo crítico da educação não negou a questão individual, mas tendeu a não enfrentá-la, talvez para fugir ao risco de uma prática considerada anteriormente por ele implicitamente reacionária (Assis, 1998).

No modelo integrador, a mudança de comportamento permanece como um tema da maior complexidade e deve ser enfocada, não mais na forma restrita do modelo tradicional nem voltada essencialmente para o grupo social, mas à luz de uma visão histórica e cultural que considere e problematize *o lugar de fala* do sujeito, seu direito de falar e a legitimidade de sua fala (Araújo, 2003).

O quadro a seguir representa uma tentativa de aglutinar os modelos utilizados em Educação em Saúde, que na prática não deixaram de seguir os paradigmas pedagógicos ocidentais, desde as tendências tradicionais voltadas para a aquisição, pelo indivíduo, do

conhecimento sistematizado, passando pelas tendências críticas (Libâneo, 1985), voltadas para a construção coletiva de saberes necessários à emancipação política dos grupos sociais, até o dilema atual dos paradigmas holomônicos que buscam evitar reducionismos na intenção de restaurar a totalidade do sujeito individual (Gadotti, 2002).

*Modelos utilizados em Educação em Saúde**

Modelo	Dimensão	Educação em Saúde	Produto
Tradicional (da transmissão)	Agir instrumental (individual)	Instrumento (técnica)	Comportamento adequado à saúde.
Crítico (da descoberta)	Agir estratégico (coletiva)	Estratégia (política)	Consciência sanitária.
Integrador (do diálogo)	Agir comunicativo (dialógica)	Ação (comunicativa)	Legitimidade das normas e dos comportamentos necessários à eficácia das ações de saúde.

* Quadro construído com base na Teoria do Agir Comunicativo de Habermas (1983) e nas análises realizadas por Machado (1989) e Assis (1998).

A Educação em Saúde no *modelo tradicional* é marcada pelo *agir instrumental*, rege-se por regras técnicas baseadas no saber empírico e implica a organização dos meios adequados a um controle eficaz da realidade, que são nada mais que as normas a serem observadas para a redução dos riscos de adoecimento e morte (Habermas apud Assis, 1998).

No *modelo crítico* as ações educativas são marcadas pelo *agir estratégico* na medida em que visam à capacitação de grupos ou classes para as lutas políticas ou ação estratégica, geralmente contra o próprio Estado ou governos que são percebidos como adversários a serem enfrentados, como atores que se opõem pela omissão e descompromisso à possibilidade de a população ter mais saúde (Assis, 1998).

No *modelo integrador*, o que seria, segundo Machado (apud Assis, 1998), uma nova orientação para a Educação em Saúde, esta baseia-se no *agir comunicativo*, que não exclui as dimensões instrumental e estratégica, mas assume como intenção principal o estabelecimento de uma comunicação livre de violência.

O objeto de trabalho dos educadores nessa linha passa a ser a construção de mecanismos que estimulem a livre comunicação entre as pessoas e grupos na sociedade civil e nas instituições estatais envolvidas na solução de questões ligadas à saúde.

Enquanto os produtos esperados como resultados da prática educativa no modelo tradicional eram os comportamentos adequados à aquisição de saúde, e no modelo crítico, a

consciência sanitária; o plano do agir comunicativo no modelo integrador parece ser fecundo no sentido de resgatar as múltiplas dimensões da saúde (subjéctiva, sócio-cultural, política, etc.) e, sobretudo, *cuidar da legitimidade das formas com que as interações são produzidas*.

Práticas educativas baseadas no diálogo, especialmente quando são realizadas em grupo, são espaços de enfrentamento de dificuldades na medida em que possibilitam a diluição do poder e estimulam e exercitam a competência comunicativa, podendo, assim oferecer uma contribuição efetiva no exercício da fala e da escuta, a relação mais solidária e efetiva entre técnicos e população, possibilitando que as normas deixem de ser regras de conduta para serem conhecimento técnico que se oferece ao debate público sobre a qualidade de vida (Assis, 1998).

O dialogismo, ou prática do diálogo, é o jogo das diferenças e das relações entre vozes do mesmo texto, contexto e enunciados. Ninguém poderá assegurar os sentidos que serão produzidos no processo de interlocução, pois esses sentidos são produzidos, circulam e são consumidos como produtos de um mercado simbólico, e é justamente na circulação que a negociação dos sentidos é produzida (Araújo, 2003).

Por isso faz-se tão importante que o interlocutor identifique, como protagonista consciente, o seu lugar de fala e as regras de comunicação a serem seguidas, a fim de que ele possa exercer o seu poder de fala na relação com os demais interlocutores, ocupando assim, uma posição que lhe ofereça melhores condições de negociação dos sentidos, na prática dialógica, fortalecendo-se, deste modo, para uma participação efetiva na ação comunicativa.

Esse aspecto *dialógico* da Comunicação bem como a *visão integradora* de base sociológica vêm ao encontro da Psicologia da Aprendizagem, que aponta, no atual estado da arte, para as *comunidades de aprendizagem*, que, segundo Pérrisé (2004), encerram a idéia de associações de pessoas com comunhão de interesses, objetivos e ideais, reunidas em ambientes reais ou virtuais, envolvidas num esforço solidário e cooperativo de todos, para processar informações, ‘organizar conhecimentos’¹⁶ e distribuí-los entre os membros do grupo.

¹⁶ Organização do conhecimento é um termo mais apropriado, segundo Pérrisé (2004), em substituição a “construção do conhecimento”, pois este, emprestado da engenharia civil, traz a idéia de obra, que tem começo e fim e que para se reconstruir é necessário implodir (desconstruir); o que está em desacordo com a psicogênese do conhecimento, para a qual este nunca é acabado, nem reformado como obra física, mas sempre reorganizado pelo sujeito a cada aproximação do objeto, aproximação essa que nem sempre é sucessiva como se diz.

O que significam essas comunidades (sejam grupos de trabalhos, grupos focais, técnicos, sociais, comunitários, multisetoriais, *e-mail groups*, etc.) quando conformam uma cultura de participação coletiva e de partilha democrática na organização do conhecimento, senão um exemplo de mobilização em torno de um imaginário¹⁷ coletivo?

Por fim, resta destacar um aspecto subjacente ao indivíduo e à coletividade na produção dos sentidos: *o desejo*, sem o qual não haverá partilha nem negociações de sentidos, pois em intervenções de saúde que dependem da adesão do indivíduo, o desejo é uma questão determinante para que seja criado um imaginário coletivo sobre o problema a ser resolvido, e, segundo Gomes (1995), o que condiciona este desejo se torna a chave de qualquer processo de mudança.

1.2.2 A mobilização social e a participação popular

Segundo Toro & Werneck (1996), a mobilização ocorre quando um grupo de pessoas, uma comunidade ou uma sociedade decide e age com um objetivo comum, buscando, quotidianamente, resultados decididos e desejados por todos. Nessa concepção, mobilização social é a união de grupos sociais em torno de um objetivo comum.

A mobilização exige participação. Esta é, segundo Toro & Werneck (1996), meta e meio em um processo de mobilização social. “A participação será mais assumida, livre e consciente, na medida em que os que dela participem perceberem que a realização do objetivo perseguido é vital para quem participa da ação e que o objetivo só pode ser alcançado se houver *efetiva participação*.” (Whitaker apud Toro & Werneck, 1996).

Segundo Pinto (1982), entre as várias concepções de participação destacam-se:

- a) a *participação simbólica*: simples inclusão, sem que o sujeito tome parte ativa ou receptiva numa associação ou organização, como a simples filiação a sindicatos;
- b) a *participação receptiva*: quando um grupo ou indivíduo apenas recebe um serviço do Estado, como ir ao posto de saúde;
- c) a *participação ativa*: quando a população toma parte em uma ação ou conjunto de atividades decididas e propostas pelo Estado, como no caso dos mutirões; e

¹⁷ O imaginário enuncia um futuro a ser construído. É um horizonte perceptível. Serve de critério para avaliar os múltiplos esforços e decisões para converter esse horizonte em realidade (Toro & Werneck, 1996). Um exemplo citado por Bernardo Toro é o que mobilizou o povo japonês depois da II Guerra Mundial: “Vamos conquistar pelo mercado quem nos derrotou pelas armas”. Há por trás desse desejo comum aos japoneses, mobilizados para impor uma derrota aos americanos, condicionantes históricos e sociais que potencializam a negociação dos sentidos.

- d) a *participação real*: a que se identifica com as reivindicações da população, para assumir parte das decisões sociais.

Esta última concepção se dá quando a comunidade participa do diagnóstico, execução, controle e avaliação das ações de saúde. Na área de saúde, isto começou a ser uma realidade com a criação do SUS, com seus processos de municipalização, descentralização e participação da sociedade civil, por meio dos conselhos de saúde (Brasil, 1991).

Esta concepção oportuniza as comunidades, por meio de suas organizações de base, a participarem desde a elaboração do diagnóstico situacional da saúde local até a execução das ações e serviços, fiscalização, avaliação e controle social.

Uma proposta de classificação dos programas de participação foi elaborada por Rifkin (apud Rozembeg, 2002), em cinco níveis, conforme o entendimento do que seja participação na concepção do programa:

- a) *primeiro nível*: programa em que participação é a mera exposição dos usuários às ações de saúde, tais como frequência a eventos;
- b) *segundo nível*: programas de que a população participa oferecendo determinados espaços comunitários para as ações dos programas, como salas, auditórios, etc.;
- c) *terceiro nível*: programas que entendem a participação como envolvimento direto, por meio do trabalho braçal, como nos programas de controle da dengue, em que escolares fazem busca ativa e eliminação de criadouros de larvas do mosquito;
- d) *quarto nível*: programas em que a comunidade participa na implementação e avaliação de estratégias, envolvendo-se ativamente nas decisões sobre as ações do programa e ajudando a corrigir seus rumos;
- e) *quinto nível*: programas em que a comunidade e os próprios beneficiários das ações participam ao ponto de deliberar sobre os destinos do programa, podendo, neste caso, decidir, por exemplo, se o programa oferecido é ou não prioritário, redirecionando os recursos para outros setores de maior emergência.

Pode-se observar que o *quarto e quinto níveis de participação*, de Rifkin (2002), aproximam-se da concepção de *participação real*, de Pinto (1982), em que há participação *efetiva* da comunidade no planejamento, avaliação e na implementação dos programas de promoção da saúde.

O alcance desse nível de *participação popular efetiva* (Valla & Stotz, 1993) seria o ideal, segundo Oliveira (2003), para que os atores tenham a capacidade de apontar as áreas em que julgam necessária a intervenção estatal. Mas, segundo essa autora, o que ocorre no interior dos movimentos populares é a convivência entre as diversas formas de participação, cada uma delas com um potencial de mudança, dependendo da significação e dos usos que os grupos populares fazem delas (Oliveira, 2003).

Entretanto, há muitos entraves para o alcance do nível de participação efetiva, como, por exemplo, a falta de representatividade, bem como as formas de legitimação dos representantes comunitários, que muitas vezes sofrem com nepotismo, *lobby*, forças de grupos de interesses, entre outros. Além disso, esses representantes populares, apesar de terem acumulações políticas e conhecimentos produzidos nas suas experiências de vida, necessitam de capacitação técnica a fim de fortalecerem-se para desenvolver uma *participação efetiva*.

Caberia, nestes casos, em programas educativos para promoção da saúde, o delineamento de uma proposta pedagógica para a “*participação popular entendida como um processo educativo*, pois desenvolve e fortalece a consciência da cidadania da população para que assuma efetivamente o seu papel de sujeito da transformação da cidade. Para isso é essencial que a população, organizada ou não, compreenda minimamente o funcionamento da administração, a elaboração do orçamento (esse mistério insondável!) e as leis que regem a administração pública e limitam a ação transformadora” (Gadotti & Torres in Brasil, 1997).

Para Minayo (2002), os termos *participação comunitária* e *participação social* apresentam uma diferença clara ao considerar que o uso do termo *comunitária*, ao focalizar estritamente o envolvimento da população, acaba por imputar culpabilidade à comunidade, quando ela por si só não consegue solucionar os problemas que dependem de muitos outros atores sociais.

Segundo a autora, o sentido do termo *social* é mais amplo, incluindo os gestores públicos, empresários e outros atores individuais e coletivos, que têm a ver direta ou indiretamente com o problema. Este último enfoque é mais coerente com a abordagem ecossistêmica dos problemas de saúde, que será tratada no próximo capítulo.

Por outro lado, Rozemberg (2002) chama a atenção para que o uso do conceito ampliado de social não seja simplesmente um retorno ao trabalho com a participação de modo genérico, correndo-se o risco de excluir as comunidades vitimadas do processo de

participação e decisão. A autora destaca ainda a ‘necessidade de avaliação da participação efetiva das comunidades e da sua própria inclusão na avaliação das ações de promoção da saúde.

Para tanto, é necessário que os programas de promoção da saúde definam claramente suas metas participativas, permitindo uma avaliação de participação comunitária/popular, fomentando definições claras tanto dos níveis de participação (almejados *versus* obtidos) quanto da noção de comunidade adotada.

1.2.3 O princípio do saneamento ambiental e sua relação com os novos paradigmas

O saneamento ambiental é o conjunto de ações sócio-econômicas que têm por objetivo alcançar salubridade ambiental, por meio do abastecimento de água potável, coleta e disposição sanitária de resíduos sólidos, líquidos e gasosos, promoção da disciplina sanitária de uso do solo, drenagem urbana, controle de doenças transmissíveis e demais serviços e obras especializadas, com a finalidade de proteger e melhorar as condições de vida urbana e rural (Brasil, 2004d).

O saneamento do ambiente é uma *prática preventiva*, enquanto é visto como meio de evitar o contato do homem com os agentes etiológicos das doenças e, conseqüentemente, os processos de transmissão e contaminação; mas é também uma *prática promotora de saúde*, enquanto proporciona melhoria na qualidade de vida, não só pela ausência de enfermidades mas pelo acesso a condições de bem-estar social. Além disso, segundo Gomes (1995), trata-se de um direito humano e não apenas de uma intervenção para melhorar a saúde.

Contudo, o que justifica as intervenções de saneamento nas ações de governo ainda são os índices de morbidade e mortalidade por doenças relacionadas com a água e o meio ambiente em geral. Referendado por esses indicadores epidemiológicos e ambientais, as agências governamentais financiam as ações de saneamento com a finalidade básica de reduzir esses indicadores e, por conseguinte, promover a saúde da população.

Nessa concepção, o princípio básico da ação de saneamento reside no modelo ecológico de explicação da doença, que entende a doença infecciosa como o resultado de uma interação entre o indivíduo (hospedeiro), o agente biológico causador (o agente etiológico) e o ambiente (onde o hospedeiro e o agente etiológico são capazes de viver).

Existem outras formas de explicação da doença, como o modelo de explicação social que entende a doença não só como resultado de relações ambientais, mas sociais do indivíduo.

Há ainda definições mais complexas que consideram a interação de uma rede de fatores que determinam a doença (Gomes, 1995).

A importância dessas definições reside no fato de indicarem que há mais de uma causa para as doenças, e as ações de saneamento podem contribuir no controle dessas causas, pois, segundo Heller (1997), essas intervenções, como abastecimento de água e esgotamento sanitário, provocam impacto positivo em diversos indicadores de saúde.

Entretanto, ao se priorizar a eliminação das rotas de transmissão das doenças do ambiente físico, este entendido como a casa, a cozinha, o quintal, a escola, a rua onde as crianças brincam, etc. (Gomes, 1995), o saneamento fundamenta-se na concepção ontológica de explicação da doença, em que a origem causal desta deve ser identificada e eliminada, como forma de intervenção sobre a doença (Czeresnia, 1999), aproximando-se do paradigma da medicalização social.

As ações de saneamento consideradas apenas sob o enfoque ecológico (relação hospedeiro-agente etiológico-ambiente) nem sempre conseguem impactos positivos na saúde coletiva pelo fato de não terem a força necessária para alterar as situações culturais estabelecidas no manuseio do espaço ambiente (Gomes, 1995).

Heller (1997) considera que ainda se faz necessário o aprofundamento dos estudos de impacto que busque a compreensão de situações particularizadas, em termos de intervenção, do indicador medido, das características sócio-econômicas e culturais da população beneficiada e do efeito interativo das intervenções em saneamento e destas com outras medidas relacionadas.

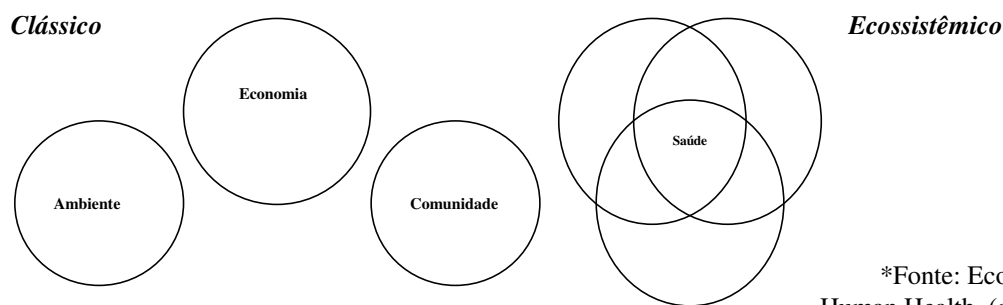
Os pesquisadores mencionados nos parágrafos anteriores parecem ressentir-se da falta de uma abordagem que avance para além das relações ambientais e epidemiológicas como princípios da ação de saneamento, apontando para a necessidade de um paradigma que estabeleça outras formas de compreensão e aplicação das intervenções de saneamento, contemplando os aspectos sócio-econômico-ambiental-cultural como um só eixo de dimensões interrelacionadas entre si.

Esse paradigma desejado, que está se configurando, aproxima-se do enfoque ecossistêmico (Forget & Lebell apud Minayo, 2002), que visa transpor fronteiras disciplinares, articular teoria e prática e assegurar a participação de diferentes atores na pesquisa e na ação (Uchoa, 2002). Trata-se de uma estratégia em cujas bases já reside a

ruptura de uma mera visão assistencial e tem como foco a intervenção nos determinantes da saúde (Gómez, 2002).

A abordagem ecossistêmica é uma forma de integração, em realidades concretas, entre ambiente, comunidade e economia, com uma visão holística e ecológica da promoção da saúde (Minayo, 2002). Minayo retomou uma representação gráfica de Forget & Leabell para demonstrar que a abordagem clássica do uso dos recursos naturais dava grande ênfase aos fatores econômicos e muito pouco ao ambiente e à comunidade, ao passo que a abordagem ecossistêmica valoriza igualmente os três componentes ao lidar com as temáticas de saúde.

*Representação gráfica dos enfoques clássico e ecossistêmico de intervenção em saúde**



*Fonte: Ecosystem Approach to Human Health, (apud Minayo, 2002).

No desenvolver desta Pesquisa, alguns referenciais foram se revelando muito importantes, tais como as modificações sofridas pelas ciências em suas relações com o senso comum e a abordagem ecossistêmica. Alguns autores fazem revisões críticas sobre os paradigmas clássicos em ciências e apontam como visão mais abrangente os paradigmas holomônicos (Morin apud Gadotti, 2002; Santos, 2002).

Mesmo com fundamentações ainda mal definidas ou emergentes, os defensores dos paradigmas holomônicos sustentam que os paradigmas clássicos (identificados no positivismo e no marxismo) lidariam com categorias redutoras da totalidade do real. A visão holomônica pretende restaurar a totalidade do sujeito individual, valorizando a iniciativa, a criatividade, o micro, a singularidade, a complementaridade, a convergência (Gadotti, 2002).

Para Morin (apud Gadotti, 2002), os paradigmas clássicos sustentam os sonhos de uma sociedade plena, sem arestas, onde nada perturbaria um consenso sem fricções, banalizando dimensões da vida, tais como a do desejo, do olhar e da escuta.

Santos (2002) apresenta esse paradigma emergente ou da ciência pós-moderna como *o paradigma de um conhecimento prudente para uma vida decente*, explicado por meio de quatro teses fundamentais: todo conhecimento científico-natural é científico-social

(transdisciplinar); todo conhecimento local é total (sistêmico); todo conhecimento é autoconhecimento (subjetivo/autobiográfico); e todo conhecimento científico visa constituir-se em senso comum (busca de transparência).

1.2.4 Diferença entre prevenção e promoção e o conceito de saúde deste estudo

A prevenção fundamenta-se no conceito de doença enquanto a promoção volta-se para o conceito de saúde. Segundo Leavell e Clarck (apud Czeresnia, 1999), a prevenção em saúde exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural da doença, a fim de tornar improvável o seu progresso posterior. Traz a idéia de chegar antes para evitar o dano, o mal, o que nos leva quase que automaticamente a relacionar essa idéia à concepção ontológica de doença.

Porém, o discurso preventivo está baseado no conhecimento epidemiológico moderno, com o objetivo de controlar a “transmissão” de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos (Czeresnia, 1999), atuando com projetos de prevenção e de educação para a saúde centrados na divulgação de informação científica e de recomendações normativas, voltadas para a mudança de hábitos, como formas de quebrar a linha de transmissão ou controlá-la.

O conceito de promoção da saúde, segundo a Carta de Ottawa (Brasil, 1996b), como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação social no controle desse processo”, é bem mais abrangente que o de prevenção, pois postula a idéia de saúde como qualidade de vida, resultante de um processo complexo condicionado por diversos fatores, como a alimentação, justiça social, ecossistema, renda, educação e paz, preocupando-se com o estar saudável, não com a doença em si mesma (Czeresnia, 1999).

Não se pode fugir à tentação de relacionar o paradigma da promoção da saúde à concepção dinâmica (grega/hipocrática), em que a doença é vista como um desequilíbrio que envolve múltiplos fatores (Czeresnia, 1999), ao proporcionar uma visão holística e sistêmica do processo saúde-doença, possibilitando fugir de teorias redutoras e transitar entre diferentes formas de compreensão fundamentadas na complexidade dos fenômenos, apontando para o conhecimento intersetorial e transdisciplinar em saúde pública, tal como proposto pelos paradigmas da ciência pós-moderna.

1.2.5 Concepções de vigilância na área de saúde

O eixo comum entre Vigilância da Saúde, Vigilância à Saúde e Vigilância em Saúde é a abertura para a Epidemiologia, tanto no que diz respeito à sua contribuição para a análise dos problemas de saúde, quanto no âmbito do debate sobre planejamento e organização de sistemas e serviços (Paim, 1998, in Czeresnia & Freitas, 2003).

Segundo Teixeira, Paim & Vilasbôas (1998), no debate acadêmico sobre as terminologias de vigilância, a “Vigilância à Saúde” aparece como uma vertente de concepção mais restrita às vigilâncias epidemiológica e sanitária, que não intervém nos determinantes sociais nem na assistência médico-hospitalar.

A “Vigilância em Saúde”, terminologia utilizada por Waldman (1998), é entendida, mais restritamente ainda, como “uma das aplicações da Epidemiologia” e define-se como “uma observação contínua da distribuição e tendência da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes, assim como de outros dados relevantes e a regular disseminação dessas informações a todos que necessitam conhecê-las” (Langmuir apud Waldman, 1998).

Surge ao lado de outros instrumentos de saúde pública, como monitorização em saúde pública e educação em saúde (Waldman, 1998), precisa fundamentalmente conter pelo menos três elementos integrados: a vigilância de efeitos sobre a saúde (agravos e doenças); a vigilância de perigos (como agentes químicos, físicos e biológicos que possam causar doenças e agravos) e a vigilância de exposições (monitoramento da exposição de indivíduos a um agente ambiental ou seus efeitos clinicamente ainda não aparentes) (Czeresnia & Freitas, 2003).

A concepção mais ampliada de vigilância seria, para Teixeira et al. (1998), a vertente da “Vigilância da Saúde”, que incorpora desde as ações sociais até as ações específicas de prevenção de riscos e agravos, bem como as de recuperação e reabilitação de doentes, ou seja, ação social, atenção à saúde e serviço hospitalar.

Segundo Teixeira et al. (1998), a Vigilância da Saúde apresenta-se em três concepções:

- a) como monitoramento, restringindo-se ao acompanhamento de eventos adversos à saúde (epidemiologia, acidentes, violência, etc.);
- b) como Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária, propondo a integração institucional e a intersetorialidade. Esta concepção autodenominou-se de “concepção restrita da Vigilância da Saúde”;

c) como redefinição de práticas sanitárias, com duas concepções distintas mas não divergentes:

- modelo assistencial alternativo, que privilegia a dimensão técnica, conformada por um conjunto de práticas sanitárias que encerram combinações tecnológicas distintas, destinadas a controlar determinantes, riscos e danos – concepção ampliada;

- modelo de vigilância à saúde que privilegia a dimensão gerencial e organiza processos de trabalho em saúde para o confronto dos problemas de enfrentamento contínuo, num território delimitado.

A Vigilância da Saúde é apresentada como um novo Paradigma Assistencial, um modelo alternativo, assistencial de atenção à saúde, voltado para a qualidade de vida, em confronto com os modelos hegemônicos relacionados a seguir:

a) o Médico-Assistencial Privatista (biomédico);

b) o Assistencial Sanitarista (campanhista).

A Vigilância da Saúde aparece, então, ao lado de outros modelos como:

c) Medicina Comunitária (atenção primária);

d) Promoção da Saúde (sócio-ecológico).

Segundo Teixeira (apud Czeresnia & Freitas, 2003), esse ‘modo tecnológico de intervenção em saúde’¹⁸ denominado Vigilância da Saúde constitui-se de fato em uma estratégia de organização de um conjunto heterogêneo de políticas e práticas que assumiram configurações específicas de acordo com a situação de saúde da(s) população(ões) em cada país, em cada município.

**Diferenças entre os modelos assistenciais vigentes e a proposta de Vigilância da Saúde*
(concepção ampliada)**

Modelos	Sujeitos	Objetos	Métodos de trabalho	Formas de organização
Médico-assistencial privatista	Médico	Doença Doente (paciente)	Terapêutica (tecnologia médica)	Redes de serviços de saúde-hospital
Assistencial sanitarista	Sanitarista	Modos de transmissão Fatores de risco	Campanhas e programas (tecnologia sanitária)	Campanhas sanitárias, programas, sistemas de vigilância.
Vigilância da Saúde	Equipes	Danos, riscos,	Tecnologias de comunicação social,	Políticas públicas, ações intersetoriais,

¹⁸ Terminologia usada por Jairnilsom Paim, no texto “Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde” (In: Czeresnia & Freitas, 2003), em substituição à palavra ‘modelo’, segundo ele, para fugir à polissemia em torno deste termo. Não quer dizer que a Vigilância da Saúde seja um paradigma exclusivamente voltado para as ações tecnológicas propriamente ditas. Pelo contrário, propõe a transdisciplinaridade, inclusive com a utilização das ‘tecnologias’ do campo social.

	População Cidadão	determinantes necessidades	planejamento médico-sanitário	intervenções específicas, promoção, recuperação e prevenção, grupos populacionais.
--	----------------------	-------------------------------	----------------------------------	---

*Quadro proposto por J. S PAIM(1994), em “A reforma sanitária e os modelos assistenciais”.

- a) sujeitos – enquanto o modelo médico assistencial tem como sujeito o médico e o modelo sanitarista tem o próprio agente sanitário, como sujeitos individuais, a Vigilância da Saúde tem como sujeito a coletividade, a população, por meio da participação cidadã, não impedindo que o médico e o sanitarista continuem atuando como sujeitos do processo;
- b) objeto – deixa de ser as doenças e o paciente (médico assistencial) e os fatores de risco (sanitarista) para ser a própria saúde e seus determinantes;
- c) método – em substituição à terapêutica (médico assistencial) e às campanhas (sanitarista) passa a utilizar tecnologias de comunicação das ciências sociais e da educação em saúde;
- d) organização dos serviços – enquanto os modelos hegemônicos se organizam por meio dos serviços de saúde (hospitalocêntrico) e das redes de serviço (campanhista), a Vigilância da Saúde propõe como forma de organização dos serviços de saúde o estabelecimento de políticas públicas saudáveis (intersectorialidade, equidade, acessibilidade, universalidade, o “empoderamento” para a participação e o controle social); formas de intervenção (proteção, prevenção e promoção da saúde); participação popular cidadã; inserção de atores sociais, governamentais e não-governamentais.

Assim, a Vigilância da Saúde propõe o uso de tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional e tecnologias médicos-sanitaristas, atuando de forma a transcender o espaço institucional, expandindo-se a outros setores de ação governamental e não-governamental, envolvendo interesses de diversos grupos sociais.

O modelo de Vigilância da Saúde tem como objetivos:

- controlar determinantes (causas), riscos e danos à saúde;
- incorporar novos sujeitos (autores);
- envolver a população organizada;
- intervir sobre o problema de saúde;
- atuar nos problemas que requerem atenção contínua;
- operacionalizar o conceito de risco;

- articular ações promocionais, preventivas e curativas;
- atuar intersetorialmente e sobre o território;
- intervir sobre a forma de operações.

Segundo Paim (in Czeresnia & Freitas, 2003), a Vigilância da Saúde constitui-se, então, em um ‘modo tecnológico de intervenção em saúde’ que tende a incorporar modelos assistenciais vigentes e articular-se com as propostas atuais de promoção da saúde, implicando a redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações de saúde e da cultura sanitária.

Esse ‘modo tecnológico de intervenção em saúde’ propõe a superação da dicotomia entre as chamadas práticas coletivas, vigilância epidemiológica e sanitária, e as práticas individuais, assistência ambulatorial e hospitalar, por meio da contribuição transdisciplinar, incluindo as ciências sociais em saúde e outras ciências e tecnologias necessárias ao momento de análise, tendo como suporte político institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde em nível local.

Assim, ao contemplar as necessidades sociais e os determinantes sócio-ambientais dos problemas de saúde, reforçando a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a Vigilância em Saúde poderá intervir crescentemente sobre as situações e não unicamente sobre os fatores de risco (Czeresnia & Freitas, 2003). Vale ressaltar que aqui os autores utilizam o termo “vigilância em saúde” de forma genérica, o que pode também ser entendido com o sentido ampliado de Vigilância da Saúde.

1.2.6 Vigilância da saúde para promoção da saúde

O conceito de promoção da saúde evoluiu desde um ‘nível de prevenção’ da medicina preventiva, em Winslow (1920), Sigerist (1946) e Leavell & Clark (1965), para um ‘enfoque político e técnico’ do processo saúde-doença-cuidado, como vem sendo caracterizado nos últimos 25 anos, desde Alma-Alta e Ottawa (Buss, 2003).

Formalmente, ela surgiu no Canadá, em 1974, com o Informe Lalonde, tendo como motivação, o enfrentamento dos custos crescentes da assistência médica e o questionamento dos limites da abordagem exclusivamente médica para doenças crônicas (Buss, apud Freitas, 2003).

A promoção da saúde surge como uma espinha dorsal da saúde pública (Freitas, 2003), compartilhando das mesmas dicotomias conceituais desta: controle econômico ou mudança de estilos de vida. Para um determinado grupo a promoção da saúde se restringe a atividades direcionadas para a transformação do comportamento dos indivíduos e seus estilos de vida.

Para outro, além de possibilitar o desenvolvimento de habilidades individuais e comunitárias, caberia também possibilitar à coletividade a intervenção ambiental, por meios políticos, fiscais e administrativos, de forma articulada e intersetorial.

O conceito de promoção da saúde implicaria, assim, a passagem da saúde como prescrição para saúde como promoção; a passagem da ênfase nas mudanças individuais de comportamento à ênfase em uma abordagem compreensiva da saúde pública; o reconhecimento da capacidade das pessoas, libertando o campo da saúde de uma orientação exclusivamente médica; a passagem da educação sanitária autoritária tradicional para a educação em saúde como apoio a um processo de crescimento (Pilon, 1986).

As ações de promoção da saúde devem ter como objetivo possibilitar que os fatores políticos, sociais, econômicos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos sejam cada vez mais favoráveis ao bem-estar geral, como propósito fundamental do desenvolvimento e da equidade social.

Para o alcance desse objetivo, a Carta de Ottawa, publicada em 1986, orienta que a promoção da saúde necessita de uma ação coordenada entre todos os atores envolvidos: governo, setor saúde e outros setores sociais, econômicos, bem como as organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia (Czeresnia & Freitas, 2003).

A Carta de Ottawa aponta ainda que as estratégias e programas na área de promoção da saúde devem adaptar-se às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, bem como levar em conta as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos. Nela foram definidas os cinco campos centrais da promoção da saúde:

- a elaboração e implementação de ‘políticas públicas saudáveis’, tornando a saúde uma prioridade entre os setores sociais;
- a criação de ‘ambientes favoráveis à saúde’, reconhecendo a complexidade e a interdependência entre os diversos setores;
- o ‘incremento do poder técnico e político das comunidades’, buscando garantir o acesso contínuo à informação e oportunidades de aprendizagens sobre os serviços de saúde;
- o ‘desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais’, por meio da informação e educação em saúde;

- a 'reorientação dos serviços de saúde', em direção à superação do modelo biomédico, centrado na doença e na assistência médica curativa.

Nas demais conferências de promoção da saúde houve avanços significativos dessas propostas, embora, desde a sua divulgação, a Carta de Ottawa tenha sido o principal marco de referências da promoção da saúde em todo o mundo, como reconheceram as conferências seguintes, reeditadas em Adelaide (Austrália, 1988), Sundsvall (Suécia, 1991), Jacarta (Indonésia, 1997); as conferências regionais, como as de Santafé de Bogotá (Colômbia, 1992), Caribe (Opas, 1993), do Brasil (2002); e outra no Canadá (1996), promovida pela Canadian Public Health Association (CPHA), ao revisar o tema após extensa consulta aos especialistas (Buss, 2003).

Na Conferência de Bogotá, que foi a referência para a promoção da saúde na América Latina, ficou estabelecido como desafio para essa região a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, transformando as relações excludentes, equilibrando interesses econômicos com propósitos sociais e trabalhando para a solidariedade e equidade social (Buss, 2000, in Czeresnia & Freitas, 2003).

Os cinco princípios e premissas da Declaração de Bogotá citados por Buss (2000) são:

- superação das complexas e profundas desigualdades de tipos econômico, ambiental, social, político e cultural, como relativas à cobertura, ao acesso e à qualidade nos serviços de saúde;
- a necessidade de novas alternativas na ação de saúde pública, orientadas a combater simultaneamente as enfermidades causadas pelo atraso e a pobreza e aquelas que se supõe derivadas da urbanização e industrialização;
- a reafirmação da democracia nas relações sociais;
- a conquista da equidade ao afirmar que o papel da promoção da saúde consiste não só em identificar os fatores que favorecem a iniquidade e propor ações para avaliar seus efeitos, como também atuar como agente de transformações radicais nas atitudes e condutas da população e seus dirigentes;
- o desenvolvimento integral e recíproco dos seres humanos e sociedades.

Entretanto, o maior desafio da promoção da saúde, em países em desenvolvimento como o Brasil, é transformar as relações sociais excludentes, por meio de estratégias inter e

transetoriais que conciliem interesses econômicos e bem-estar social, condições indispensáveis para a saúde e desenvolvimento (Westphal, 1998).

Para Freitas (2003), a formulação de políticas de saúde nas sociedades capitalistas é orientada para a seleção de demandas e a incorporação de propostas que não contrariem a lógica da reprodução econômica e social em curso, o que nos obriga a refletir criticamente sobre as possibilidades de uma vigilância da saúde para a promoção da saúde no caso brasileiro.

O desafio que se coloca é formular propostas de vigilância da saúde para promoção da saúde, combinando os princípios mais globais (Carta de Ottawa) e os mais adequados à nossa realidade (Declaração de Bogotá), que possibilitem:

- a implementação de políticas públicas saudáveis, direcionadas para a criação de ambientes favoráveis à saúde;
- o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais, direcionadas não só para mudanças comportamentais mas também para o fortalecimento dos laços de solidariedade e o incremento do poder técnico e político da comunidade;
- a reorientação dos serviços de saúde em direção à superação das complexas e profundas desigualdades relativas à cobertura, ao acesso e à qualidade nos serviços de saúde.

Segundo Freitas (2003), a promoção da saúde deve significar também o reconhecimento da complexidade dos problemas de saúde, exigindo-se simultaneamente abordagens mais qualitativas, bem como associações a estratégias mais participativas e territorializadas de vigilância.

Entretanto, numa abordagem da complexidade dos problemas de saúde, as estratégias de vigilância em saúde devem contemplar padrões quantitativos ('baixas dimensões') - registros de morbidade e mortalidade, dados de laboratórios, indicadores biológicos e ambientais - e propriedades qualitativas ('altas dimensões') - aspectos técnicos, econômicos, sociais, políticos, pessoais, éticos e morais (Funtowicz & Ravetz apud Freitas, 2003).

Assim, Freitas (2003) aponta como se pode evitar tanto o reducionismo biológico quanto o social, procurando avançar em abordagens interdisciplinares e intersetoriais para a vigilância da saúde, buscando fortalecer o pluralismo de poder em nível local por meio de

estratégias participativas, que considerem cinco aspectos importantes para a negociação ou mediação:

- a desmonopolização da especialização, i. e., não é exclusivo dos técnicos e gerentes saber o que é melhor para e mais correto;
- a informalização da jurisdição, de forma a permitir a participação de acordo com os padrões sociais importantes, e não em razão de considerações internas de profissionais de saúde;
- abertura da estrutura de tomada de decisões para todos os participantes, não se implementando intervenções de saúde externamente aos ‘interessados’;
- a criação de um caráter público parcial, que permita uma postura dialógica entre os mais variados agentes relacionados às intervenções e serviços;
- a autolegislação e a auto-obrigação, de modo que as normas para o processo de vigilância sejam resolvidas de comum acordo.

Por fim, Freitas (2003) acrescenta que a territorialização da vigilância da saúde deverá reverter a lógica das decisões e cálculos financeiros extraterritoriais, sendo vital para estratégias de promoção da saúde orientadas:

- para o combate das enfermidades causadas pela exclusão social e pela pobreza, bem como as derivadas do modelo iníquo de urbanização e industrialização adotado em países como o Brasil; e
- para a necessária reorientação dos serviços de saúde em direção à superação das complexas e profundas desigualdades relativas à cobertura, ao acesso e à qualidade.

O Ministério da Saúde, já na reformulação estrutural de 1998, institucionalizou a Promoção da Saúde e no atual governo incorporou à administração direta as atividades de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, antes atribuídas à Funasa (administração indireta), passando, assim, a exercer um maior controle sobre as ações de vigilância da saúde. Mas como bem se sabe a simples institucionalização de políticas não garante os resultados de uma estratégia.

A Promoção da Saúde é, em tese, um modelo assistencial (Paim, 1994), e, portanto, concorre com outras visões da assistência em saúde. Na linha dos modelos assistenciais sócio-

ecológicos, pensados no Brasil, confrontando-se com os modelos biomédico e sanitarista, aquele do qual a Promoção da Saúde mais tem se aproximado é o de Vigilância da Saúde, proposto por Paim (1994) como um modelo de assistência integral à saúde da população.

Os modelos biomédico e sanitarista são combatidos enquanto modelos hegemônicos por não estarem em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, notadamente os da universalização, integralidade, equidade e controle social. Cabe-nos, então, não uma escolha, mas uma apropriação/construção, como cidadãos e indivíduos da comunidade/coletividade, de ‘modos tecnológicos de atenção à saúde’ realmente efetivos na realidade brasileira.

Nesse aspecto, Teixeira (2002) destaca possibilidades de intervenção que podem contribuir com o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS, entre elas, as ações de vigilância e de promoção da saúde, além das ações programáticas em saúde, os programas de saúde da família (PSF), o ‘acolhimento’ dos usuários no agendamento e programação dos serviços e a política de cidades saudáveis.

Nesta última estratégia se inclui, além da promoção da cidadania, o planejamento e execução de ações dirigidas à melhoria da qualidade de vida, incluindo fatores econômicos, culturais e ambientais, entre estes, o saneamento ambiental como política pública de promoção da saúde.

2. A ação educativa na política atual de saneamento ambiental da Funasa

Ainda não foi definida legalmente uma política nacional de saneamento ambiental no Brasil. O quadro de desigualdades na distribuição dos serviços de saneamento no País deve-se à ausência de uma política para o setor, que estabeleça diretrizes para garantir a continuidade das ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população (Cabral, 2004).

Não obstante, o País tem convivido durante décadas com dois modelos de gestão federal em saneamento, que funcionaram de forma antagônica, mas apresentando características complementares. O Primeiro, mais antigo, com características descentralizadas, e o segundo, promovido pelo Plano Nacional de Saneamento – Planasa, que mais predominou (Brasil, 2002).

Segundo Cabral (2004), o modelo descentralizado constituiu a contribuição mais significativa da atuação do setor saúde na área de saneamento. Este modelo foi preconizado e difundido pela Fsesp, com o objetivo de desenvolver os serviços de saúde e saneamento no interior do País.

A implantação dos serviços municipais de água e esgoto, iniciada a partir dos anos 50, foi organizada em forma de autarquias, por intermédio de convênios de assistência técnica. Essa experiência se estendeu por todo o Brasil, vindo a se transformar na mais antiga e contínua política de saneamento de caráter nacional no País.

Como visto no histórico da Educação em Saúde no Brasil, as ações educativas sempre estiveram relacionadas às ações de saneamento como forma complementar nestas intervenções, ora com o enfoque simplesmente informativo em busca de adesão aos serviços implantados, ora como proposta de mobilização comunitária, com vistas à sustentabilidade.

A Funasa, herdeira das atribuições de saneamento da Fsesp vem atualizando essa política dentro do processo de descentralização implementado pelo governo Federal na última década, e mesmo estando no momento atual somente com o papel de financiadora dessas ações junto a estados, municípios e Distrito Federal, continua mantendo em suas diretrizes a importância da ação educativa nas intervenções de saneamento.

2.1 Contextualização da política de saneamento ambiental da Funasa/MS

Ao longo dos últimos 50 anos as ações no setor de saneamento em saúde pública, desde a Fsesp, têm sido realizadas numa perspectiva “operacional”, voltada ao combate a vetores como estratégia de prevenção de doenças:

- criação de autarquias municipais de saneamento (desde os anos de 50);
- melhorias sanitárias domiciliares (desde a década de 50);
- oficinas de saneamento (desde 1952);
- melhorias habitacionais para controle da doença de Chagas (desde 1970);
- implantação de unidades de controle da qualidade da água (desde 1970);
- sistemas de coleta, tratamento e destino final de resíduos sólidos (desde os anos 80);
- saneamento em áreas indígenas (desde 1992).

O saneamento, como instrumento de promoção da saúde pública (Brasil, 2002), financiado pela FUNASA, passa pelo detalhamento dos princípios de atuação no setor:

- integração das ações de saúde e de saneamento;
- fortalecimento da capacidade dos municípios na gestão dos sistemas locais de saneamento;
- sustentabilidade financeira dos serviços municipais de saneamento, por meio da instituição de política tarifária;
- busca de adequação das soluções técnicas às características locais, inclusive pelo desenvolvimento de tecnologias apropriadas de baixo custo;
- direcionamento das ações, privilegiando áreas com perfis epidemiológicos passíveis de serem atenuados por intervenções de saneamento, com o estabelecimento de critérios para aplicação de recursos.

Deve-se também considerar as diretrizes políticas para efeito de implementação das ações do setor saneamento, com base no primeiro planejamento estratégico efetivo realizado na FUNASA (Brasil, 1999), que estabeleceu:

- apoiar técnica e/ou financeiramente o desenvolvimento de ações de saneamento, a partir de critérios epidemiológicos e ambientais para a prevenção e controle de doenças, prioritariamente, em municípios com população de até 30 mil habitantes;
- realizar ações de saneamento em áreas indígenas;
- fomentar ações de saneamento em consonância com as políticas de saneamento, saúde e meio ambiente;

- atuar em parceria com órgãos e entidades públicas e privadas.

Outro aspecto relevante nesse escopo foi a readequação da missão institucional da FUNASA, com o propósito de ser uma “agência de excelência em promoção e proteção da saúde, mediante ações integradas de educação e de prevenção e controle de doenças e outros agravos, bem como em atendimento integral à saúde dos povos indígenas, com vistas à melhoria da qualidade de vida da população” (Brasil, 1999).

Com a mudança da política de governo, a partir de 2003, a missão institucional foi modificada para “promover a inclusão social por meio de ações de saneamento ambiental e de ações de atenção integral à saúde dos povos indígenas, com excelência na gestão e em consonância com Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2003e).

A mudança da missão, embora reflita a redução do campo de atuação da FUNASA, que antes incluía as ações do ex-CENEPI¹⁹, hoje SVS, agora incorporadas ao Ministério da Saúde, passando a Funasa a contar apenas com saneamento ambiental e saúde indígena como áreas finalísticas, ratifica a busca de excelência na gestão e assume a conformidade com o SUS, mantendo-se de acordo com seus princípios, evidentemente o da descentralização²⁰.

Portanto, a FUNASA continua incorporando funções da União na área de saneamento básico, frente ao processo de descentralização (Brasil, 1993) das ações de execução para estados e municípios.

Funções dos entes federados no processo de descentralização das ações de saneamento

Instâncias de governo	Funções desempenhadas
União	<ul style="list-style-type: none"> - estímulo a iniciativas setoriais em estados e municípios - execução de ações de saneamento em áreas indígenas - assistência técnica a estados e municípios - financiamento do setor
Estados e Municípios	<ul style="list-style-type: none"> - execução de ações de saneamento - concessão de serviços - financiamento do setor

¹⁹ Ver lista de siglas, p. 5.

²⁰ Descentralização aqui é usada na acepção “intergovernamental”, em que se passam as responsabilidades da União para estados e municípios, ou, como afirmam Westphal e Ziglio (1998), é uma estratégia de deslocamento de poder dos níveis centrais para os periféricos ou uma forma de reduzir o aparelho estatal e os gastos públicos.

Neste novo enfoque, a FUNASA, que antes tinha o papel de gestor nacional das políticas de vigilância epidemiológica e ambiental, bem como das ações de saneamento ambiental, educação em saúde e assistência integral à saúde dos povos indígenas, mantém as mesmas prerrogativas apenas nas três últimas atribuições. Porém, não deixa de ser responsável pela vigilância quando esta estiver relacionada à saúde indígena e ao saneamento ambiental, principalmente quanto ao monitoramento da qualidade da água e à sustentabilidade das intervenções de saúde pública nessas áreas.

Atribuições da Funasa na política atual do setor saneamento

Vigilância Epidemiológica (Subsistema de Saúde Indígena)	Contribuir com o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), com informações de saneamento, a fim de fortalecer a capacidade de intervenção dos estados e municípios nas ações de prevenção e controle de doenças nessas áreas, além de sua própria atuação direta em áreas indígenas.
Vigilância Ambiental Saneamento Ambiental	Sistema descentralizado, com participação integrada dos três níveis de governo, com atribuições específicas e complementares.
Educação em Saúde Mobilização Social	Desenvolvimento de ações educativas e comunicativas que promovam a participação comunitária, a mobilização e o controle social.

Essas diretrizes começaram a ser implementadas a partir da Portaria n.º 176, de 28 de março de 2000, que estabeleceu “critérios e procedimentos para aplicação de recursos financeiros” em ações de assistência à saúde, critérios posteriormente aprimorados pela Portaria n.º 1, de 2 de janeiro de 2002, sendo revistas pelas Portarias n.º 225, de 14 de maio de 2003, e n.º 106, de 4 de março de 2004 (Brasil, 2001, 2002, 2003b, 2004c).

A partir dessa regulamentação passa-se a ter um vínculo “legal” das ações de saneamento financiadas pela FUNASA aos perfis epidemiológicos e ambientais estabelecidos por esses “sistemas de saúde”, considerando, entre outros critérios, atender a municípios com população de até 30 mil habitantes, observando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e os municípios contemplados com o Programa Fome Zero. Estes dois últimos critérios foram introduzidos em 2003, com a Portaria 225/2003 e mantidos na 106/2004.

Esses e os demais critérios, de acordo com a Portaria n.º 106, de 4 de março de 2004, passam a ser apenas indicativos, devendo em qualquer caso ser observado as condições técnicas específicas, para aprovação do financiamento (Brasil, 2004c).

A educação em saúde passa a ser um componente fundamental nas práticas de saneamento, agora vinculada a esses critérios e indicadores, com o propósito de ser “um processo educativo e mobilizador que deve envolver e atingir o público diretamente beneficiado pela ação objeto do projeto” (Brasil, 2000).

A estratégia definida pela FUNASA, desde 1999, para o alcance dos objetivos da Educação em Saúde foi a criação do Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social (PESMS), que passou a ser exigido (Brasil, 2001) como condição para o financiamento dos projetos do setor saneamento: “melhoria habitacional para controle de doença de Chagas” (PCDCh), “sistemas de resíduos sólidos”, “drenagem para o controle da malária”, “melhorias sanitárias domiciliares”, “sistemas de abastecimento de água”, “sistemas de esgotamento sanitário”, “atendimento à saúde indígena” e “construção de unidades de controle de zoonoses e de fatores biológicos de risco”, bem assim para “as ações de saneamento do Projeto Alvorada”, do governo federal, gerenciadas pela Funasa.

2.2 História e fundamentos do Pesms

O Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social (PESMS) foi criado, em 1999, pela FUNASA. Em 2000, passou a ser condição obrigatória para a aplicação de recursos financeiros em projetos do setor saneamento passíveis de financiamento pela Instituição, listados anteriormente.

Conforme as Portarias n.º 176/2000, n.º 01/2002, n.º 225/2003 e n.º 106/2004 (Brasil, 2001, 2002, 2003a, 2003c, 2004c), que definiram e atualizaram os Critérios e Procedimentos para a Aplicação de Recursos Financeiros pela Funasa, passa a ser condição específica para celebração do convênio e liberação dos recursos financeiros a vinculação do Pesms ao projeto de saneamento, para que este conte com o envolvimento do conjunto da sociedade a ser beneficiada.

Os recursos do Pesms são oriundos da contrapartida do proponente e correspondem ao valor de até 3% do total do convênio, quando celebrado com municípios, e 1% quando com estados (Brasil, 2003c), não podendo ser aplicado menos que 1% (Brasil, 2003a).

Assim, segundo o documento de “orientações técnicas para elaboração do PESMS”, da Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde da Funasa (ASCOM), as ações de educação em saúde desse Programa devem estar perfeitamente integradas às ações de saneamento e/ou de saúde do índio²¹, em trabalho conjunto e complementar (Brasil, 2003a).

Na concepção do Pesms, a educação em saúde é entendida como uma prática social cujo processo contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde e estimula a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva (Brasil, 2000 e Guimarães, 2000).

O objetivo geral do Pesms é fomentar a participação e a organização comunitária, por intermédio de ações permanentes de educação em saúde, proporcionando acesso e utilização de instalações, habitações saudáveis e sistemas de saneamento (Brasil, 2003a).

Não obstante, outros documentos que realizam comentários sobre esse Programa trazem como objetivos do Pesms: sensibilizar os gestores e as organizações sociais para a importância da efetiva participação da comunidade no desenvolvimento de ações de prevenção e controle de doenças; contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população; incentivar a cidadania; e otimizar a aplicação de recursos orçamentários e financeiros (Brasil, 2000, Guimarães, 2000).

Como objetivo específico, o Pesms traz na verdade uma meta no seu formulário de projeto, já descrita em percentual que, no caso de implantações de melhorias, é estabelecida em “100% dos beneficiários informados e orientados sobre a adesão, uso adequado e conservação da melhoria habitacional implantada, promoção da saúde e prevenção de agravos evitáveis por essa ação de saneamento” (Brasil, 2003a).

O Pesms deve atender a duas orientações essenciais: a) focalização no tema (a ação educativa deve estar diretamente relacionada ao objeto do projeto); e b) focalização no público (o processo educativo deve envolver e atingir o público diretamente beneficiado pelo objeto do projeto). O Pesms, assim, segundo análise do TCU (Brasil, 2003c), “constitui relevante instrumento de combate ao desconhecimento e aos costumes arraigados de boa parte da população beneficiária”.

²¹ A Portaria n.º 106/Funasa/MS, de 4 de março de 2004, que atualiza os critérios para aplicação de recursos financeiros não estabelece o Pesms como condição para financiamento de ações de saneamento em áreas indígenas.

Cabe aqui observar a tendência em associar os problemas de saúde à cultura e valores locais, além do que os documentos oficiais dedicam pouca atenção à questão dos conhecimentos populares em saúde. Em geral, falam apenas dos “desconhecimentos populares” e o discurso é também omissivo quanto à valorização daqueles costumes da chamada “população beneficiária”, que são adaptativos e devem ser entendidos de forma contextualizada.

Em tese, o Pesms alcançará suas metas e resultados à medida que:

- a) realizar um bom ‘diagnóstico situacional’, utilizando todas as informações do projeto ao qual está integrado como forma de identificar atores envolvidos, dificuldades e oportunidades, realidade social, cultural, econômica e sanitária da população a ser envolvida pelas ações educativas, nível de organização da comunidade (existência de Conselho Municipal de Saúde, de escolas, associações comunitárias, igrejas), existência de PACS/PSF, Fundef e participação em outros programas sociais como o Fome Zero;
- b) estimular parcerias com outras instituições e entidades;
- c) estimular o desenvolvimento da capacidade da secretaria de saúde estadual ou municipal de promover ações educativas também para outras áreas (Brasil, 2003c).

Os fundamentos apontados para o Pesms, segundo Guimarães (2000), inserem o seu componente de educação em saúde no contexto da promoção da saúde, cujo paradigma ganhou visibilidade com a Carta de Ottawa, ao definir que a melhoria da qualidade de vida é “resultante de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e, também, biológicos”.

Em função disso, embora os documentos oficiais do Pesms só fundamentem de forma clara seu componente de educação em saúde, deixando sublinear o sentido do componente de mobilização social, pode-se relacionar este à diretriz da promoção da saúde voltada para o “reforço da ação comunitária”, conforme a Carta de Ottawa (Brasil, 1996b).

O Pesms teria um papel de instrumento mobilizador da *ação participativa real* (Pinto, 1982), de pelo menos *quarto nível* (Rifkin, apud Rozemberg, 2002), apresentando-se como uma proposta de “reforço da ação comunitária”, conforme as diretrizes da promoção da saúde.

Da mesma forma, o Programa está em consonância com o campo da Promoção da Saúde ao contribuir com o “desenvolvimento de habilidades pessoais” que, ao lado das demais intervenções do sistema local de vigilância em saúde, concorreriam para a “implementação de políticas públicas saudáveis”, para a “reorientação dos serviços de saúde”, bem como para a criação de ambientes favoráveis à saúde (Brasil, 1996b).

Assim, o Pesms estaria, conceitualmente, inserido nos paradigmas da promoção da saúde. Porém, qual seria seu elo com a vigilância da saúde? O próprio saneamento ambiental, ao qual está vinculado o Pesms, é, por natureza, um componente da vigilância da saúde, e por extensão, um fator de promoção da saúde no âmbito dos serviços de atenção básica à saúde da população.

Por outro lado, no capítulo anterior, percebe-se a proximidade do paradigma da promoção da saúde ao de vigilância da saúde, nas suas formas de organização, enquanto propostas de modelos assistenciais, e que, de fato estão imbricados, como propostas que se interpenetram, complementando-se e, até mesmo, fundindo-se como modelos de atuação complexa no campo da saúde, voltados para a qualidade de vida.

Portanto, o Pesms pode ser entendido, nesse escopo, como uma proposta de trabalho desenvolvida por meio de tecnologias do campo social (educação, sociologia, antropologia, etc.), cuja utilização pode ser aprimorada à medida que se amplie o domínio dos saberes e estratégias por parte dos atores envolvidos com o Programa.

Do ponto de vista da Vigilância, pode ser entendido como um componente do ‘modo tecnológico’, segundo Teixeira (apud Czeresnia & Freitas, 2003), que contempla as propriedades qualitativas (‘altas dimensões’) da Vigilância da Saúde, ou seja, os aspectos técnicos, econômicos, sociais, políticos, pessoais, éticos e morais (Freitas, 2003).

2.3 Esboços de avaliações do Pesms

É necessário, então, verificar os resultados alcançados pelo Pesms em relação aos projetos de saneamento. Até o momento, este Programa não foi avaliado em termos de sua efetividade. Houve apenas algumas experiências que demonstraram as suas fragilidades ou seus pontos fortes.

Uma primeira situação de análise da proposta do Programa deu-se com a discussão sobre a forma de implementação das ações do Pesms nas comunidades indígenas, como componente das ações de saneamento ambiental financiadas pela Funasa.

Foi então determinante um documento elaborado a partir de consultoria da Unesco, (Brasil, 2000a), apresentado ao Conselho de Diretores da Funasa (COPLAN), que aprovou a suspensão temporária das ações do Pesms em áreas indígenas.

O documento questionou a falta de um projeto específico com metodologias diferenciadas adaptadas às realidades etnoculturais dos povos indígenas, e propôs o “Programa de Formação dos Agentes Indígenas de Saneamento”, como pré-requisito para assinatura de convênios de saneamento em áreas indígenas em substituição ao Pesms.

Esse documento tece as seguintes considerações:

“A educação em saúde vem sendo entendida por alguns trabalhadores de saúde como uma maneira de fazer as pessoas e o povo mudarem alguns de seus comportamentos, tais como: lavar as mãos antes de comer; usar a privada para fazer suas necessidades; só tomar água fervida ou com cloro. A falta de higiene e o não seguimento de muitas recomendações sanitárias por parte da população tem causa muito mais profunda, do que apenas a falta de conhecimento, educação e motivação das pessoas.

(...) Quem está numa ação de saúde está tendo uma posição de classe mais ou menos definida, está tendo uma relação de poder firmado. Além disso está trabalhando com valores, com a fé e com as crenças que se tem, ele e o outro. É extremamente delicado lidar com todos esses diversos elementos juntos.

A educação é sempre um processo de confronto, principalmente pelo ensinado entre sua cultura e a herança cultural da humanidade, entre o modo de viver e os modelos desejados pela sociedade (...).

Assim, (...) deve-se questionar se esta ação promoverá diálogo entre os atores que constróem o Pesms e quem vai receber, neste caso, os índios. O Pesms vai promover o diálogo ou vai ser um ensinamento, uma demonstração? (...) O respeito pelos costumes não deve ser ridicularizado ou tratado de forma nociva.

O processo de educação em saúde em área indígena deverá ser permanente e dinâmico com as realidades culturais de cada aldeia/comunidade, tendo claro a opção teórica e política deste processo, não deixando dúvida quanto a:

- opção filosófica-política pela opressão ou pela autonomia orgânica da aldeia/comunidade;
- opção de método pedagógico do conhecimento para a população indígena, respeitando seus saberes;
- definição de um projeto pedagógico que esteja fundamentado em princípios éticos, antropológicos e de respeito à cultura dos povos indígenas; e
- definição dos recursos didáticos, conteúdos e metodologias, que permitam realizar a prática educativa desejada para povos indígenas.

Portanto, a realização das atividades de educação em saúde para as populações nas áreas indígenas requer um preparo dos profissionais que querem atuar nessa área (...) e o Pesms não tem ainda suas diretrizes metodológicas estabelecidas para os projetos de saneamento, através de convênio para área indígena.”

Outro momento em que o Pesms sofreu apreciação formal ocorreu durante a “Avaliação do TCU sobre o Programa Saneamento Básico”, realizada em 2002, (Brasil, 2003d), de responsabilidade do Departamento de Engenharia de Saúde Pública da Funasa, como parte do Projeto Alvorada.

Não foi avaliado, portanto, uma amostragem de todos os projetos de Saneamento Ambiental da Funasa, deixando de lado aqueles projetos de rotina do saneamento, que teriam, na sua maioria, valores mais baixos e, conseqüentemente, Pesms bem mais modestos que aqueles vinculados às ações do Projeto Alvorada.

Na avaliação do TCU foi utilizada metodologia quantitativa, com delineamento de estudo “quase-experimental”, realizado por meio de aplicação de entrevistas estruturadas, envolvendo os Coordenadores Regionais da Funasa, gestores municipais, responsáveis pelos sistemas de água e esgoto nos municípios e 36 beneficiários, em oito municípios dos Estados de Alagoas e Paraíba, além de pesquisa postal, respondida por 77 municípios, e telefônica, respondida por 20 secretários municipais de saúde.

As respostas dos entrevistados foram associadas à “implantação do Programa de Saneamento Básico” e aos “indicadores de saúde referentes a doenças de veiculação hídrica”. O Pesms foi identificado como um dos fatores que contribuem para o combate a essas doenças e, conseqüentemente, para a melhoria dos indicadores de saúde, ao lado de programas

consagrados como o PSF, PACS e o Agente Municipal de Saneamento, sendo indicado pelo TCU o seu fortalecimento como uma das estratégias para melhorar o desempenho do Programa Saneamento Básico (Brasil, 2003d).

Com base em estudos de caso realizados no decorrer da Pesquisa, foram identificadas algumas ações consideradas pelos avaliadores como “boas práticas na execução do Pesms”, entre elas, distribuição de folhetos explicativos sobre a utilização das melhorias sanitárias domiciliares, realização de reunião informativa sobre as ações de saneamento, e realização de gincana escolar e concurso de cartazes.

A partir desses estudos, o TCU concluiu que o Pesms reveste-se de especial importância para que o Programa Saneamento Básico atinja seus objetivos, na medida em que promove o aumento do nível de informações dos beneficiários e leva-os a compreender a importância das ações de saneamento para a melhoria de sua qualidade de vida (Brasil, 2003c).

Dessa forma, o TCU recomendou à Funasa a adoção das seguintes providências relacionadas ao Pesms:

- a) estimular o envolvimento de associações comunitárias e dos conselhos municipais de saúde no gerenciamento das ações de saneamento, por meio da inclusão, nos projetos de saneamento, de ações de sustentabilidade²² que contemplem a participação da comunidade, conforme prevêm as condições específicas para financiamento dos projetos, constantes das portarias que regulamentam o financiamento dos projetos (Brasil, 2001, 2002, 2003b, 2004c);
- b) levar em consideração as particularidades regionais ao coordenar, planejar e supervisionar a formulação de planos e programas de saneamento e ao fornecer apoio técnico para o desenvolvimento de ações de saneamento e do Pesms;
- c) realizar eventos de informação e conscientização junto aos gestores municipais sobre a importância do Pesms;

²² Sustentabilidade é aqui entendida como a “capacidade de manutenção dos serviços decorrentes da implementação dos sistemas”, conforme interpretação do TCU, no Acórdão 309/2003 (Brasil, 2003c). O Pesms é, então, um dos componentes do Projeto de Saneamento que visam à garantia da sustentabilidade, promovendo, neste caso, a participação da comunidade nessa manutenção (Brasil, 2001, 2002, 2003b, 2004c).

- d) verificar a possibilidade de que o Pesms tenha seu prazo de vigência estendido para além do término da obra, a fim de que haja tempo suficiente para que as ações educativas possam atingir os seus resultados pretendidos;
- e) identificar boas práticas ocorridas na execução do Pesms nos municípios e divulgá-las para as Coordenações Regionais da Funasa e para os gestores municipais.

É válido ressaltar aqui que, em relação a essa última recomendação, tal identificação deva ocorrer necessariamente por meio de processos de avaliação bem conduzidos.

A recomendação de que os órgãos de planejamento devem considerar as peculiaridades regionais quando da formulação das ações de saneamento e do Pesms reforça a necessidade de diagnóstico situacional prévio (Brasil, 2003c e 2003d).

Dessa forma, considerando os objetivos do Pesms e a sua implementação até agora sem critérios definidos de avaliação, bem como as poucas experiências avaliativas durante a sua existência, até então voltadas para pontos específicos de sua aplicação, como a Saúde Indígena e o Projeto Alvorada, torna-se urgente a necessidade de produção de conhecimento sobre a implementação das ações desse Programa, em diferentes contextos.

As análises e avaliações dessa experiência têm por objetivo aferir o alcance das estratégias em relação aos objetivos propostos, os significados assumidos pelo Programa e suas ações e atores em campo e possibilitar os ajustes e reformulações que se fizerem necessários.

Heller (1997) considera que pouco foi avaliado ainda sobre a eficácia das diferentes metodologias educacionais e sobre a persistência do efeito dos programas de educação sanitária ao longo do tempo, na área de saneamento.

Fausto Neto (apud Rozemberg et al., 2002) observa que a área de saúde necessita ainda desenvolver uma “cultura de avaliação”, sendo o campo da comunicação na saúde (o que se aplica igualmente à educação e mobilização), de um modo geral, uma área de conhecimento incipiente, onde formulações vagas e expressões “de efeito” necessitam ainda desenvolver-se na direção de um exame mais sistemático das práticas em andamento, na forma de pesquisas, de modo a poder oferecer propostas teóricas coerentes, que orientem novas ações.

Os resultados da avaliação do Pesms em nível local permitirão, assim, divulgar as melhores estratégias entre técnicos, atores e gestores envolvidos em suas práticas, na área de saneamento, bem como divulgá-las para outras áreas e para o nível central.

3. Objetivos

3.1 Geral

O objetivo geral desta Pesquisa foi avaliar a efetividade (eficácia de utilização) do Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social (Pesms) para a sustentabilidade das intervenções de saneamento ambiental financiadas pela FUNASA, por meio da análise dos significados que o Programa assume para diferentes atores, na cidade de Nerópolis-GO.

Efetividade deve ser aqui entendida como resultados ou efeitos, não tomando por base metas e etapas pré-estabelecidas nem procurando julgar métodos utilizados, mas buscando compreender os significados dos conceitos, das melhorias sanitárias domiciliares (MSD) e das utilizações destas, que o Pesms possibilitou para os usuários, técnicos e gestores envolvidos com esse Programa.

Sustentabilidade, mesmo não sendo um conceito claramente definido no âmbito das ações de saneamento ambiental, no caso da ação MSD, está relacionada ao acolhimento e manutenção das benfeitorias pelos próprios beneficiários, tendo em vista que a forma de financiamento dessas intervenções não permitem ao órgão de governo responsabilizar-se por reparos e manutenção após a entrega do benefício ao usuário.

Nesse âmbito, o Pesms teria como finalidade promover essa sustentabilidade e, alcançando esse objetivo, estaria sendo efetivo. Isto foi o que se procurou verificar nesta Pesquisa, a partir da análise dos dados.

Como sustentabilidade não tem uma definição comum estabelecida na área de saneamento ambiental, buscou-se identificar entre os técnicos que atuaram com o Pesms no nível local as suas representações sobre o tema, como uma das “categorias” a serem identificadas nas suas falas.

Segundo Gomes (in Minayo, 1994), categorias são conceitos que abrangem elementos ou aspectos comuns ou que se relacionam entre si. Elas são utilizadas para agrupar elementos, idéias ou expressões, e podem ser estabelecidas *a priori* - aquelas estabelecidas antes do trabalho de campo, ou podem ser categorias *empíricas* - aquelas que resultam dos trabalhos de campo (Deslandes, 1997).

As “categorias” pré-estabelecidas para análise são voltadas para a compreensão dos efeitos do Pesms no âmbito das diretrizes da promoção da saúde. Elas têm a finalidade de

agrupar as representações dos entrevistados em torno das questões estabelecidas como objetivos específicos da Pesquisa.

3.2 Específicos

Os objetivos específicos estabelecidos para a Pesquisa foram os seguintes:

a) analisar a proposta de “diagnóstico situacional” do Pesms, para a verificação de seu potencial na implementação das ações de Educação em Saúde e Mobilização Social (ESMS) programadas;

b) analisar, no nível local, a contribuição do Pesms para o desenvolvimento e sustentabilidade das ações de Melhorias Sanitárias Domiciliares (MSD), bem como para a autonomia da comunidade na manutenção desses benefícios;

c) analisar a capacidade do Pesms de estimular a “intersectorialidade”²³ (formação de parcerias), com vistas à sustentabilidade das ações locais de promoção da saúde;

d) identificar ações do Pesms que promovam o “fortalecimento” da comunidade para o controle social nas intervenções de saneamento ambiental, e como este se dá tanto do ponto de vista de diferentes atores na comunidade quanto dos projetos de MSD;

e) identificar ações do Pesms relacionadas à “reorientação dos serviços” de Vigilância em Saúde e os novos significados gerados pelo Programa entre os profissionais que atuam nesses serviços;

f) contribuir com subsídios, critérios qualitativos e parâmetros de análise do Pesms, para modelos de avaliação da efetividade de ações de ESMS, nesta e em outras áreas.

Com base nesses objetivos, o elenco de questões propostas previamente procura identificar e analisar os subcomponentes do Pesms, como o “diagnóstico situacional”; “o estabelecimento de parcerias (promoção da intersectorialidade)”; o “fortalecimento” da comunidade para o controle social (*empowerment*); assim como a sua contribuição para a “reorientação dos serviços” de vigilância em saúde, bem como para o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, ou seja, avaliar, no contexto local, a contribuição do Pesms para

²³ Intersetorialidade no âmbito da Funasa está relacionada ao intercâmbio e à ação conjunta com diversos órgãos governamentais, na esfera federal, estadual e municipal, especialmente nos campos da saúde, meio ambiente e educação, com destaque para habitação, urbanização, drenagem e manejo ambiental, segundo o Programa de Cooperação Técnica da área de Engenharia de Saúde Pública (Brasil, 2004e).

a sustentabilidade de uma intervenção de saneamento que visa contribuir com a promoção da saúde.

Como esperado em estudo de natureza qualitativa, o trabalho de campo resultou numa série de novas categorias empíricas, que serão trabalhadas nesta Dissertação. Elas são destacadas nos resultados como representações mútuas, ampliando assim os objetivos da avaliação, que foi enriquecida com a identificação de significados relacionados ao “agente de saúde”; à “relação dos gestores com os beneficiários na concessão das melhorias” e “com a Funasa na captação dos recursos”; à “referência institucional para os beneficiários”; às “técnicas educativas mais utilizadas” e, dentre estas, à supostamente “mais efetiva”.

4. Métodos

4.1 Pressupostos metodológicos

Este estudo está metodologicamente centrado no âmbito da pesquisa qualitativa, que trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Manyo, 1994).

Sendo assim, não é objetivo desta Pesquisa estabelecer critérios numéricos, tampouco associações estatísticas nos padrões matemáticos positivistas. Entretanto, em alguma extensão, foram quantificados os dados obtidos, favorecendo uma visão da sua relevância e recorrência no conjunto dos dados coletados.

4.1.1 Pesquisa avaliativa

Segundo Hartz (1997), uma intervenção pode ser avaliada de forma normativa, com base em critérios e normas definidos pelo programa, ou por um procedimento científico denominado pesquisa avaliativa, em que se examinam as relações entre os diferentes componentes da intervenção.

A opção pela pesquisa avaliativa é mais adequada, neste caso, tendo em vista a necessidade de análise dos significados que o Pesms assume para os diferentes atores, nos diferentes contextos de sua efetivação, o que exige um desenho de estudo mais analítico, para o que uma avaliação apenas normativa não seria suficiente.

Por outro lado, a pesquisa avaliativa possibilita o estabelecimento de um desenho de estudo mais amplo, de enfoque escossistêmico, que possibilita uma aproximação menos reducionista da complexidade real dos aspectos sócio-antropológicos associados aos projetos de saneamento, enquanto intervenções de saúde numa comunidade.

4.1.2 Avaliação de efetividade

A opção pelo estudo de efetividade para avaliar os efeitos do Pesms nas intervenções de saneamento deu-se com base na conceituação de eficácia, efetividade e eficiência adotada pelo campo da Epidemiologia (Medronho et al., 2003), que, embora venha sendo mais utilizada na área tecnológica, parece adequada pela clareza das definições, aceitas pela *Office of Technology Assessment* (OTA), agência norte-americana da área de tecnologia.

Eficácia refere-se ao resultado de uma intervenção executada sob condições ideais, controladas, realizadas em “centros de excelência”. Efetividade refere-se ao resultado de uma

intervenção aplicada sob condições reais, que incluem imperfeições de implementação que caracterizam o mundo cotidiano. Eficiência refere-se à análise de custos e conseqüências.

Portanto, a análise que melhor se adequa a este estudo é a avaliação de efetividade, que tem sido considerada um dos elementos fundamentais para a avaliação de qualidade, com ênfase nos resultados de um serviço ou de determinada assistência nas condições da prática diária (Medronho et al., 2003).

O conceito de efetividade, neste caso, está alinhado ao conceito de *eficácia de utilização*, em que se analisa os resultados de uma intervenção num contexto natural, sobre os indivíduos que dela se beneficiaram (Hartz, 1997).

Este estudo será voltado para uma *avaliação da efetividade do Pesms* nos projetos de saneamento, com enfoque na efetividade/*eficácia de utilização*, tanto do ponto de vista dos supostos beneficiários (usuários) como dos prestadores de serviços, gestores e demais atores envolvidos no Pesms.

4.1.3 Estudo de caso

O estudo de caso é uma investigação empírica de um fenômeno que dificilmente pode ser isolado ou dissociado do seu contexto (Yin apud Hartz, 1997). Para Hartz (1997), o estudo de caso é uma estratégia na qual o pesquisador decide trabalhar sobre uma quantidade muito pequena de unidades de análise.

Com base nesses autores, a validade interna do estudo de caso dependerá de dois fatores: a “qualidade e a complexidade da articulação teórica subjacente ao estudo” e a adequação entre o modo de análise escolhido e o modelo teórico. Já a validade externa desta estratégia de pesquisa se baseia essencialmente na realização de estudos de casos múltiplos (Yin apud Hartz, 1997).

Em vista das condições econômicas e operacionais da realização deste estudo, e por tratar-se de uma Pesquisa com tempo limitado pelas vicissitudes de um mestrado profissional, não se poderia efetivar um estudo de casos múltiplos, o que teoricamente permitiria maiores possibilidades de alcance da validade externa, segundo parâmetros da pesquisa quantitativa.

Embora um “estudo de caso único” não fosse o ideal do ponto de vista da validade externa, poderia responder melhor aos objetivos propostos e ao aprofundamento das análises que caracterizam as pesquisas qualitativas. Neste caso, a validação dos resultados está relacionada à consistência interna das análises (Minayo, 1998).

Dessa forma, foi selecionada uma única localidade, a fim de melhor conhecer sua realidade sócio-cultural e realizar de forma contextualizada a avaliação da efetividade do Pesms nas intervenções de saneamento já implantadas.

A meta estabelecida foi a compreensão da *produção do sentido* do Programa, a partir de um “estudo de caso” realizado na cidade de Nerópolis, Estado de Goiás, onde foi implementado um Pesms, vinculado a um projeto de melhorias sanitárias domiciliares (MSD).

A opção pela análise de um projeto de MSD deveu-se às características peculiares desse tipo de intervenção:

- a) serem de fácil identificação dos beneficiários, por estarem ligadas aos domicílios e peridomicílios; e
- b) interferirem mais diretamente nos valores e padrões culturais dos beneficiários que as demais intervenções de saneamento financiadas pela Funasa.

Com essa estratégia, procurou-se avaliar o incremento na efetividade do projeto de MSD propiciado pelo Pesms, relativo ao uso e à sustentabilidade das melhorias implantadas, possibilitando, assim, analisar as relações existentes entre os componentes *Pesms* e *obras* implantadas.

4.2 Procedimentos metodológicos

O método foi desenvolvido em três etapas:

- a) fase exploratória de campo;
- b) trabalho de campo em Nerópolis;
- c) análise dos dados.

4.2.1 Fase exploratória de campo

Nesta fase, foram realizados estudos e pesquisas bibliográficas, para fundamentação dos pressupostos teórico-metodológicos, além de vários contatos em todos os espaços relacionados aos Projetos de MSD e ao Programa Pesms, em âmbito federal, regional e municipal.

Em âmbito federal (central e regionais), foram feitos contatos com 10 técnicos e 6 gerentes na Presidência e em 7 Coordenações Regionais da Funasa (CORE), entre as 26 existentes, optando-se ao final pela CORE no Estado de Goiás, por apresentar melhores condições de realização da Pesquisa, explicitadas no item seguinte.

No âmbito municipal, foram contatados técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e o Programa Saúde da Família – PSF, em Nerópolis(GO), mas isto somente após a escolha do local e a permissão da Direção da Funasa para realização da Pesquisa.

4.2.1.1 Escolha da localidade e dos projetos (Pesms/MSD)

O Município de Nerópolis-GO foi escolhido para este estudo pelos seguintes fatores:

a) facilidade de acesso do pesquisador, tendo em vista seu local de residência (Brasília-DF);

b) implantação do projeto em sua totalidade, conforme exposto publicamente na Expopesms²⁴, da qual participou o próprio Prefeito Municipal, o que supostamente favoreceria a aceitação de um processo de avaliação;

c) contatos estabelecidos com gestores da Educação em Saúde da Coordenação Regional da FUNASA, em Goiás, que não se opuseram à realização da Pesquisa.

4.2.1.2 Estratégias para entrada no campo: estudo de cenário e articulações institucionais

Antes da escolha do local e do Projeto a ser estudado, foram realizados vários levantamentos de listagens de projetos por Unidade da Federação, a fim de escolher um Pesms implantado em todas as suas fases, considerando que o objetivo era analisar somente a efetividade das ações do Programa.

Foram feitas várias sondagens por telefone com equipes das Coordenações Regionais da Funasa para verificação de possíveis cenários de avaliação, considerando aspectos como o interesse pela Pesquisa, as relações intersetoriais que pudessem facilitar ou dificultar a coleta de dados e o acesso a documentos.

Considerando os custos, o acesso via terrestre, bem como a implementação do Pesms e o relacionamento intersetorial, optou-se pelo Pesms realizado em Nerópolis(GO), que vinha sendo implementado com êxito, desde 2001, segundo informações da própria Prefeitura Municipal, coletada no site da rede FUNASA, em Publicação da Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde (ASCOM), relativa à Exposição dos Pesms (Expopesms) realizada em Goiânia, em 2003.

²⁴ Expopesms foi uma exposição de experiências positivas de aplicação do Pesms pelas Prefeituras do Estado de Goiás, realizada em julho de 2003, em Goiânia, a fim de promover experiências bem sucedidas do Programa, segundo “informe” coletado na rede interna de informações da Funasa, na semana do evento, (Intranet: <http://redefunasa>). Este evento está de acordo com as recomendações do TCU na avaliação do Programa de Saneamento Básico - Projeto Alvorada, que incluiu sugestões sobre o Pesms, realizada em 2002 (Brasil, 2003c).

Ao mesmo tempo em que se procedia à escolha do Pesms, eram realizadas as articulações com os atores envolvidos no Programa. Em Brasília, foi necessário, antes de tudo, a liberação pela Direção do Departamento de Engenharia de Saúde Pública (DENSP) para realização da Pesquisa, o que demandou grande esforço de articulação interna, principalmente quanto à definição da fonte financeira para os custos com a ida a campo, o que por fim definiu-se, obviamente, por conta do setor de desenvolvimento de Recursos Humanos.

Na ASCOM, foi decisivo o entendimento com os gerentes e técnicos, considerando que esse é o setor da Funasa que gerencia o Pesms. Sem o seu aval seria inviabilizada a Pesquisa, tendo em vista as relações hierárquicas envolvidas, principalmente quanto ao nível regional que necessitava da definição da gerência nacional quanto ao apoio ao estudo.

Ultrapassadas as barreiras burocráticas, iniciou-se, em junho de 2004, a etapa de contatos técnicos oficiais na Coordenação Regional da Funasa em Goiás, pois internamente já se vinha realizando levantamento documental com os técnicos responsáveis pelo Projeto de MSD e pelo Pesms, respectivamente na Divisão de Engenharia de Saúde Pública (DIESP) e na ASCOM regional.

Entretanto, dada a consideração às rotinas da administração pública, somente em julho de 2004, após esses acertos institucionais foi possível o contato com os técnicos e gestores municipais. O primeiro contato foi facilitado pelos técnicos da Coordenação Regional que realizam o acompanhamento do Pesms e das obras de MSD no Município de Nerópolis.

4.2.2 O trabalho de campo em Nerópolis

Foram realizadas quatro viagens a Nerópolis, com passagens por Goiânia, para realizar coletas de dados da Pesquisa, que incluíam levantamento de documentos na Coordenação Regional e na Secretaria Municipal de Saúde, além das entrevistas no Município.

Em Goiânia, foram coletadas cópias dos processos do Convênio e dos projetos de MSD e Pesms; relatórios de acompanhamento ainda não anexados aos processos; mapas, fotos das obras e das atividades do Pesms, cartazes, folhetos e cartilhas educativas, além de textos relacionados às atividades sócio-econômicas e à história de Nerópolis.

Em Nerópolis, foram realizadas, além da coleta de outros documentos sobre a aplicação do Programa, as entrevistas com os beneficiários que receberam as melhorias sanitárias domiciliares; com os técnicos envolvidos localmente no Pesms e com os gestores do Pesms no Município, especificamente, na Secretaria de Saúde.

4.2.2.1 Estabelecimento de critérios e definição da amostragem

Após o conhecimento da principal equipe envolvida nas ações do Pesms, precisamente a equipe do PSF sediada no Posto de Saúde Santana, e a apresentação da proposta da Pesquisa, com o aval da FUNASA, foram iniciados os procedimentos metodológicos para a coleta de dados, que foi inicialmente acompanhada por um dos agentes comunitários de saúde, o qual orientou a chegada aos domicílios dos beneficiários, primeiramente nos bairros atendidos por essa equipe e, posteriormente, na Vila São João Batista, com a outra equipe envolvida nas ações do Programa.

Houve também o acompanhamento de um segundo pesquisador, experiente, que realizou nove entrevistas, na primeira visita a Nerópolis, algumas delas acompanhadas pelo primeiro pesquisador. Essas entrevistas foram integradas aos dados, considerando que foi feita uma padronização da abordagem e da condução das entrevistas.

Antes de dar início às entrevistas, foram elaboradas pelos dois entrevistadores as estratégias para escolha dos entrevistados. Como o agente de saúde iria acompanhar a realização da coleta, optou-se por realizar de imediato sua entrevista, enquanto técnico envolvido com o Pesms, para que não fosse influenciado pela fala dos demais entrevistados, principalmente procurando dar respostas às falas que certamente ouviria, o que poderia gerar um viés em suas respostas à entrevista.

O mesmo critério foi estabelecido para os técnicos com os quais o primeiro pesquisador teria mais contatos durante a fase de coleta de dados. Foi dada, então, prioridade às entrevistas dos técnicos locais e no primeiro dia foram entrevistados os quatro principais técnicos envolvidos com a implementação do Pesms.

Não foi possível entrevistar a todos os técnicos na primeira coleta de dados, devido às suas agendas de trabalho. Porém, para evitar vieses, procurou-se não se fazer contato com os técnicos que não seriam entrevistados naquele dia, a não ser uma enfermeira que era o principal contato por atender no Posto de Saúde de Santana, local de referência para saída a campo. Esta situação é considerada na análise de sua entrevista.

No mesmo dia, iniciou-se as entrevistas com os beneficiários das obras de MSD, que passaram ou deveriam ter passado pelas ações do Pesms, conforme o Projeto. Inicialmente, visitou-se residências apontadas pelo agente de saúde, mas logo foi aplicado o processo de amostragem, a fim de evitar vieses motivados por uma escolha dos entrevistados, unicamente

direcionada pelo agente de saúde. Assim, para cada residência sugerida por ele, foi incluída mais uma que também tivesse sido alvo das ações do Pesms.

4.2.2.2 Entrevistas e observações

Além das entrevistas gravadas, foram feitos registros e observações que favoreceram a compreensão do objeto de estudo. Para a realização das entrevistas, foram utilizados roteiros semi-estruturados compostos de 5 perguntas (Anexos II a, II b, II c).

No Questionário n.º 01 (Anexo II a), para os usuários, procurou-se identificar a participação dos beneficiários em atividades comunitárias, palestras, reuniões, a partir de suas lembranças sobre o que aprenderam e o que passaram a realizar como prática diferente após as atividades educativas. E ainda se sentiram alguma melhora em suas vidas após a aquisição das melhorias e se alguém na família teve dificuldade de adaptação ao uso dos benefícios.

No Questionário n.º 02 (Anexo II b), para os técnicos, procurou-se identificar que tipos de atividades relacionadas ao Pesms eles desenvolveram ou de quais participaram; se conheciam os objetivos do Pesms; como entendiam o conceito de sustentabilidade das ações de saneamento; se estavam convictos da contribuição do Pesms para a utilização adequada e manutenção dos benefícios implantados; e ainda se incentivaram a participação de outras Secretarias, associações, hospitais, e como contribuíram para o estabelecimento de parcerias intersetoriais.

No Questionário n.º 03 (Anexo II c), para os gestores, procurou-se identificar o nível de convicção desses atores na eficácia do Pesms; se perceberam algum crescimento da participação e/ou reivindicações populares onde o Pesms foi aplicado; se viam o Pesms como um complicador para a execução de projetos de saneamento; e ainda se tinham alguma crítica ou sugestão para a melhoria do Pesms.

As entrevistas e a análise documental foram realizadas para analisar os subcomponentes do Pesms na perspectiva da promoção da saúde e da vigilância em saúde, quais sejam: o “diagnóstico situacional”; “o estabelecimento de parcerias (promoção da intersetorialidade)” ; o “fortalecimento” da comunidade para o controle social, (*empowerment* individual e coletivo); a contribuição para “reorientação dos serviços” de vigilância em saúde; bem como para verificar evidências de políticas públicas saudáveis e atitudes favoráveis à saúde.

No cômputo final, foram realizadas 32 entrevistas (22 usuários, 8 técnicos e 2 gestores), que serviram de base de dados para a análise, além dos documentos coletados na Coordenação Regional e na Secretaria de Saúde de Nerópolis.

Após a organização dos dados em categorias principais e sub-categorias presentes na fala dos entrevistados, buscou-se identificar e interrelacionar os significados subjacentes e/ou explícitos, proceder a sua contextualização e análise, à luz de cada um dos eixos da promoção da saúde e da vigilância da saúde, tal como preconizado pelo Pesms.

4.2.3 Análise dos dados

O principal objetivo da análise dos dados foi verificar os efeitos produzidos pelo Pesms presentes nas “categorias” identificadas nas falas dos entrevistados. Buscou-se nessas falas compreender os “significados” das melhorias sanitárias, das atividades de educação em saúde e de mobilização da comunidade, adquiridos a partir das ações educativas que levariam a mudanças positivas para adoção de atitudes mais saudáveis, como efeitos esperados, tais como: a utilização adequada dos sanitários, da água tratada, higiene doméstica e pessoal, além de iniciativas individuais, grupais e sociais relacionadas à qualidade de vida e, conseqüentemente, à saúde, para os beneficiários.

No âmbito da gestão e implementação, procurou-se verificar a ocorrência ou não dos efeitos esperados na proposição do Pesms, por meio de “categorias” presentes nas falas dos técnicos e gestores, i. e., se estes desenvolveram objetivos comuns aos propostos no Programa; que conceito tinham de “sustentabilidade” ao aplicar o Pesms; se acreditavam na contribuição desse Programa para a implementação das melhorias sanitárias; se houve promoção de ações intersetoriais e se perceberam incremento na participação popular, como efeito do Pesms.

Portanto, as categorias pré-estabelecidas para análise de significados foram:

- a) para os usuários: “*participação em atividades educativas*”, “*efeitos das ações educativas*”, “*representação das melhorias sanitárias domiciliares*”, “*uso das melhorias sanitárias domiciliares*”, “*contribuição do Pesms para a saúde e atividades de mobilização da comunidade*”;
- b) para os técnicos e gestores: “*objetivos do Pesms*”, “*sustentabilidade das melhorias*”, “*contribuições do Pesms*”, “*existência de ações intersetoriais*” e “*incremento da participação popular*”.

Das categorias empíricas surgidas ao longo do trabalho, destacou-se o estudo das:

- c) representações mútuas entre técnicos e população e, em alguns casos, gestores.

4.2.3.1 Análise dos documentos

O documento base analisado foi o Processo n.º 25160.001.433/2001-60 *juntado* ao Processo n.º 25160.002185/2001-74, referente ao Convênio n.º 2015/2001, celebrado com vigência inicial até 22 de abril de 2003, prorrogada para 11 de março de 2004, conforme o 3º Termo Aditivo, às folhas 194/195 (Processo, 2001).

O Processo contém, além do Projeto de MSD e do PESMS, pareceres de análise técnica e relatórios de acompanhamento das etapas do Convênio, estando em fase final de análise da Prestação de Contas, quando será emitido parecer técnico final das áreas envolvidas: Engenharia, Educação em Saúde e Administração Financeira.

Com relação aos documentos do Pesms, foram analisados, o Diagnóstico Situacional, a Programação de Atividades e o Relatório de Cumprimento do Objeto, constantes do Processo de Projeto, que faz parte do acervo da Coordenação Regional da Funasa em Goiás.

Foi também analisado o Formulário de Supervisão Técnica (Anexo III) do Pesms, coletado na área de Educação em Saúde da CORE-GO. Esse formulário é um dos documentos que serão inseridos no Processo (2001), com o Parecer Final a respeito da execução do Pesms.

Esses procedimentos finais de prestação de contas dependem da revisão das pendências apontadas no Relatório de Visita Técnica n.º 01, de 5 de dezembro de 2003, algumas mantidas no Relatório da Visita Técnica n.º 02, realizada em 19 de maio de 2004, e regularizadas de acordo com o relatório de Visita Técnica Final, realizada em 6 de setembro de 2004 .

Em síntese, foram analisados os seguintes documentos:

- a) Relatórios de Visita Técnica (obras);
- b) Diagnóstico Situacional (Pesms);
- c) Formulário de Supervisão Técnica (Pesms);
- d) Relatório de Cumprimento do Objeto (Pesms);
- e) Material Educativo Elaborado (Pesms);
- f) Cronograma de Atividades Realizadas (Pesms).

4.2.3.2 Análise das entrevistas

A técnica utilizada para a análise dos dados das entrevistas baseou-se no método *hermenêutico-dialético* proposto por Minayo (1994), em que a fala dos atores sociais deve ser situada em seu contexto para ser melhor compreendida, mas que se tenha como ponto de partida a subjetividade e singularidade da fala desses atores.

Entende-se aqui, como a autora, que o resultado de uma pesquisa em ciência social, como esta, é apenas uma aproximação da realidade social, o recorte de um momento, o que demandará, para maior validade “sucessivas aproximações em direção ao que se quer conhecer” (Cruz Neto in Minayo, 1994).

Nesta análise, é feita uma contextualização *existencial e situacional*, em que, segundo Araújo (2003), a primeira diz respeito ao modo como as pessoas se situam num espaço, numa época, a que grupos pertencem, história familiar e profissão e quais suas experiências em relação ao tema; a segunda refere-se à topografia social que determina o seu direito de falar e a legitimidade de sua fala. Determina seu *lugar de fala* e, conseqüentemente, as expectativas a seu respeito.

No *contexto situacional*, há regras de comunicação a serem seguidas pelos interlocutores, que os levam a assumir o papel mais adequado à situação, tendo em vista seu *contexto existencial*: seu espaço social, sua época, sua história de vida e seu grupo de interesse.

Nesse aspecto, o entrevistado pode assumir o papel que lhe parecer mais favorável diante do entrevistador, pois, para ele, este pode representar “*n*” possibilidades, que podem ir desde a ampliação do benefício até a punições por parte dos seus “aliados”.

A técnica utilizada teve os seguintes passos:

- a) *ordenação dos dados das entrevistas*, que consistiu na transcrição das entrevistas, releitura do material, organização dos relatos em categorias e elaboração da contextualização, com base nas observações feitas *in loco*, no confronto com dados documentais, e com as demais entrevistas.
- b) *classificação dos dados*: releitura exaustiva, questionamentos, identificação de significados e das categorias pré-estabelecidas; formulação de novas categorias, com base no que era mais relevante nos textos (falas).

- c) *análise final*: estabelecimento de relações dos dados da Pesquisa entre si e com os referenciais teóricos, respondendo às questões ou hipóteses, com base nos objetivos do Estudo.

Cabe ressaltar que algumas categorias que não foram previstas nos Métodos (questionários, entrevistas, análise documental) tornaram-se significativas no decorrer da análise das entrevistas. A maioria delas são representações mútuas, em que os significados são compartilhados pelos entrevistados entre si, beneficiários, técnicos e gestores.

4.3 Considerações Éticas

De acordo com a Resolução n.º 196, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), pesquisa envolvendo seres humanos é aquela que envolva o ser humano, individual ou coletivamente, direta ou indiretamente, em sua totalidade ou em partes, incluindo o manejo de informações ou materiais.

Desta forma, nesta Pesquisa, que envolve entrevistas com pessoas para coleta de dados primários e geração de informações, foram observados os princípios éticos em pesquisa com seres humanos (Brasil, 1996):

- a) *Princípio da autonomia* - com a utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo IV) dos indivíduos-alvo, sendo um termo diferenciado para cada categoria: beneficiários, técnicos e gestores, tratando os sujeitos da Pesquisa com dignidade, respeitando-os em sua autonomia e considerando suas possíveis vulnerabilidades;
- b) *Princípio da beneficência* - ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais e coletivos, cercado de garantias de retorno dos benefícios esperados como resultado da Pesquisa às pessoas e à comunidade envolvidas, o que será obtido por meio de encaminhamento dos resultados deste trabalho aos técnicos e gestores municipais envolvidos com a aplicação do Pesms;
- c) *Princípio da não-maleficência* - garantia de que danos previsíveis fossem evitados, procurando não interferir de forma agressiva nos padrões culturais da comunidade submetida ao estudo;
- d) *Princípio da justiça e equidade* - observância da relevância social da Pesquisa, tendo em vista que os resultados alcançados servirão para propor modificações na implementação das ações do Pesms, com vistas à melhoria de sua efetividade,

desde o seu planejamento até a execução, possibilitando a ampliação da participação social em todas as etapas do projeto, caracterizando a destinação sócio-humanitária da Pesquisa.

Portanto, além das considerações éticas relacionadas à Pesquisa, foram tomadas todas as providências legais e documentais junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ, para onde foram encaminhados previamente todos os documentos exigidos, inclusive os termos de consentimento livre e esclarecido (Anexo IV).

5. Resultados

5.1 Caracterização do Município

A Cidade de Nerópolis situa-se a 25 Km da Capital do Estado de Goiás, Goiânia; possui área de 249 Km² e localiza-se na porção Centro Norte do Estado, sendo recortada pela Rodovia GO-080, que faz ligação com a Capital (Anexo V).

A população do Município era de 17.578 habitantes em 2000 (Datusus, 2005), incluindo, além da cidade sede, dois Distritos, o Povoado de Macaúba, em seu extremo norte, e o Povoado de Guardianópolis, próximo à saída sul. Dessa população, estavam bem próximas as faixas etárias com menos de 5 anos (1.968 hab.) e a partir de 60 anos (1.547 hab.), que são as mais vulneráveis às doenças infecciosas e parasitárias, inclusive às de veiculação hídrica.

Devido à proximidade a Goiânia, Nerópolis vem sofrendo com o incremento populacional que agrava os problemas sociais e de infra-estrutura existentes no Município. A população estimada pelo IBGE para 2004 foi de 20.844 habitantes (Datusus, 2005), com uma taxa de crescimento anual estimada em 5,1%, enquanto a do Estado é de apenas 2,6%.

A tabela a seguir demonstra que até 2000 a situação de saneamento ambiental de Nerópolis não se diferenciava muito da do Estado, superando-a, inclusive, em alguns indicadores como a rede geral de abastecimento de água (77,3 > 68,8) e lixo coletado (90,3 > 81,2).

Quadro 1: Indicadores de Saneamento Ambiental de Nerópolis e do Estado de Goiás (Censo IBGE 1991-2000*)

Proporção de moradores por tipo de Intervenção	Nerópolis		Estado de Goiás	
	1991	2000	1991	2000
Abastecimento de Água				
Rede geral	59,0	77,3	55,9	68,8
Poço ou nascente (na propriedade)	38,4	20,7	41,7	28,8
Outra forma	2,6	2,0	2,5	2,8
Instalação Sanitária				
Rede geral ou esgoto pluvial	-	0,6	25,7	29,3
Fossa séptica	0,2	6,2	2,7	5,5
Fossa rudimentar	90,2	89,3	56,4	58,4
Vala	1,5	1,1	1,0	0,8
Rio, lago ou mar	-	0,9	-	0,7
Outro escoadouro	0,5	0,3	1,2	0,8
Não sabe o tipo de escoadouro	0,0	-	0,1	-
Não tem instalação sanitária	7,6	1,6	12,9	4,6
Coleta de lixo				
Coletado	58,3	90,3	52,9	81,2
Queimado (na propriedade)	16,8	7,1	21,0	13,4
Enterrado (na propriedade)	2,3	0,8	1,4	1,2
Jogado	19,5	1,0	16,0	3,4
Outro destino	3,1	0,9	8,7	0,8

*Fonte: IBGE/Censos Demográficos, gerado pelo Datusus/SE/MS, em 18/01 (Datusus, 2005)

Entretanto, apresenta uma grave situação relacionada às instalações sanitárias. Enquanto a proporção estadual para a rede geral de esgoto era de 29,3% de moradores com instalações, para o Município era de apenas 0,6% no ano de 2000. Por outro lado, a proporção de moradores sem instalação sanitária era de 4,6% no Estado; enquanto no Município era de apenas 1,6%.

Com relação à melhoria sanitária nos domicílios, a proporção de fossas sépticas ainda era muito baixa em 2000, tanto para o Estado de Goiás(5,5%) quanto para o Município de Nerópolis(6,2%). Em consequência disso, havia um altíssimo número de fossas rudimentares no Estado(58,4%) e principalmente no Município(89,3%).

Um indicador positivo encontrado pelo Censo Demográfico 2000/IBGE (Datusus, 2005) foi o lixo coletado no município (90,3%) superando com folga a média do Estado (81,2%), informação que se confirma pela proporção do lixo sem destino adequado (jogado – 1,0%) no município enquanto a média do Estado era ainda de 3,4%.

A situação positiva de destinação dos resíduos sólidos, supostamente, poderia ter sido mantida, tendo em vista ser uma política pública em que a gestão municipal tem mais governabilidade e autonomia financeira, considerando que, principalmente em pequenos municípios, restringe-se à coleta e disposição final dos resíduos sólidos geralmente em lixões.

Entretanto, em uma das entrevistas com a população, embora este não fosse o eixo da Pesquisa, evidenciou-se a falta de coleta do lixo bem como a falta de compreensão da população em colaborar com a destinação adequada do lixo, quando jogam ou queimam-no a céu aberto.

Se eles entendessem seria melhor, né? Porque aqui é muito bom, mas tem um lixo aqui que está perturbando a vizinhança. São três lixos aqui. (...) Deixam juntar. Não acaba não. Só tira quando eles vêem que tá muito lixo, aí dá uma queimada no lixo e fica queimando uns 3 a 4 dias, aquela fumaça poluída, que a gente chega chora, de tanto que a fumaça é fedida e ardida. Está difícil de resolver (...) porque tem gente que joga no meio da rua. (Entrevista 9)

Entre os técnicos entrevistados, apenas um apontou a deficiência de saneamento no Município, oriunda da inexistência de tratamento de esgoto, indicando como principal problema sanitário de Nerópolis a baixíssima cobertura de instalações sanitárias com fossa séptica, conforme constatado pelo IBGE (Datusus, 2005).

(...) Mas o que a gente tava falando é que em Nerópolis todo, todas as casas, os dejetos são todos destinados à fossa, essa que tem filtração direta no solo, e a gente tá comentando que a grande deficiência em relação à saúde em Nerópolis é a

falta de saneamento básico, que não existe tratamento de esgoto em Nerópolis, que seria o grande defeito na saúde aqui, o que falta mesmo (Entrevista I)²⁵.

Quanto à situação epidemiológica, o quadro a seguir confirma que há uma tendência de queda na incidência de doenças diarreicas e outras doenças infecciosas e parasitárias, que estão diretamente relacionadas à falta ou inadequação de saneamento ambiental.

Quadro 2: Evolução epidemiológica de algumas doenças relacionadas à falta de saneamento em Nerópolis/GO, de 1998 a 2004

Nerópolis	Morbidade (internações notificadas)							Mortalidade (óbitos notificados)						
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Doenças de veiculação hídrica														
Diarréia Infeciosa	43	59	16	2	1	5	1		*8,1%	-	-	*3,7%		
Dengue	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cólera														
Hepatites virais	-	2	6	4	-	-	-			1	-	-	-	-
Febre Tifóide			1											
Outras doenças infec. parasit.	1	9	26	64	17	71	63	4	1	4	8	2	-	-

Fonte: SIAB/MS/(Datusus, 2004)

*Percentual do total de internações do Grupo de Causas CID-10

Na formulação desse Quadro evidenciou-se dificuldades de acesso às informações de saúde, como ocorre em geral em pequenos municípios que ainda não estruturaram um sistema de vigilância eficiente, situação que pode ter contribuído para a subnotificação tanto de internações quanto de óbitos, no caso de Nerópolis, o que não oferece segurança para análises dos dados.

Quadro 3: Outros indicadores de saúde do Município de Nerópolis/GO (2001-2004)

Indicadores	Quantidade
Hospital privado	01
Ambulatório de Unidade Hospitalar Geral	01
Unidade de Saúde da Família	04
Consultórios Médicos em Unidades	11
Equipes Odontológicas	7
Escolas públicas na zona urbana	3*
Destino final do lixo coletado	Aterro Sanitário*
Procedência da Água do Sistema	Poço Artesiano*
Despesa total com saúde por habitante em 2003	R\$143,23
Despesa total com saúde no Município em 2003	R\$2.907.192,55
População estimada pelo IBGE para 2003	20.298 hab.

Fonte: SIAB/MS/(Datusus, 2005)

* Fonte: Inquérito Sanitário (Processo, 2001:41)

²⁵ A utilização de algarismos romanos é para diferenciar a fala dos técnicos da fala dos beneficiários, identificada em arábicos.

O Quadro 3 demonstra uma estrutura razoável para o atendimento de saúde da população do Município, tendo em vista que grande parte desta é atendida pela rede de saúde da Capital, Goiânia. Além do ambulatório geral e do hospital privado, conveniado com o SUS, a população mais carente conta com o apoio de quatro Postos de Saúde, sendo que cada um deles concentra uma equipe do Programa Saúde da Família (PSF).

Contudo, analisando a situação de saúde da população de Nerópolis, com base nos dados disponíveis, pôde-se constatar que uma das maiores carências do Município é a falta de serviços de saneamento ambiental, principalmente de instalações sanitárias para a população periférica da cidade.

5.2 A Celebração do Convênio com a Funasa

Justificando-se pelos altos índices de doenças relacionadas à falta de saneamento, como dengue, diarreia e hepatite, entre outras, a Prefeitura de Nerópolis, em 2001, celebrou convênio com a Funasa, com o objetivo de melhorar as condições de saúde da população, a partir da implantação de melhorias sanitárias em residências nos bairros mais carentes (Anexo VIII).

Para atendimento das exigências de celebração do convênio, o Município apresentou à Funasa projeto para instalação de 77 módulos sanitários, propondo atender famílias do bairro Dom Felipe III, com base em inquérito sanitário realizado em agosto de 2001 (Processo, 2001:41-43). Entretanto, por contingências econômicas, essa lista foi reformulada para 65 famílias.

Segundo relato da equipe da Secretaria Municipal de Saúde, para a identificação dos possíveis beneficiários, com base nos dados do Inquérito Sanitário Domiciliar (Processo, 2001: 41), foram mobilizados agentes de saúde, enfermeiras, médicos e assistente social do PSF das áreas atendidas.

Apesar de apontado na justificativa do projeto apenas o setor Dom Felipe III, em outros documentos do processo são relacionadas outras áreas como Dom Felipe II, Marista, Alphaville Park, Mutirão, Bela Vista, Paraíso, São Pedro, São Jerônimo e Vila São João Batista, que, segundo informações da Secretaria Municipal, seriam os mais carentes de Nerópolis, todos com precárias condições sanitárias domiciliares.

Na lista final, foram incluídos ainda os bairros Morumbi, Dom Bosco, São Paulo, Botafogo e Jardim Amélia, sendo a área mais beneficiada com essa *pulverização das melhorias*²⁶ os Setores Dom Felipe III, com 15 módulos sanitários, e Dom Felipe II, com 10.

Outra exigência para celebração de convênios dessa natureza é a apresentação de projeto de Pesms, no qual devem ser previstas atividades de educação em saúde e mobilização social a serem implementadas ao longo da execução dos convênios. Essas atividades foram realizadas pelas equipes do PSF, responsáveis pelo atendimento da população das áreas beneficiadas.

As obras foram realizadas no período de junho a agosto de 2003, apesar de a vigência inicial do Convênio ter sido de 31 de dezembro de 2001 a 22 de abril de 2003, prorrogada para 11 de março de 2004, conforme Relatório de Visita Técnica Final (Processo, 2001:217).

Com a execução das ações, segundo o Relatório da Secretaria Municipal de Saúde de Nerópolis (Processo, 2001), a incidência de doenças como Dengue, Febre Amarela, Hepatite, Diarréia e Esquistossomose vem caindo significativamente na Cidade, tendência que de certa forma se confirma para algumas dessas doenças, como as diarréias e hepatites virais, conforme o Quadro 2, em que pese o risco de subnotificação a que está submetido o Município.

5.3 Atores envolvidos na Pesquisa

Conforme definido nos Métodos, procurou-se envolver nesta Pesquisa, como entrevistados, os beneficiários, técnicos e gestores, além de procurar identificar lideranças e outros atores individuais ou coletivos que tivessem uma vinculação mais significativa com a aplicação do Pesms nos níveis local e regional.

No nível local não houve dificuldade para a identificação desses atores, a não ser pela falta de envolvimento de lideranças comunitárias no processo, referência ausente na fala dos entrevistados, pois, diferentemente do que propõe o Pesms, não foi detectada a busca de parcerias e de ações intersetoriais, e nenhuma liderança local foi mencionada.

Procurou-se também identificar atores intersetoriais que tivessem participado da implementação do Programa, mas não foi possível. Nem mesmo os professores da escola onde

²⁶ Pulverização das melhorias é a sua distribuição irregular na comunidade, desrespeitando os critérios de continuidade e contigüidade na seleção das localidades e dos domicílios a serem beneficiados, conforme orientação da Funasa. (Brasil, 2001, 2002, 2003a, 2003c, 2004c).

ocorreram palestras foram apontados como participantes pelos técnicos e usuários entrevistados. Desta forma, ficou limitada a amostragem, não por falha metodológica, mas por conta dessas lacunas no processo local de implementação do Programa.

5.4 Análise documental

Com vistas à identificação de possíveis efeitos das ações do Pesms sobre a sustentabilidade e o controle social das intervenções de saneamento (MSD) na comunidade, tais ações foram cuidadosamente analisadas, confrontando-se os relatos dos entrevistados com a documentação disponível sobre o andamento do projeto.

5.4.1 Documentos sobre as obras

Os principais documentos analisados relativos às obras de melhorias sanitárias domiciliares (MSD) foram os Relatórios de Visita Técnica n.º 01, de 5 de dezembro de 2003, n.º 02, de 1º de junho de 2004, e de Visita Técnica Final, de 8 de setembro de 2004 (Processo, 2001: 176-183, 217).

Nos dois primeiros documentos, além de outras impropriedades identificadas na execução das MSD em 64 casas, destacava-se a localização da caixa de gordura sob o tanque de lavar roupas, quando o projeto orientava que fosse localizada sob a pia de cozinha. Os Relatórios referem-se a 64 casas com MSD, e não 65, como previsto na meta do objeto de convênio, pois em uma delas o morador havia demolido o módulo sanitário (Processo, 2001).

O Relatório da Visita Técnica n.º 02, apesar de confirmar o reparo de várias impropriedades apontadas no primeiro relatório, ratificou a manutenção das caixas de gordura fora do local indicado no Projeto Técnico. Esse problema técnico foi apontado nas entrevistas com os beneficiários, devido aos transtornos dele decorrentes, como os recorrentes entupimentos, transbordamentos e acúmulo de água na área próxima ao módulo sanitário.

A caixa de gordura eu limpo direto...eu ponho soda aí ela desentope. (Entrevista 17)

- E agora está entupido? Tá sempre cheio de água? (Intrevistador 1)

- Eu acho. Quando a água tá assim eu tiro, eu pego um copo e jogo. (Entrevista 12)

Em síntese, os dois primeiros Relatórios apontaram a seguinte situação da obra:

Quadro 4: Identificação dos serviços do Convênio 2015/2001, em Nerópolis/GO, em 2003

Meta	Etapa/fase	Discriminação	Unid.	Quantidade		% executado
				Previsto	Executado	
01	01	Construção de Módulos Sanitários	Módulo	65	1	1,54%

Fonte: Processo (2001:176-183)

Quadro 5: Verificações técnicas da obra: módulos sanitários, em Nerópolis/GO, 2003

Item	Aspectos técnicos da obra	Sim	Não	N/a
01	A obra está sendo executada no terreno indicado dos projetos	X		
02	A localização da obra no terreno está correta	X		
03	Existe placa de obra referente ao convênio		X	
04	Existe responsável técnico pela execução da obra	X		
05	Existe fiscalização da obra instituída pelo conveniente	X		
06	A execução do convênio está de acordo com o plano de trabalho	X		
07	A obra está sendo executada com qualidade		X	
08	A execução da obra está de acordo com os projetos	X		
09	A execução da obra está de acordo com as especificações técnicas	X		
10	A fiscalização do conveniente está realizando as medições		X	
11	O diário de obra está sendo feito		X	
12	Há algum dificultador que possa prejudicar o desenvolvimento da obra		X	
13	No caso de melhorias, a relação de beneficiários está sendo respeitada	X		

Fonte: Processo (2001:176-183)

Observa-se no Quadro 2 que apenas 01(1,54%) módulo havia sido concluído com êxito até o momento das visitas técnicas, ressaltando-se que a segunda visita foi realizada após o término da vigência final do Convênio (março de 2004). No Quadro 5, são verificados 4 itens técnicos negativos na obra, sendo que um deles diz respeito à qualidade da obra, o que pode vir a comprometer a segurança do usuário e o funcionamento das melhorias.

Segundo o Relatório de Visita Técnica Final (Processo, 2001:217), comprovou-se a regularização das pendências apontadas no Relatório da primeira visita técnica, porém sem mencionar o problema da localização da caixa de gordura, concluindo que a obra foi realizada conforme as especificações técnicas dos projetos, aparentemente desconhecendo a relevância desse problema técnico das instalações sanitárias para os usuários.

Entretanto, ratificou a demolição de um dos módulos sanitários, apontada no Relatório de Visita Técnica n.º 01, não tendo sido apresentada pela Prefeitura nenhuma justificativa para o fato, tampouco para a não recuperação do módulo. Este fato impediu o alcance de 100% da meta de execução da obra, conforme a situação apresentada no Quadro 6, destacada do Relatório de Visita Técnica Final (Processo, 2001:217).

Quadro 6: Identificação dos serviços do Convênio 2015/2001, em Nerópolis/GO, em 2004

META	ETAPA/FASE	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANTIDADE		% EXECUTADO
				Previsto	Executado	
01	01	Construção de Módulos Sanitários	Módulo	65	64	98,5%

Fonte: Processo (2001:217)

Quadro 7: Verificações técnicas da obra: módulos sanitários, em Nerópolis/GO, 2004

ITEM	ASPECTOS TÉCNICOS DA OBRA	SIM	NÃO
01	A obra foi executada em conformidade com os projetos aprovados	X	
02	Se houve modificações, elas foram aprovadas pela Funasa	X	
03	A obra foi executada de acordo com as especificações técnicas	X	
04	A relação de beneficiários foi respeitada	X	
05	A obra está beneficiando a população conforme o plano de trabalho	X	
06	A Conveniente emitiu Termo de Recebimento da Obra		X

Fonte: Processo (2001:217)

Os aspectos apontados nos Relatórios surgiram na fala dos beneficiários como uma categoria significativa apenas por reclamação espontânea, como foi na situação da caixa de gordura, instalada de forma inadequada.

O apontamento consciente dos problemas relacionados às melhorias sanitárias poderiam ser interpretados como uma atitude de empoderamento individual. Essa conscientização poderia desencadear atitudes coletivas que denotariam uma ação de mobilização da comunidade, o que indicaria empoderamento coletivo.

Entretanto, essas atitudes não foram constatadas nas entrevistas ao confrontar-se as falas com a análise dos documentos, permitindo uma primeira inferência de que as ações do Pesms não chegaram a influir na capacitação dos beneficiários para a participação e controle social, como se verifica no decorrer deste estudo.

5.4.2 Documentos do Pesms

Tendo em vista um dos objetivos específicos da Pesquisa de analisar o Diagnóstico Situacional do Pesms, procedeu-se à análise documental das folhas 49, 50, 51, 71 e 209, do Processo de Projeto n.º 25160.001433/2001-60 (Processo, 2001), que tratam do tema.

O Diagnóstico Situacional apresenta algumas informações demográficas básicas como localização da cidade, principal rodovia de acesso, população declarada pelo IBGE. Dentre as informações sócio-econômicas, o documento se refere à existência de uma fábrica de produtos alimentícios enlatados, com dois anos no Município, que gerou aumento na oferta de emprego, não só com a indústria, mas com o incremento do consumo de materiais básicos para a construção civil e com o comércio. Ressalta ainda que isto tem causado um crescimento desordenado da população.

No âmbito das políticas públicas, informa sobre a educação local apenas que existem 18 escolas, embora não especifique a natureza de cada uma delas, se municipais, estaduais ou particulares. Quanto à política de saúde, menciona a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) e sobre a existência de um hospital filantrópico conveniado com o SUS.

A respeito do saneamento básico, informa que a Companhia Estadual está implantando a rede de abastecimento de água no Município, mas que na ocasião (2001), ainda não estava funcionando em sua totalidade. Porém, nada comenta sobre a coleta do lixo e rede de esgoto nem sobre o controle de zoonoses, aspectos considerados importantes para um bom diagnóstico da situação ambiental.

Quanto às áreas beneficiadas, indica apenas o Setor Dom Felipe III, com aproximadamente 300 domicílios, sem água tratada, escolas, centro de saúde, praças, esgotos ou asfalto. Informa ainda que as famílias ali residentes são atendidas pelo PSF, apresentam alto índice de hanseníase e a renda *per capita* estava, na ocasião, em torno de R\$100 (Cem reais).

É importante destacar que nessa área mencionada no Diagnóstico Situacional foram beneficiados com MSD apenas 15 domicílios. Entretanto, nada aponta sobre as outras áreas beneficiadas com o projeto, como o Setor Dom Felipe II (10 domicílios), o Setor São Gerônimo (2), Paraíso (2), Marista (4), São Pedro (6), Alphaville (2), Dom Bosco (3), Morumbi (1), Mutirão (3), Bela Vista (5), Botafogo (4), Jardim Amélia (1), São Paulo (2) e Vila São João Batista (5).

Essas áreas, embora sejam todas habitadas por pessoas carentes, possuem diferenças sociais consideráveis do ponto de vista do acesso aos benefícios das políticas públicas e da possibilidade de estratégias de implementação do Pesms.

Uma situação bem diferente é a da Vila São João Batista, que fica no outro extremo da cidade, em relação às demais áreas beneficiadas. Embora os beneficiários das MSD nessa Vila também sejam pessoas de baixa renda, na maioria idosos e com problemas de saúde, suas casas apresentam-se em melhores condições e ficam próximas ao Centro da cidade, do Centro Esportivo, do Estádio de futebol e do Cemitério, bem como do comércio, bancos e escolas.

Entretanto, nessa área, beneficiada com MSD, não houve ações do Pesms, talvez pela distância em relação à base gestora do Programa, Equipe do PSF do PS Santana – no Setor Habitacional Santana, ou pela falta de caracterização adequada no Diagnóstico Situacional, que indicasse as possibilidades de desenvolvimento de ações e estabelecimentos de parcerias com outros atores sociais, inclusive com uma igreja protestante existente naquela área.

Como consequência mais provável dessa falta de caracterização da área no Diagnóstico Situacional, um agente de saúde da equipe do PSF declarou não ter participado nem desenvolvido ações do Pesms nem mesmo ter recebido folhetos para distribuição naquele bairro.

- (...) Teve alguma palestra? Aula, filme, vídeo? Você viu o material produzido? Cartilhas? Folheto? Chegou folheto pra você distribuir? (Entrevistador 2)

- Não. Nada. A única coisa que eu fiquei sabendo foi quando me levaram lá pra eles verem onde vão ser feitos os banheiros. Deixaram o material e os pedreiros fizeram. (Entrevista IV)

Por outro lado, os beneficiários do Setor São Gerônimo e do Bairro Marista contam com a proximidade da Escola Municipal Oscarina Caetano e do Posto de Saúde Santana, que foram utilizados, respectivamente, como ponto de apoio para as reuniões e palestras e como centro de comando das atividades do Pesms, pela equipe do PSF sediada naquele Posto, embora esses locais públicos não tenham sido indicados no Diagnóstico Situacional.

Constata-se, então, que os locais mais utilizados para ações do Pesms nem mesmo foram mencionados no Diagnóstico Situacional, como a Escola Municipal e o Posto de Saúde. Também não foi informado sobre a existência de mais três Postos de Saúde existentes na cidade, cada um com uma equipe do PSF, nem sobre a localização de Escolas, igrejas, associações e iniciativas populares que pudessem ser utilizadas como base para a mobilização da comunidade.

Assim, observou-se que o Diagnóstico Situacional realizado foi muito incipiente, deixando de produzir informações essenciais, que poderiam ter contribuído para melhor implementação das ações de educação e de mobilização da comunidade beneficiada. Desta

forma, o Diagnóstico pouco contribuiu para o alcance dos objetivos do Pesms, diferentemente do que proõe seu documento base de orientação.

De acordo com o Formulário de Supervisão Técnica (Anexo III), elaborado por técnicos da Funasa (Quadro 8), as metas e etapas programadas do Pesms incluíram reuniões com autoridades e técnicos; palestras comunitárias sobre uso e manutenção dos benefícios e sobre as doenças relacionadas à falta de saneamento básico; e ainda visitas domiciliares durante e após o benefício, com distribuição de material educativo, que será descrito a seguir. Foi também programada no Projeto do Pesms uma avaliação dos resultados das ações realizadas (Processo, 2001: 51).

No Relatório de Cumprimento do Objeto (Processo, 2001: 209), assinado pelo Prefeito Municipal, consta que todas as ações programadas foram executadas, existindo fotos, material educativo, listas de presenças e atas das reuniões.

Nesse Relatório consta ainda, como benefícios alcançados, a construção dos 65 módulos sanitários; oportunidade de se trabalhar o tema proposto junto à comunidade; satisfação dos beneficiários e a redução de doenças decorrentes da falta de saneamento; bem como a redução da frequência na busca de serviços no Centro de Saúde por parte dos beneficiários.

São também descritas as despesas relativas ao Pesms, supridas com recursos provenientes do Orçamento Municipal, uma vez que esse Programa é financiado com a contrapartida do Município, definida nas “Orientações para elaboração do Pesms” (Brasil, 2003a) e pactuados na Cláusula Quarta do Termo de Convênio (Processo, 2001: 71).

As despesas declaradas foram basicamente com material educativo e filmes (R\$300,00); com pessoal próprio (R\$300,00); com serviço de terceiros para produção e colocação de faixas e carro de som (R\$1.200,00); e com material de consumo: combustíveis, pastas, papéis, pincéis, filmes fotográficos e canetas para retroprojeto (R\$1.200,00), totalizando R\$3.000,00 (Três mil reais).

No Formulário de Supervisão Técnica (Anexo III/Quadro 9), identificou-se a utilização de alguns produtos de comunicação, tais como, cartazes, cartilhas e panfletos. Foram feitas ainda referências à utilização de faixas, filmes e palestras, porém, estes produtos não foram analisados, considerando que o objetivo desta pesquisa não se concentrava na

análise de estratégias de comunicação, o que seria objeto de uma avaliação de implementação do Programa.

Assim, o estudo limitou-se à identificação das estratégias mais utilizadas, conforme indicação no próprio Formulário de Supervisão Técnica, de onde foram destacadas a seguir apenas as tabelas relativas às metas e etapas programadas e o resumo do material produzido.

**Quando 8: Avaliação técnica das metas/etapas programadas para o Pesms
Nerópolis/GO, Convênio 2015/2001**

Atividade	Programada	Executada	% de execução
Reuniões	10	15	100%
Palestras	20	20	100%
Visitas	05	05	100%
Avaliações	03	03	100%

Fonte: Formulário de Supervisão Técnica: Pasta de Acompanhamento do Pesms, ASCOM-CORE/GO, 2004.

**Quadro 9: Materiais produzidos para utilização pelo PESMS no período de 2001-2003
em Nerópolis/GO, Convênio 2015/2001**

Especificação	Quantidade
Panfletos	500
Filmes	08
Produção de Faixas	20

Fonte: Formulário de Supervisão Técnica: Pasta de Acompanhamento do Pesms, ASCOM-CORE/GO, 2004.

Desses materiais apontados na supervisão do Pesms, foram identificados na Pesquisa apenas os impressos, a maioria folhetos relacionados a problemas de saúde em geral, como a dengue, o cólera, o piolho; cuidados com os reservatórios de água, com o lixo, com os alimentos (Anexo VI), e apenas um específico sobre os módulos sanitários.

Este último, denominado “Clarinho”, segundo uma das enfermeiras entrevistadas, é uma adaptação de outro já utilizado pela Funasa. Foi reproduzido em preto e branco, com 4 páginas, em papel 20x20cm, dobrado em forma de folheto de cordel, com gravuras do módulo sanitário e duas crianças conversando sobre este, fazendo menção aos cuidados necessários com sua limpeza e da caixa d’água, além de incentivar os vizinhos a conservarem seus banheiros. Trazia ainda algumas dicas de higiene e saúde na penúltima página. A última foi

dedicada aos créditos dos órgãos de saúde federal (Funasa), Estadual (Governo - Programa Tempo de Sanear) e municipal (logomarcas da Prefeitura e da Secretaria Municipal de Saúde).

Entretanto, durante as entrevistas, ao se apresentar esse e outros folhetos, os entrevistados não lembravam de terem visto aqueles “papéis” nem se o haviam recebido, o que pode caracterizar desde a inadequação dessa estratégia de comunicação ao público beneficiário do Programa até problemas de circulação, distribuição e discussão adequada desse material; ou ainda o fato de não conseguirem ler. Essa categoria também é objeto de análise nas entrevistas coletadas.

filha: Não. Se trouxe eu não estava aqui não. Mas não trouxeram não.

pai: Eu guardo tudo bem guardado. A gente não sabe ler, eu pego um papel e guardo pra alguém ler pra mim. (Entrevista 5) (Uma das respostas ao se perguntar sobre o recebimento do material informativo/educativo, numa situação em que o pai e a filha estavam presentes na entrevista.)

Foi ainda objeto de análise a relação das atividades realizadas pela equipe responsável pela execução do Pesms, da Secretaria de Saúde, composta por uma assistente social, duas enfermeiras e pelos agentes de saúde do PSF, que contaram ainda com a colaboração dos médicos que prestam atendimento no Posto de Saúde “Santana”.

As atividades realizadas (Anexo VII) foram desde o cadastramento dos prováveis beneficiários, entrevistas, seleção, reuniões para definição dos contemplados e, principalmente, palestras, geralmente ministradas pela assistente social ou por um dos médicos.

Além disso, como se poderá perceber nas entrevistas com os técnicos, os agentes informam ter realizado visitas de rotina nos domicílios, durante as quais deveriam incluir em suas atividades orientações sobre o uso das melhorias. Essas visitas foram confirmadas em pelo menos duas das vinte e duas entrevistas realizadas com os usuários. Entretanto, segundo estes, os agentes limitavam-se a observar se havia problemas de manutenção dos módulos sanitários.

- Sempre eles vem ver o banheiro como está. Alguma coisa que não está certo, estragada. (Entrevista 19)

- Ele dá alguma orientação sobre cuidados? (Entrevistador 1)

- Não, para mim ele ainda não falou não. (Entrevista 19)

As enfermeiras realizaram ainda reuniões com os vereadores, para discussão do Projeto, e com a equipe da Funasa, para definição dos beneficiários, além de organizarem as reuniões com a Secretária de Saúde e acompanharem os técnicos da Funasa nas visitas domiciliares de acompanhamento das obras.

5.5 O contexto das entrevistas

A população de Nerópolis tem a humildade impregnada no olhar e exposta no falar regional característico goiano. É fácil chegar a qualquer lugar na cidade, não só pelos seus 249 Km² mas pelo acolhimento com que as pessoas fazem questão de orientar quem chega.

Entretanto, no segundo semestre de 2004, Nerópolis vivia um momento de efervescência política, como todos os municípios do País, e percebia-se que cada um ali poderia ser um candidato ou representante de um deles, o que dava aos olhares e às audiências características especiais, inclusive por causa dos constantes ruídos causados pelos carros de som em plena campanha.

Esse momento está fortemente caracterizado em várias entrevistas, não somente pelos ruídos físicos senão pelos semânticos, em que os emissores deixavam claro que a melhoria sanitária está relacionada à lógica política de grupos de interesses, embora muitos dos beneficiários sejam pessoas tão humildes a ponto de perceber essa relação como algo inexorável.

Foi na votação do ano passado, ou trasado, não sei. Eu pedi esse banheiro porque eu estava precisando, o velho não podia gastar, porque ele sofre, ele não pode estar gastando com privada, e ficou aí sofrendo até agora que eles fizeram esse banheiro pra mim, eu estava sofrendo. Eu tive de ter coragem de chegar lá pra um candidato e pedir, porque eles não gostam de ajudar a gente, eles só querem o voto. (Entrevista 8)

As 65 melhorias sanitárias domiciliares foram pulverizadas (Anexo VIII) em 14 vilas consideradas mais pobres, descumprindo dois critérios historicamente validados pela FSESP/Funasa na seleção das áreas e dos domicílios a serem beneficiados, *a continuidade e a contigüidade* (Brasil, 2001, 2002, 2003a, 2003c, 2004c).

Não obstante, há diferenças, como visto na análise do “diagnóstico situacional”, que tornam algumas dessas vilas mais carentes que as outras, principalmente pela proximidade ou não do Centro, onde se concentram os bancos, o comércio e administração pública; e da Rodovia GO-080, que corta a cidade ao meio vindo de Goiânia e serve de escoamento para a única indústria estabelecida no Município, uma fábrica de alimentos enlatados, instalada há cerca de dois anos e que começa a melhorar a renda *per capita* da população local, com a geração de empregos diretos e indiretos.

Mas os usuários da maioria dos módulos sanitários certamente não trabalham na fábrica nem se preocupam com o “ronco” dos caminhões na BR, embora necessitem ir ao

banco para receber a aposentadoria, e ao médico, para cuidar da hipertensão ou de problemae na próstata.

É uma maioria de idosos, muitos deles já não vivem com os filhos. Alguns têm ainda o privilégio de tê-los em casa, mas, neste caso, quase sempre desempregados e com baixa escolaridade.

Diante desse cenário, foram realizadas 22 entrevistas, com beneficiários das melhorias sanitárias domiciliares, procurando seguir a seqüência de distribuição dos módulos em vários bairros da cidade, de modo a obter uma amostragem significativa de cada área atendida.

5.6 O ponto de vista dos beneficiários

No Quadro 10, a seguir, são apresentadas as principais categorias identificadas por meio das entrevistas, e nele procura-se fazer uma síntese que sirva de roteiro para a seqüência da apresentação e dos comentários.

**Quadro 10: Categorias analisadas na fala dos beneficiários de MSD/Pesms
Nerópolis, Goiás, 2004**

<i>Representações</i>	<i>Principais sentidos</i>	<i>% (*)</i>
a) Representação das melhorias sanitárias	REDUZIDA AO BANHEIRO	70
i) <i>reduzida ao banheiro obtido</i>	15	70
ii) <i>um bem novo, que é “ganhado”:</i>	04	20
iii) <i>algo que traz conforto ao beneficiário</i>	03	15
b) O problema de instalação das MSD mais apontado	A CAIXA DE GORDURA	20
c) Participação em atividades educativas	SEM CONTINUIDADE	40
i) <i>por convites</i>	03	15
ii) <i>por interesse no recebimento do benefício</i>	02	10
iii) <i>falta de continuidade</i>	08	40
d) Material informativo/educativo	NÃO FOI LIDO	54
i) <i>reconheciam os folhetos</i>	10	45
ii) <i>não liam os folhetos</i>	12	54
iii) <i>receberam algum folheto</i>	06	27
iv) <i>leram os folhetos recebidos</i>	04	20
e) Efeitos das ações educativas	CUIDAR DO BANHEIRO	32
i) <i>o que foi falado (citaram temas abordados nas ações)</i>	06	27
ii) <i>o que foi assimilado: a necessidade de “zelar”</i>	06	27
iii) <i>o que foi aplicado (cuidados com o banheiro)</i>	07	32
f) Uso das melhorias sanitárias domiciliares	GOSTAM DE USAR	80
i) <i>gostam e usam sem dificuldade</i>	18	80
ii) <i>não gostam da localização da pia</i>	01	05
iii) <i>usam mal e destróem</i>	03	15
g) Contribuição das melhorias para a saúde	MELHORA DE VIDA	70
i) <i>conforto</i>	03	15
ii) <i>higiene</i>	03	15
iii) <i>melhorou a vida</i>	15	70
h) Atividades de mobilização da comunidade	INEXISTENTES	95
i) <i>inexistência de atividades de mobilização</i>	21	95
ii) <i>possibilidades de parcerias não exploradas</i>	03	15

*Percentual baseado no total de 22 entrevistas

a) Representação das melhorias sanitárias

Na fala dos beneficiários, os módulos sanitários surgem como *um bem novo*, que lhes traz conforto, sendo o foco central o “*banheiro*”, *que é “ganhado”* e bastante valorizado por eles.

É uma coisa que a gente não tinha. (...) foi a coisa melhor que eles fizeram aqui para nós. (Entrevista 4)

Falaram que iam dar novos banheiros, que era pra usar. (Entrevista 16)

Ficou doidinho quando soube que a gente tinha ganhado o banheiro. (Entrevista 2)

(A entrevistada refere-se ao comportamento do companheiro, quando soube que iria receber o módulo sanitário.)

Nós aqui tínhamos que tomar banho nesse apertado aí, quando acabava de tomar banho, o cano entupia lá, a água já estava aqui, aquela água fria... (Entrevista 5)

Sobre o banheiro, sanitário? (Entrevistador 1)

A casinha era um buraco, uma mosquitada danada. Melhorou 100%. Demais. (Entrevista 5)

Então, foi um conforto ter feito o banheiro. (Entrevista 8)

A visão do módulo sanitário restrita à obtenção de *um banheiro* leva à necessidade de se refletir sobre esse significado. Uma explicação para isso é que a parte mais visível da melhoria é o “banheiro”. O próprio desenho da obra projeta o tanque de lavar roupa, a pia de cozinha e o reservatório como apêndices do módulo sanitário (Anexo IX).

Essas partes externas do módulo são objetos que pouco se destacam no conjunto. Um exemplo disso é que, mesmo afirmando “*zelar o banheiro*”, em nenhum momento os usuários referem-se à limpeza da caixa d’água sem a provocação do entrevistador e, neste caso, percebe-se que não há cuidados com essas partes dos módulos sanitários.

Essa aqui já não é a pia do banheiro mesmo, porque a pia que eles fizeram quebrou. Aí eu pus essa. (Entrevista 7)

Lavo ele (banheiro), encero ele, não deixo nada sujo. (Entrevista 18)

(...) Você já lavou essa caixa d’água alguma vez? (Entrevistador 1)

Não. Por enquanto não. (Entrevista 18)

Em que pese o fato de a caixa d’água ser pintada de azul - simbologia que não foi criada por acaso, mas provavelmente para associá-la ao seu conteúdo e para chamar a atenção - ela passa despercebida, não só por estar em um ponto mais alto em referência ao ângulo de visão do usuário, mas também porque a própria água, o seu conteúdo, permanece invisível para a maioria das pessoas, provavelmente por estas não serem levadas a refletirem sobre o seu funcionamento, sobre como essa água chega à caixa e que tipos de impurezas podem contaminá-la, mesmo dentro da caixa d’água.

A invisibilidade dessas partes externas do módulo são elementos simbólicos numa reflexão sobre as razões que as pessoas têm para lavar seus banheiros. Elas lavam porque acreditam que devam cuidar, limpar, manter, mas limpam apenas o que é visível.

A limpeza inclui toda a matéria visível que pode ser retirada, mas não há preocupação com os organismos que causam as doenças, pois esses não são vistos, logo não existem para quem não teve acesso a esse tipo de informação científica.

Na representação do banheiro como *um bem novo que é ganhado* destacam-se três pontos significativos: é um bem material: “*coisa*”; é “*novo*” e é “*ganhado*”. Estes significados merecem uma análise sob o ponto de vista da melhoria da qualidade de vida dessas pessoas ou de sua possível acomodação em relação ao seu crescimento pessoal, já que em sua concepção foi “*ganhado*”, porém não está integrado a um processo gradual de entendimento dos direitos de cidadania. No máximo, cada um se esforçará para pedir o seu módulo sanitário ao político.

(...) Minha filha foi lá também, mas eles não quiseram fazer o banheiro para ela (...), desse dia pra cá a (...) foi lá pedir voto, aí ela falou que não votava para eles porque não quiseram fazer o banheiro. (Entrevista 17)

(...)E eu tenho certeza. Esse menino podia candidatar...porque nós gostamos demais dele. Pois é, eu estou satisfeita demais com esse banheiro,(...) (Entrevista 8)

Por fim, os módulos sanitários são valorizados pelo fato de significarem o acesso ao “*conforto*” de terem finalmente *um banheiro*, o que melhora muito a qualidade de vida, deixando para trás o desconforto de tomar banho *apertado*, para não ser visto da rua, e fazer as necessidades em *casinhas* com *buracos*, sempre *aperreado* pelos *mosquitos* que se acumulam nesses ambientes insalubres.

b) O problema na instalação das MSD: entupimento da caixa de gordura

Uma reclamação recorrente nas entrevistas com os usuários foi o problema da instalação da caixa de gordura em desacordo com o projeto, conforme constatado na análise documental e mencionado em muitas falas dos beneficiários entrevistados.

-(...), quando eles falaram que iam fazer, eles(técnicos da Funasa) disseram que era pra pôr aquela caixinha do tanque embaixo da pia. Só que eles(encarregados da obra) não vieram fazer. (Entrevista 7)

-E isso está dando algum problema?(Entrevistador 1)

-Não. Tá funcionando direitinho. (Entrevista 7)

-É, só que eles disseram que a caixinha tá errada. Diz ele que não era para ser aqui. (Entrevista 12) (Ele, neste caso, é o técnico da Funasa que durante a visita técnica apontou o problema.)

-Era para colocar na pia de lavar louça? Eles colocaram embaixo do tanque? (Intervistador 1)

É. (Entrevista 12) (Esta pergunta tinha apenas o objetivo de localizar pela fala onde a caixa de gordura foi instalada.)

-E agora está entupido? Tá sempre cheio de água? (Intervistador 1) (Esta pergunta foi feita dessa forma porque o entrevistador estava vendo no momento a água transbordando.)

-Eu acho. Quando a água está assim eu tiro, eu pego um copo e jogo. (Entrevista 12) (Nesse momento, a senhora, que aparentava ter uns 70 anos, dava o exemplo do que estava falando. Utilizando um copo de alumínio, minúsculo, agachava-se debaixo do tanque para retirar a água servida, enlameada e pútrida.)

-A caixinha que eu falei é isso aqui. Porque a água não passa. (Entrevista 14)

-A caixa de gordura. (Intervistador 1)

-Olha. Fica parado. (Entrevista 14)

A caixa de gordura, eu limpo direto...eu ponho soda, aí ela desentope. (Entrevista 17)

Para algumas pessoas aparentemente não houve problemas, mas para outras isso acarretou muitas dificuldades e transtornos, como para essas três últimas entrevistadas que tinham que desentupir freqüentemente as caixas de gordura, que na verdade já permaneciam abertas, transbordando e enlameando os quintais, causando em alguns casos empoçamentos de água que poderiam, até mesmo, contraditoriamente, contribuir com a disseminação de doenças de veiculação hídrica (Anexo X).

Cabe destacar que esse problema não foi mencionado pelos técnicos durante as entrevistas, mas é possível inferir que eles o conhecessem, pois eles mesmos disseram ter acompanhado os técnicos da Funasa que fizeram as visitas técnicas durante as quais estes informaram os beneficiários daquele erro nas instalações. Enfim, era um problema conhecido por todos.

c) Participação em atividades educativas

Analisando a participação dos beneficiários em atividades educativas, verificou-se que dos 22 beneficiários entrevistados 14 foram à reunião ou tiveram alguém da família participando, ou seja, nas atividades realizadas houve “participação” e a maioria das pessoas foram quando convidadas. Como se verá, no Capítulo seguinte, trata-se de participação passiva, ou seja, basicamente fazer-se presente para ouvir os profissionais, esporadicamente.

i) por convites

Disseram que tinha uma reunião que era pra gente ir, uma reunião sobre o banheiro. Fomos eu e Dona Y. (Entrevista 14).

Eles falam daquela escola... Enchia o salão. (Entrevista 5)

Eu fui convidada para duas. - A senhora foi para as duas?(Intervistador 1) - Fui. (Entrevista 15)

Essa elevada frequência ocorreu, principalmente, porque os moradores tinham interesse em receber o módulo sanitário. A fala a seguir é de um beneficiário que foi a todas as três reuniões organizadas pela equipe do PSF e realizadas na Escola Municipal Oscarina Caetano, ao lado do Posto de Saúde Santana.

ii) por interesse no recebimento do benefício

Iam muitos pra conversar, porque (sabiam que) não ia fazer (o banheiro) para eles... (Entrevista 5)

Eu fiquei sabendo que estavam dando banheiros, então eu fui no Postinho. (Entrev. 2)
(Estas falas são respostas às perguntas sobre como foi que souberam das atividades educativas e por que eles participavam delas. Vale ressaltar que eles compreendem essas atividades como reuniões.)

Pouquíssimas falas podem indicar alguma ação de continuidade dos trabalhos educativos. Inversamente, foram destacadas algumas falas que ilustram a falta de continuidade dessas ações.

iii) falta de continuidade das ações

Depois dessas reuniões a senhora continuou participando de alguma outra atividade, onde foi falada alguma coisa sobre banheiro? (Entrevistador 1)

(Perguntados se participaram de alguma atividade educativa: reunião, palestra, etc.)

Não. Não tô lembrada. (Entrevista 1)

Não, nenhuma outra. (Entrevista 21)

Não. Só dessa vez que teve. (Entrevista 4)

Não. Só quando ele vem aqui e fala alguma coisa sobre o banheiro. (Entrevista 3)

Não. Sobre isso ela não veio falar não. Ela só veio mesmo com os meninos, mas depois que fizeram ela não veio. (...) Já. Eles vêm só mesmo as meninas olhar no quintal. (Entrevista 7)

(...) Depois dessas reuniões, você foi chamado quantas vezes mais? (Entrevistador 1)

Só essas três vezes mesmo. (Entrevista 5)

Teve em outro local? (Entrevistador 1)

Não. Em outro lugar não. (Entrevista 5)

d) A relação com o material informativo/educativo

Entre os 22 entrevistados 12 afirmaram categoricamente que não conheciam os folhetos apresentados a eles durante as entrevistas. Estes folhetos, segundo a equipe do PSF local, foram distribuídos no decorrer das atividades educativas.

i) desconhecimento do material

Eles entregaram algum papel para a senhora lá na reunião, ou em casa? (Entrevistador 1)

Não. Tiveram alguns papéis, mas levaram de volta. (...) desses eu não peguei. (Entrevista 3)

Não. Se trouxe eu não estava aqui não. Mas não trouxeram não. (Entrevista 5)

Alguns deixavam claro que mesmo recebendo os folhetos, teriam dificuldade em compreendê-los, pois não sabiam ler.

ii) leitura do material

Eu guardo tudo bem guardado. A gente não sabe ler, eu pego um papel e guardo pra alguém ler pra mim. (Entrevista 5)

A senhora consegue ler? (Entrevistador 1) Não. (Entrevista 16)

Apenas seis dos entrevistados declararam ter recebido algum folheto, e, destes, quatro afirmaram ter lido os materiais recebidos.

Distribuíram algum papel para leitura sobre doenças, sobre saúde, banheiro?

Distribuiu. (Entrevista 13)

Foi um ou mais? (Entrevistador 1)

Vários. (Entrevista 16)

Distribuíram, só que esses cartazes sumiram. (Entrevista 16)

A senhora consegue ler? (Entrevistador 1) Não. (Entrevista 16)

(...) Você já leu algum material desse, já parou pra ler? (Entrevistador 2)

Esse aqui já li sim. (Entrevista 9)

Você lê esses folhetos quando você recebe? (Entrevistador 1)

Leio todos. (Entrevista 18)

Eu gosto de ler. Não guardo não, só leio. (Entrevista 20)

Foi mais comum a lembrança dos materiais sobre Dengue, talvez pelo fato de haver uma preocupação maior dos profissionais de saúde em sua divulgação e certamente por terem mais material informativo disponível para distribuição. Além do que a presença dos agentes de endemias (os guardas) é mais freqüente. Esses agentes aparecem constantemente nas falas. Mas, infelizmente, não guardam relação direta com o Pesms, ou seja, não foram envolvidos nas ações do Programa.

Essa aqui, quando o pessoal da dengue vem, da SUCAM, eles dão para gente ler. (Entrevista 18)

Não, só daqueles. Da dengue eu lembro. (Entrevista 20)

Questionados sobre o principal material produzido especificamente sobre o Pesms, somente um entrevistado reconheceu e lembrou-se do impresso.

Eles distribuíram folhetos, folders, você lembra desses folhetos, cartazes? Você chegou a receber? Você recebeu esse “O Clarinho”? (Entrevistador 1)

Recebi esse aqui. (Entrevista 1)

Você lembra desse, o “Clarinho”? Ele fala sobre os módulos sanitários? Não lembra de ter visto esse não? (Entrevistador 1)

Não, só daqueles. Da dengue eu lembro. (Entrevista 19)

Sobre o conteúdo do material distribuído nas escolas e nas reuniões, houve apenas uma manifestação:

E qual a coisa que você se lembra que aprendeu das coisas que ela traz do colégio?
(Entrevistador 2)

Não fazer cocô no terreiro, lavar as mãos antes das refeições. (Entrevista 1)

e) Efeitos das ações educativas

Os entrevistados lembram de ter escutado sobre vários assuntos, mas a maioria não lembra especificamente o que era explicado.

i) o que foi falado

Falaram muita coisa sobre saúde. (...) Cuidados com a saúde, com os módulos.
(Entrevista 20)

O que eles falaram da caixa d'água? (Entrevistador 1)

Para ficar sempre fechada para não entrar o mosquito da dengue. (Entrevista 21)

Sobre as doenças eles falaram. Falaram para não deixar os meninos com a mão suja, lavar as mãos deles... Na hora da refeição lavar as mãos dos meninos. Tudo isso eles explicaram lá. Para não deixar o banheiro sujo. (Entrevista 14)

Eles ensinaram muita coisa. (...) Higiene do banheiro. Tantas coisas que eles falaram que eu nem lembro. (Entrevista 15)

Lá falaram que é para ter cuidado, porque tem muitos micróbios.(Entrevista 18)

ii) o que foi assimilado

Embora se tenha falado nas palestras e reuniões sobre os problemas de saúde relacionados à falta de melhorias sanitárias em casa, o único assunto assimilado por 6 entrevistados foi “**cuidados com o banheiro**”, representados aqui pela palavra “ZELO”, utilizada na acepção de “CUIDADO” com os módulos sanitários.

Nessas palestras, reuniões, o que foi que eles fizeram? Que tipo de informação deram, você lembra? (Entrevistador 1)

(...) se estava sendo bem zelado. (Entrevista 4)

(...) pra ficar zelado.(Entrevista 5)

(...) cuidar e zelar do banheiro. (Entrevista 13)

Para ter zelo com o banheiro (...).(Entrevista 14)

Entretanto, não se percebe preocupações dos usuários com outras atitudes esperadas como efeitos das atividades educativas realizadas. Isto parece uma consequência natural, se for considerado que para a maioria deles (15 entrevistados), os módulos sanitários resumem-se ao banheiro, conforme comentado anteriormente.

E esses outros cuidados, com os alimentos, com a caixa d'água.

Você já lavou essa caixa d'água alguma vez? (Entrevistador 1)

Não. Por enquanto não. (Entrevista 18)

iii) o que foi aplicado

Quanto ao efeito esperado de aplicação das “orientações repassadas” nas palestras e no material educativo, quase não há menções significativas a esse respeito, levando a crer que os **cuidados** que os beneficiários têm com os **banheiros** não se relacionam necessariamente com as atividades educativas, e sim com os procedimentos regulares de orientação para uso das MSD.

Embora lavar nem sempre represente cuidar, este é o principal cuidado.

Todo dia eu lavo com desinfetante... (Entrevista 8)

Os cuidados são realizados por três principais motivos:

1) pelo prazer de ter um novo bem que traz conforto ao proprietário

(...) Essas orientações que ela deu lá...vocês... (Entrevistador 1)

Estamos. A gente não tinha, então a gente zela bem zeladinho. (Entrevista 4)

Aqui em casa não se estraga nada. Aqui é de chão, então as paredes suja mesmo quando chove, mas você vê que não tem estrago nenhum. (Entrevista 4)

Então, foi um conforto ter feito o banheiro. (Entrevista 8)

2) por um hábito adquirido na convivência em outro espaço de vida social

É fácil. Minha mulher trabalha na prefeitura. Ela chega à tarde e a primeira coisa que ela faz é limpar tudo. Dia de domingo e sábado ela lava cedo e à tarde, só no meio da semana que ela lava somente na parte da tarde. (Entrevista 5)

Eu já sabia. Eu tinha um banheiro velho, então eu acabei de aprender. (Entrevista 12)

E os cuidados com o banheiro? Você aprendeu com quem? (Entrevistador 1)

Sozinha mesmo. (Entrevista 20)

3) por um hábito valorizado por outros profissionais de saúde

Coloco, você pode ver que não tem lixo aqui. O povo da SUCAM chega aqui e fala que meu lote aqui é bem cuidado. Eu não deixo nada de água juntar, tem água ali naquela vasilha, mas é para molhar as plantas... As coisas que sujaram eu queimo tudo... (Entrevista 18)

Assim, esses efeitos não podem ser atribuídos exclusivamente ao Pesms, pois estão muito relacionados a procedimentos regulares de orientação para o uso das MSD, que são naturalmente assimilados na convivência com os técnicos que constróem os módulos.

- Aí eles vieram e marcaram, até que esse banheiro era pra ser mais embaixo um pouquinho. Eles estavam trabalhando (...) eu que fiquei aqui.(Entrevista 4)

- Falaram: ‘olha Dona Z, o banheiro é a saúde da pessoa, por isso nós estamos fazendo.’

- Enquanto eles estavam fazendo, eles estavam explicando? (Entrevistador 2)

-Foi. E aí eles falaram pra mim 'D. Z, o banheiro mais bem zelado que tá sendo aqui é o da senhora, porque os outros estão todos sujos'. Entra lá pra senhora ver, é limpinho!

Essas falas demonstram que quando houve alguma forma de interação e diálogo numa situação informativa/educativa, houve também maior lembrança do assunto discutido. Isso reforça a importância da convivência humana no aprendizado, pois, independente da técnica educativa utilizada empiricamente pelo técnico da obra (*o elogio, estímulo-resposta, naturalmente*), tornou-se importante para ela (usuária) mostrar que o seu banheiro é limpo.

Percebe-se que a figura do técnico é freqüentemente evocada para se falar do que aprendeu, caracterizando que o processo de compreensão está muito relacionado à prática, ao concreto, ao perceptível, ao visível. Esse efeito educativo da convivência é reforçado pela representação que a comunidade faz do agente de saúde mais presente na casa, que para ela ainda é o guarda de endemias da Sucam, mencionado várias vezes mesmo sem que a provocação do entrevistador fosse voltada para esse fim.

- Entrevistador 1: Quem faz o tratamento?

- A SUCAM. (Entrevista 15)

- Você não lembra de ter lido esse folheto, o Clarinho? E esses outros, você lembra de algum? (Entrevistador 1)

- Essa aqui, quando o pessoal da dengue vem, da SUCAM, eles dão para gente ler. (Entrevista 18)

- Não, só daqueles. Da dengue eu lembro. (Entrevista 20)

f) Uso das melhorias sanitárias domiciliares

Entre os 22 entrevistados, 18 confirmaram utilizar as melhorias, principalmente o banheiro, sem dificuldades ou reclamações, inclusive com satisfação. Apenas um beneficiário reclamou da localização das melhorias e dois demonstraram má utilização, inclusive com a destruição parcial da melhoria, na tentativa de adequá-la ao seu modo de vida.

i) gostam e usam sem dificuldade

Tem alguém na sua casa que não usa o banheiro? (Entrevistador 2)

Não. Todos usam. (Entrevista 2)

Não, reclamar não. Todo mundo achou bom demais. Todo mundo... Muito satisfeito. (Entrevista 5)

Eles gostam, já se acostumaram, graças a Deus. Eles não estranharam, e acham é bom. (Entrevista 7)

Faz tudo no banheiro, porque o banheiro é necessário pra casa né? Se tiver a casa e não tiver o banheiro?(Entrevista 11)

ii) não gostam da localização da pia

Não. Nós gostamos do banheiro. Só não gostamos do local dele. Eles puseram uma pia assim no canto onde se lava vasilha perto do vaso, ficou um pouco esquisito. (Entrevista 6)

iii) usam mal e destróem

- (...)Você entra no banheiro e vê a marca do pé no vaso. Significa que a pessoa ficou de pé em cima do vaso. Não acontece isso?

- Só os meninos.(Entrevista 17) (crianças ficam de pé no vaso)

Pode sim. O tanque de lavar roupa era aqui aí tirou, aí ele foi fazer a área. (...) Nós estamos sem água, a gente tá pegando água na casa dos outros. (Entrevista 6)
(mudança de posição das partes do módulo)

Ela quebrou toda? O senhor está sem caixa?(Entrevistador 1)

Eu estou sem caixa. (Entrevista 13) (quebra da caixa d'água)

g) Contribuição das melhorias sanitárias para a saúde

Embora as melhorias não sejam vistas como um benefício diretamente ligado à saúde, os beneficiários dizem ter melhorado as condições de vida a partir das suas obtenções, com base no conforto, na higiene e em outras razões que podem ser entendidas como melhoria da qualidade de vida, o que vai ao encontro de uma visão abrangente do conceito de saúde.

Teve. Porque menino fazer cocô no terreiro é muito ruim. Agora ficou melhor, nem se compara. (Entrevista 1)

Antes era difícil demais. Tinha uma privada ali fora. Dava trabalho demais. Tenho meu filho e ele mesmo vai lá e faz suas necessidades. (Entrevista 2)

Então, foi um conforto ter feito o banheiro. (Entrevista 8)

Graças a Deus. Inclusive, eu tenho um netinho que passa mal por qualquer coisa. Por causa de água e poeira, melhorou bem pra ele. (Entrevista 3)

Melhorou muito, não tinha esse banheiro. Melhorou 100%. (Entrevista 1)

h) Atividades de mobilização da comunidade

Os dados obtidos permitem afirmar que não ocorreu mobilização, pois todos os beneficiários foram questionados e nenhum afirmou ter participado de outra atividade relacionada às melhorias, além de reuniões e palestras.

i) inexistência de atividades de mobilização

- Depois dessa reunião que a senhora foi, a senhora não foi convidada para nenhuma outra? (Entrevistador 1)

- Não, nenhuma outra. (Entrevista 1)

- Você chegou a ir em alguma reunião com outros moradores? Entrevistador 2:

- Não. (Entrevista 1)

- Então você nunca mais se reuniu com vizinhos, com ninguém pra falar sobre o banheiro, problemas de saúde? (Entrevistador 1)

- Não. (Entrevista 18)

ii) possibilidades de parcerias e de mobilização identificadas

Procurou-se identificar possibilidades de parcerias em possíveis atividades mobilizadoras: religiosas, de lazer, comunicativas, sociais, de trabalho, etc., mas os dados obtidos na Pesquisa evidenciam que o Pesms não chegou a obter mobilização comunitária.

a) uso de igrejas (não)

Foi indicada pelos entrevistados a existência de igrejas católicas e evangélicas, em vários pontos da comunidade, que poderiam ter sido convocadas a participar de atividades educativas e convidadas a algum compromisso social, ampliando uma rede social de apoio à participação e à mobilização da comunidade.

- *Aqui perto tem alguma igreja? (Entrevistador 1)*
- *Tem a Católica.. tem a católica ...é a melhor....aqui. (Entrevista 4)*
- *Tem, mas é lá na Vila São Pedro. Aqui perto mesmo não tem não.*
- *Tem, nós vamos na igreja católica.*
- *Então é lá que vocês se reúnem? Mas aí não falam nada sobre saúde?*
- *Não. (Entrevista 10)*
- *De vez em quando eu vou à igreja dos crentes*
- *Lá eles falam alguma coisa sobre saúde, higiene?*
- *Não.*
- *Só falam de Deus?*
- *Só mesmo. (Entrevista 14)*

b) uso de rádios comunitárias (não)

Embora haja rádios AM e FM na comunidade, os entrevistados em nenhum momento mencionaram qualquer divulgação específica sobre os assuntos relacionados às instalações sanitárias.

- *E pelo rádio, vocês escutaram alguma coisa sobre saúde, sobre o uso de banheiro?*
- *Não.*

c) uso de associações de moradores (não)

Os moradores entrevistados não demonstraram ter sido em momento algum estimulados a qualquer mobilização relativa à sua própria organização em associações.

- *Aqui por perto tem alguma associação de moradores? Onde os moradores se reúnem para resolver algum problema? (Entrevistador 1)*
- *Não. (Entrevista 18)*
- *Alguma cooperativa ou alguma igreja? (Entrevistador 1)*
- *Tem essa igreja aqui. Assembléia de Deus. (Entrevista 18)*
- *E na sua comunidade tem alguma reunião que você participa, alguma igreja, algum grupo de mulheres?(Entrevistador 1)*
- *Não (Entrevista 20).*

iii) falta de empoderamento para mobilização

Não houve referências por parte dos entrevistados relativas à busca de direitos de forma coletiva e minimamente organizada. Houve apenas um caso de demonstração de atitude individual de reclamação pelo risco de não receber o benefício, o que não foi possível atribuir às ações educativas realizadas, a não ser pelo fato de que esse cidadão foi o único a ter participado das três reuniões realizadas.

Não queriam fazer o banheiro, que tinham tirado meu nome do papel, então eu fui lá no Posto. Eu fui lá embaixo, na Secretaria de Saúde. No outro dia eles vieram aqui e disseram que ia fazer o banheiro. (Entrevista 17)

Assim, foram destacados alguns indícios da não-promoção de mobilização da comunidade. O principal motivo, evidentemente, está relacionado à pouca efetividade das ações do Pesms, aqui vista pelo ângulo dos beneficiários. Mas outras três tendências relevantes se destacam nesta análise:

a) ausência de uma rede social de apoio (não sabem a quem recorrer)

- E quando tem algum problema no banheiro, para quem vocês reclamam, se tem algum problema no banheiro, vocês falam para quem tomar providência? (Entrevistador 1)

- Nós não falamos com ninguém não. (Entrevista 16)

b) atitude de resignação e forte paternalismo frente à ação institucional: referência única para o assunto das melhorias

Eles fizeram e deixaram aí, então tá bom demais. (...) Se tiver algum problema com o banheiro tem que falar lá no Posto. (Entrevista 16)

O usuário demonstra que a obra não é de responsabilidade dele. É de quem fez, como se fosse um favor, logo, só tem que agradecer, mas não tomar como algo seu, de sua responsabilidade.

Caso houvesse o apoio de parcerias com a comunidade, lideranças, grupos comunitários, etc., as referências não seriam apenas os técnicos da Instituição: Posto de Saúde.

d) Solução particular (individualista)

- E com os vizinhos, vocês não combinam alguma coisa, não se reúnem, não discutem nada sobre o banheiro, para saber se o outro tem algum problema também? (Entrevistador 1)

- Não...é cada um para si...Se for falar ele (o vizinho) acha ruim também com a gente. (Entrevista 16)

5.7 O ponto de vista dos técnicos e gestores

Quadro 11: Categorias analisadas na fala dos técnicos e gestores responsáveis pelo Pesms, em Nerópolis, Goiás, 2004

<i>Representações</i>	<i>Principais sentidos</i>	<i>% (*)</i>
a) Objetivos do Pesms	ORIENTAR O USO	30
<i>i) desconhecem</i>	03	30
<i>ii) confundem com os de MSD</i>	02	20
<i>iii) compreendem os objetivos do Pesms</i>	05	50
<i># objetivo mais significativo: orientar para o uso da MSD</i>	03	30
b) Sustentabilidade das melhorias	MANUTENÇÃO	40
<i>i) acompanhamento institucional</i>	03	30
<i>ii) cuidado pelo próprio beneficiário</i>	01	10
<i>iii) mobilização da comunidade</i>	01	10
<i>iv) desconhecem a idéia de sustentabilidade</i>	05	50
c) Contribuição do Pesms na avaliação dos técnicos	POSITIVA	80
<i>i) confundem MSD e PESMS</i>	02	20
<i>ii) acreditam na contribuição dos Pesms</i>	08	80
<i># maior contribuição: na utilização dos módulos</i>	04	40
d) Ações intersetoriais	NEGATIVA	50
<i>i) desconhece</i>	01	10
<i>ii) não envolvimento de outros grupos sociais</i>	04	40
<i>iii) parcerias estabelecidas</i>	03	30
<i># tipos de parcerias: administrativas</i>	03	30
e) Incremento da participação popular	NEGATIVA	80
<i>i) respostas negativas</i>	04	40
<i>ii) organizações populares identificadas e não envolvidas</i>	02	20
<i>iii) justificativas para o não-envolvimento</i>	04	40
<i># principal justificativa: desconheciam esse objetivo</i>	02	20

*Percentual baseado no total de 10 entrevistas

a) A compreensão da natureza e dos objetivos do Pesms

Apenas 5 entre os 10 técnicos entrevistados demonstraram conhecer, pelo menos em parte, os objetivos do Pesms, restringido-se basicamente aos técnicos de nível superior - enfermeiras, assistente social e médico. Os agentes de saúde que trabalham diretamente nos domicílios demonstraram desconhecimento dos objetivos do Programa.

i) desconhecem (30%)

Eu não acompanhei nenhuma entrevista (refere-se ao inquérito sanitário), eu só fiz parte da filmagem e das palestras aqui com o pessoal. (Entrevista V, agente de saúde)

Você leu algum documento do PESMS, alguma coisa que falava sobre os objetivos do Programa? (Entrevistador I)

Não. (Entrevista VII, agente de saúde)

O desconhecimento do Pesms é total entre os agentes de saúde das áreas mais distantes do Posto de Saúde Santana, sede da Coordenação do Programa. Um exemplo está na fala do agente de saúde mais envolvido com os beneficiários das melhorias sanitárias de uma das vilas onde se implantou módulos sanitários, o qual declarou não ter sido convocado para nenhuma atividade do Pesms.

-Nada da parte de educação não chegou pra você? (Entrevistador 2)

-Pra mim não. (Entrevista III, agente de saúde)

-Palestra também não chamaram? (Entrevistador 2)

-Não. Às vezes lá em cima pode até ter tido, mas aqui não. (Entrevista III)

Parte dos que procuravam demonstrar conhecimento dos objetivos do Pesms na verdade os confundiam com os objetivos das MSD.

ii) confundem os objetivos do Pesms com os de MSD (20%)

- E na sua opinião, qual o principal objetivo do Pesms? (Entrevistador 2)

- Seria cuidar realmente das melhorias sanitárias, auxiliar, no meu ver eu posso até estar enganado, pessoas de mais baixa renda que não têm necessidade de ter condições básicas de saúde, acho que talvez eles auxiliem bastante nisso. (Entrevista I, agente de saúde)

Com certeza, porque tinha muita gente precisando aqui pra cima, porque aqui quase não tinha banheiro. Com certeza foi um programa muito bom que eles fizeram. (Entrevista VI, agente de saúde)

Os cinco que conheciam algum dos objetivos do Programa, demonstraram conhecê-los parcialmente, em um aspecto muito voltado para os cuidados e uso das melhorias. Somente dois fizeram relação com os problemas de saúde e redução de doenças e apenas um relacionou o Pesms ao objetivo de mobilização social.

iii) compreendem parcialmente os objetivos do Pesms (50%)

-Esses objetivos estavam claros no projeto? (Intrevistador 1)

*-Estavam. Dizia sobre quais as doenças que a gente ia abordar mais, até que nós abordamos muito sobre verminoses, dengue, todas que estavam no projeto. Melhorar o saneamento, ajudar a população mais carente. Para as **pessoas terem consciência dos cuidados** que elas têm que ter, para facilitar a **higienização das casas**. (Entrevista IV, enfermeira)*

*(...) de um modo geral pra **não destruir o banheiro** e para ter um modo de higienização. Pra ter um cumprimento assim deles não pegarem doenças, de prevenir eles mesmos **pra cuidar do banheiro pra não pegar doenças**. (Entrevista VI, agente de saúde)*

*Contribuir para **diminuir doenças**. Diminuiu já. A gente fez um levantamento, diarreia, desnutrição, o saneamento. Eles não tinham nem banheiro. Só deles aprenderem usar o banheiro, tomar banho, lavar as mãos, isso vai evitar verminoses, uma série de doenças que vão ajudar bastante. (Entrev. VIII, enfermeira)*

O objetivo principal na nossa visão é a melhoria da qualidade de vida da população que não tinha acesso a isso e isso veio realmente contribuir para a melhoria de vida. (Entrevista IX, médico)

Embora este objetivo coincida com um dos objetivos documentais do Pesms (Brasil, 2000), o médico não deixa claro de que está falando, pois tanto as MSD e o Pesms quanto a própria assistência médica têm como objetivo a melhoria da qualidade de vida.

A educação de saúde dentro da casa dele mesmo (beneficiário). Ele foi muito bem esclarecido. Eu não sei se ele absorveu tudo, mas pelo menos um pouco de educação e saúde o usuário absorveu do Programa, ele melhorou um pouco mais a qualidade de vida dele. Por eles terem aprendido um pouco mais e também com o uso da melhoria. (Entrevista IX, médico)

Esta última fala, entretanto, remete a uma observação de Rozemberg (2002) sobre um enfoque mecanicista das “escalas de atitudes e opiniões”, ou do terreno do trivial, em que se oferece resultados já mais ou menos previstos, como esses citados pelo médico: “absorveu pelo menos um pouco de educação”; “melhorou um pouco mais a qualidade de vida”, “por terem aprendido um pouco mais”, opiniões que não esclarecem sobre o que foi perguntado.

iv) compreende os objetivos do Pesms (10%)

(...)Então eu acho fundamental o aspecto da educação, da sensibilização para a questão da saúde, e até para melhorar a auto-estima da pessoa. (...) Nessas reuniões sempre há discussão de ampliar esse trabalho, através desse objetivo que é concreto da construção do módulo, da obra física, há a discussão para outras ações também voltadas para a saúde, para a educação, com certeza, e até para a criação de uma associação de bairros onde haja um objetivo mais claro de mobilização, de crescimento e não só uma coisa momentânea, uma coisa permanente. (Entrevista II, assistente social, gestora)

Esta é na verdade a única entrevista em que há uma visão dos dois objetivos específicos do Pesms, de sensibilização para os problemas de saúde e de mobilização social. Vale ressaltar que essa fala foi em resposta à pergunta sobre sustentabilidade, objetivo finalístico do Pesms, em que a técnica procura demonstrar o que seria, segundo ela, importante para a sustentabilidade das melhorias sanitárias domiciliares.

Quadro 12: Objetivos do Pesms para os Técnicos e gestores envolvidos no Programa, em Nerópolis, Goiás, 2004

<i>objetivos mais encontrados</i>	<i>Quantidade</i>	<i>%</i>
<i>Mobilização social (Entrevista II)</i>	<i>01</i>	<i>10</i>
<i>Sensibilizar para a questão da saúde (Entrevistas II, IV)</i>	<i>02</i>	<i>20</i>
<i>Educar para saúde dentro de casa/higienizar (Entrev. IV e IX)</i>	<i>02</i>	<i>20</i>
<i>Prevenir contra doenças/reduzir doenças (Entrevistas VI e VIII)</i>	<i>02</i>	<i>20</i>
<i>Usar adequadamente as melhorias (cuidar) (Entrev. IV, VI e IX)</i>	<i>03</i>	<i>30</i>

O Quadro 12 demonstra que entre os técnicos entrevistados 30% deles entendem que o objetivo do Pesms é orientar quanto ao uso adequado das melhorias sanitárias domiciliares, *i. e.*, os técnicos acreditam que os beneficiários não têm o hábito de usar tais melhorias e necessitam de orientação sobre a utilização adequada, assim como sobre higiene da casa e prevenção de doenças. Essa expectativa de que a população não tem competência para apropriar-se das benfeitorias será discutida adiante.

b) Sustentabilidade das MSD

Para quatro técnicos, a sustentabilidade das MSD está relacionada à manutenção das obras, sendo que três deles acreditam que essa manutenção se dê por meio de acompanhamento institucional e um acredita que ela se dê pelos próprios cuidados adotados pelos usuários.

i) acompanhamento institucional (30%)

(...) É você ir lá e concluir o projeto, mas estar sempre junto com a população, com a comunidade. Não só executar a coisa e deixar de lado. Estar sempre acompanhando os resultados. (Entrevista I, agente de saúde)

A idéia é que tem sempre que estar fiscalizando, tanto nós que fizemos parte, como o pessoal da FUNASA, para ver se está mantendo tudo sobre o que nós orientamos. (Entrevista IV, enfermeira)

Uma coisa amparando a outra (Pesms e MSD). Isso é de fundamental importância. Uma coisa vem amparar a outra e isso aí realmente leva aos objetivos, no caso aqui, acredito que foram alcançados. Tudo bem, ainda tem muito a se fazer, é óbvio. Não é porque veio somente isso, foram feitos essa quantidade de estruturas, que vai ficar só por isso aí não. Precisa-se realmente fazer muito mais, mas já foi de uma grande melhoria, com certeza. (Entrevista IX, médico)

ii) cuidado pelo próprio beneficiário (10%)

O cara cuida. Ele usa do jeito que tem que ser usado e cuida. Tem uns que não estão usando e tem outros que já tem o banheiro meio destruído. Então, eu acho que essa parte da sustentabilidade de continuar acompanhando, eu acho que se podia prestar um pouco mais de atenção nessa parte. (Entrevista I, agente de saúde)

Entre todos os entrevistados, apenas um relacionou sustentabilidade à idéia de mobilização social.

iii) mobilização da comunidade (10%)

Nessas reuniões sempre há discussão de ampliar esse trabalho, através desse objetivo que é concreto da construção do módulo, da obra física, há a discussão para outras ações também voltadas para a saúde, para a educação, com certeza, e até para a criação de uma associação de bairros onde haja um objetivo mais claro de mobilização, de crescimento e não só uma coisa momentânea, (mas) uma coisa permanente. (Entrevista II, assistente social)

Cinco entrevistados, em sua maioria os agentes de saúde, demonstraram desconhecimento sobre a idéia de sustentabilidade das MSD.

iv) desconhecem a idéia de sustentabilidade (50%)

Neste item é interessante observar que os técnicos ou declaravam desconhecer o assunto ou davam respostas evasivas, falando de coisas importantes, mas que tinham outros significados não relacionados à sustentabilidade.

Eu não posso te informar o certo porque eu não li os documentos do Programa. (Entrevista V, agente de saúde)

- Agora deixa eu te perguntar outra coisa. Como você entende depois que é feito esses banheiros, será que as melhorias vão se sustentar, as pessoas que receberam o banheiro, aí no caso a gente tem que falar só sobre esses que receberam, a senhora acha que vai à frente? (Entrevistador 2)

- Vai. No dia que eles começaram a fazer esses banheiros eu fiquei tão feliz, que eu não sou de beber não, eu comprei uma carne, assei, tomei um copo de cerveja, ouvi música de tão feliz que eu fiquei... (Entrevista III, agente de saúde)

No depoimento acima, o agente de saúde fala apenas de sua satisfação em ter conseguido as melhorias para as pessoas de sua comunidade, mas não emite opinião sobre sustentabilidade, apesar de ter sido perguntado sobre isso. Com relação à palavra ‘*vai*’, em que parece concordar que as melhorias vão se sustentar, ela está apenas utilizando a função fática da linguagem, para manter o uso da palavra, aproveitando para opinar sobre outro assunto.

c) Contribuições do Pesms

Para os técnicos do PSF local, principalmente os agentes de saúde, a palavra Pesms significa atividade relacionada aos técnicos da Funasa que acompanharam o desenvolvimento do Projeto das MSD, o que demonstra que não houve uma disseminação das informações entre o próprio grupo, reforçando a idéia de centralização das decisões e das informações no gestor, postura ainda comum na gestão pública brasileira.

O que eles fizeram aqui foi basicamente ligado à obra feita. Tanto que a parte de reunião e ensinamento, como eu falei, eu não lembro deles estarem juntos. Eles estavam mais naquela coisa de vir, passar o que tinha que ser feito; eles passaram questionário no qual a gente tinha que ir fazendo nas casas, para saber selecionar as famílias, a gente selecionava, depois eles vinham e nós levávamos eles no endereço, essa família pode ganhar mesmo, ou essa aqui não se encaixa, aquela coisa... Então a parte deles dentro de Nerópolis está ligada à parte física, à parte do módulo construído. (Entrevista I, agente de saúde)

Eles deram força pra gente. Os panfletos, essas coisas, nós não tínhamos nada, tudo nós pegamos um pouco com eles pra passar pra população. (Entrevista IV, enfermeira)

Com certeza, porque tinha muita gente precisando aqui pra cima, porque aqui quase não tinha banheiro. Com certeza foi um programa muito bom que eles fizeram. (Entrevista VI, agente de saúde)

Como decorrência dessa visão, quando perguntado aos técnicos e gestores sobre as possíveis contribuições do Pesms, dois dos entrevistados demonstraram não saber diferenciar as ações do Pesms das de MSD, enquanto oito entrevistados estavam convictos de alguma

contribuição do Pesms, entre as quais, melhora na utilização dos módulos, conscientização sobre problemas de saúde, redução das doenças e produção de material educativo.

i) confundem MSD com Pesms(20%)

*O que eles fizeram aqui foi basicamente ligado à obra feita. Tanto que a parte de reunião e ensinamento, como eu falei, eu não lembro deles estarem juntos. Eles estavam mais naquela coisa de vir, passar o que tinha que ser feito; eles passaram questionário no qual a gente tinha que ir fazendo nas casas, para saber selecionar as famílias, a gente selecionava, depois eles vinham e nós levávamos eles no endereço, essa família pode ganhar mesmo, ou essa aqui não se encaixa, aquela coisa... **Então a parte deles dentro de Nerópolis está ligada à parte física, à parte do módulo construído.** (Entrevista I, agente de saúde)*

Com certeza, porque tinha muita gente precisando aqui pra cima, porque aqui quase não tinha banheiro. Com certeza foi um programa muito bom que eles fizeram. (Entrevista VI, agente de saúde)

ii) acreditam na contribuição do Pesms (80%)

*(...), pela ação educativa que houve, o uso tem sido **adequado.** (Entrevistado I)*

*(...), e contribuiu de uma forma boa, além dessa parceria, no aspecto físico da obra em si, foi feito também um trabalho social no aspecto da educação, para que houvesse uma melhor **utilização do módulo.** (Entrevista II, assistente social, gestora)*

*Contribuiu. Eles deram força pra gente. Os **panfletos**, essas coisas, nós não tínhamos nada, tudo nós pegamos um pouco com eles pra passar pra população. (Entrevista IV, enfermeira)*

*Na medida do possível, porque o povo ... como se diz? O que a gente pôde fazer e o que vocês **puderam fazer...** (Entrevista V, agente de saúde)*

*Contribuiu muito, porque as pessoas não tinham noção de nada. (...) Melhor. Começaram a ver o lado bom da coisa, porque muitas pessoas não tinham aquela higiene, não estavam nem aí, não se importavam com nada, sabiam que podia causar alguma doença, mas não davam importância. À medida que a gente foi esclarecendo e falando, eles **foram se conscientizando.** (Entrevista VII, agente de saúde)*

*Contribuir **para diminuir doenças.** Diminuiu já. A gente fez um levantamento, diarreia, desnutrição, o saneamento. Eles não tinham nem banheiro. Só deles aprenderem usar o banheiro, tomar banho, lavar as mãos, isso vai evitar verminoses, uma série de doenças que vão ajudar bastante. (Entrevista VIII, enfermeira)*

*(...) Eles eram pessoas que não tinham acesso a isso, então que ele teria que ter realmente essa orientação, até para **saber como é que ele vai utilizar** aquilo da melhor forma. (Entrevista IX, médico)*

*Contribuiu. De fazer a **higiene das caixinhas**, porque muitos usuários não sabiam, de **usar a caixa d'água**, de fazer a higiene da caixa d'água, eu acho que contribuiu muito, porque se tivesse somente colocado a melhoria lá sem o PESMS, como até então todos os convênios que nós já fizemos até hoje era sem o PESMS, é bem diferenciado o beneficiário. (...) Houve uma melhoria da qualidade de vida por conta do processo educativo que foi desenvolvido e deles terem aprendido mais alguma coisa em relação à saúde.(Entrevista X, odontóloga, gestora)*

Quadro 13: Contribuições do Pesms para os Técnicos e gestores envolvidos no Programa, em Nerópolis, Goiás, 2004

Contribuições mencionadas	Quantidade	%
<i>a) utilização do módulo (entrevistas I, II, IX e X)</i>	04	40
<i>b) conscientização (entrevistas V e VII)</i>	02	20
<i>c) redução de doenças (entrevista VIII)</i>	01	10
<i>d) material educativo (entrevista IV)</i>	01	10

Conforme o Quadro 13, a maior contribuição do Pesms, segundo os técnicos entrevistados, foi o fato de possibilitar a orientação para melhor utilização dos módulos sanitários. Percebe-se aqui a visão mítica de muitos profissionais de que “a população necessita mesmo é de orientação, de conhecimento que eles não possuem, e, assim, haverá manutenção das melhorias sanitárias domiciliares e, conseqüentemente, sustentabilidade”.

A palavra *zelo*, tão freqüentemente utilizada pelos beneficiários, não surge na fala dos técnicos e gestores, mas um significado semelhante está presente em outras expressões como *cuidar, manter, lavar*, entre outras, o que revela que essa categoria do cuidado é partilhada por todos os atores entrevistados.

*(...) E que não pode vender, nem alugar, tem que ser o dono mesmo para **cuidar e manter**. Porque uma pessoa que mora de aluguel não cuida como o próprio dono. (Entrevista IV, enfermeira)*

*(...) Geralmente nós falávamos (nas visitas domiciliares) pra eles colocarem aqueles pozinhos que o pessoal da SUCAM distribui. Mas quando o pessoal da SUCAM não passava, a gente falava pra eles **lavarem a caixa d'água**. (Entrevista VI)*

*(...) De fazer a **higiene das caixinhas**, porque muitos usuários não sabiam, de usar a caixa d'água, de fazer a higiene da caixa d'água, eu acho que contribuiu muito, porque se tivesse somente colocado a melhoria lá sem o PESMS como até então todos os convênios que nós já fizemos até hoje era sem o PESMS, é bem diferenciado o beneficiário (Entrevista X, gestora)*

As falas permitem perceber que a preocupação em cuidar das melhorias sanitárias foi o eixo das ações educativas do Pesms, um ideal que partiu da gestão, foi partilhado com os técnicos, que trabalharam esse eixo de forma eficiente, como demonstrado na fala dos usuários, tanto pelo que *foi assimilado: zelo*, quanto pelo que *foi aplicado: cuidados com o banheiro*. Este foi, assim, o principal ponto de efetividade do Pesms no contexto local.

Essa concepção de que um programa educativo deva preocupar-se exclusivamente com orientações fica evidente nas técnicas educativas utilizadas, conforme identificado na análise documental (Processo, 2001): reuniões, palestras, visitas domiciliares e material informativo e audiovisual.

Ressalta-se que as reuniões mencionadas, neste caso, foram principalmente com as autoridades e apenas três delas foram voltadas para a comunidade, sendo que estas incorporaram as palestras ministradas pelos técnicos específicos da área de saúde.

Essas reuniões seriam boas oportunidades para buscar parceiros externos, promover a intersetorialidade, o que não ocorreu, como se pode perceber no resultado apresentado a seguir, em que se procurou saber sobre o desenvolvimento de ações intersetoriais.

d) Ações intersetoriais

O resultado para essa categoria foi amplamente negativo. Quatro dos entrevistados esclareceram que não houve envolvimento efetivo de nenhuma outra entidade social ou comunitária, nem de profissionais de outras áreas. Houve apenas o envolvimento de setores administrativos da própria Prefeitura Municipal.

Foram apontadas apenas três parcerias estabelecidas, mas todas no âmbito administrativo: o pessoal administrativo da Secretaria de Saúde, que foi designado para auxiliar no Pesms; a Secretaria de Educação, que apenas forneceu o espaço da Escola Municipal Oscarina Caetano para as reuniões e palestras; e uma associação de pais que, segundo o técnico entrevistado, ofereceu solidariedade, no entanto, foi utilizada apenas para auxiliar na convocação para as reuniões.

i) desconhece (10%)

- Houveram outras secretarias, outras associações da comunidade participando, outros profissionais, voluntários participando nas atividades? (Entrevistador 2)

- Não que eu tenha conhecimento. Talvez essa é a parte que a enfermeira poderá esclarecer, como a parte da FUNASA comparecer às reuniões com a população. (Entrevista I, agente de saúde)

ii) não-envolvimento de outros grupos sociais (40%)

(...) Infelizmente não houve envolvimento, até porque o pessoal anda meio desacreditado em relação a isso. Porque lá naquele setor há sim, só que eles não envolveram porque infelizmente as pessoas que se ligam a essas associações usam esses benefícios mais por uma questão não totalmente voltada para esse crescimento. (Entrevista II)

- (...) houve alguma participação de alguma outra associação nesse Programa? Secretarias, Hospitais, Voluntários? (Entrevistador 2)

- Não. (Entrevista III)

- Houve alguma participação de Associação Comunitária? (Entrevistador 1)

- Não. (Entrevista IV)

Eu até tentei na última semana procurar alguma associação, alguma mais ligada à parte onde a gente vai visitar agora e eu não consegui encontrar nenhuma. O pessoal me falou que talvez alguma igreja ou alguém, mas eu não consegui encontrar.

Acredito que deve ter alguma associação de moradores. Eu não consegui encontrar por falta de tempo. (Entrevista I, agente de saúde)

A opinião do entrevistado I foi utilizada duas vezes para o mesmo assunto porque neste segundo momento ele já está respondendo a uma demanda do pesquisador que solicitou a ele que procurasse identificar entidades locais, grupos, associações, etc., que tivessem sido envolvidas de alguma forma nos trabalhos do Pesms, a fim de que pudessem também ser entrevistadas, mas nem ele nem o próprio pesquisador nas investigações de campo encontraram tais entidades sociais.

Ele, na verdade, nem lembrou ou não sabia que uma associação de pais havia oferecido apoio a eles por ocasião das reuniões. Apenas um dos agentes de saúde mencionou participar de um grupo de jovens, mas este não fora envolvido em nenhuma espécie de trabalho educativo em saúde, somente religioso, segundo o agente.

(...) O Grupo de Jovens que tem é o da Igreja Católica. (...) Não a respeito disso(saúde). São trabalhos espirituais. Indo fazer visita no Hospital, não entra nesse lado aqui não. Da saúde não. A gente entra mais com o interior da pessoa mesmo, e não com esse lado aqui da saúde não. (Entrevista VII, agente de saúde)

É relevante destacar que a entrevistada apresenta uma visão de saúde que separa o interior da pessoa da sua própria saúde, como se esta fosse algo exterior ao indivíduo, ou melhor, evidencia-se também a divisão entre saúde do corpo e saúde do espírito.

iii) não-envolvimento de profissionais de outra área (30%)

- Houve participação de outras secretarias ou associação comunitária ou o pessoal do Hospital nessas reuniões ou nessas orientações à comunidade? Alguma outra área que tenha se envolvido? (Entrevistador 1)

- Isso eu não sei te informar. Assistente social eu sei que teve. (Entrevista V, agente de saúde)

Sim. Nós pedimos (ajuda de outros profissionais) na parte da escovação, que é um trabalho que a gente já faz com os agentes de saúde. Então, nesse caso, os professores já colaboravam com a gente dentro da sala de aula com as crianças, para elas usarem a pia do banheiro. Que é um trabalho que já faz o Município. (Entrevista VIII, enfermeira)

É importante esclarecer que esse trabalho que a Prefeitura já realizava não pode ser considerado efeito do Pesms, pois não se trata de uma atividade do Programa.

- Mas só suporte mais físico mesmo, na educação?(Entrevistador 1)

- Não, mas a direção do Colégio prestou muito. É porque a gente não precisou dos professores para dar palestras, mas eles se prontificaram. Se ofereceram para ajudar nas palestras, mas como a gente tinha profissionais, como era na saúde, a gente preferiu usar as enfermeiras, a ..., que é assistente social e os médicos. (Entrevista VIII, enfermeira)

Esta última fala é na verdade uma “fechada de porta para os educadores”, atitude recorrente na área técnica de saúde, que privilegia, na maioria das vezes, o conhecimento específico, pois nessa fala está *explícito* que se os técnicos da saúde dominam o conteúdo, não há necessidade de educadores parceiros.

iv) parcerias estabelecidas: apenas administrativas (30%)

(...) e depois fomos juntar com as autoridades, a Educação, a Secretaria de Saúde, a Prefeitura, os Órgãos que iam nos dar apoio. E fizemos várias reuniões. A diretora do Colégio nos ajudou nas marcações de reuniões com os pais e as crianças, e aí foi encaminhando. (Entrevista VIII, enfermeira)

Olha, que eu sei, a Secretaria de Educação ajudou assim na contribuição, fornecendo as salas pra gente, conversando nas escolas, liberar a escola pra gente dar as palestras, esse tipo de coisa. Se teve mais outras pessoas eu não lembro. Eu sei que teve a participação da Educação, que foi atrás das salas, porque eles iam conseguir as salas pra gente dar as palestras. (Entrevista VII, agente de saúde)

(...) no caso foi a nossa chefe, de certo uma pessoa lá de baixo passou pra ela, com certeza, mas teve sim parceria com o povo lá de baixo, sim, com a gente nessa orientação sobre os banheiros. (Entrevista VI, agente de saúde) (Obs.: “o povo lá de baixo” são as pessoas da sede da Prefeitura, provavelmente o pessoal administrativo da Secretaria de Saúde.)

Associação de Pais que veio aqui prestar solidariedade com a gente, eles trabalharam nesse sentido. Quando era marcada as reuniões, um avisava para o outro pra vir aquela quantidade de pessoas pra assistir a reunião, inclusive essa reunião o Dr...(médico) participou, a... (assistente social), e o Dr... (médico), e essas reuniões tinham que ser no Colégio. E se não houvesse esse agrupamento de pessoas, a gente perderia mais tempo, mais oportunidade de passar essa informação. Foi a Prefeitura, o que a gente precisou, a Educação também teve a todo momento junto com a gente, a...(assistente social)... (Entrevista VIII, enfermeira)

É importante ressaltar que as poucas parcerias estabelecidas foram no âmbito administrativo e, diga-se de passagem, outorgadas pela Prefeitura, exceção à Associação de pais que se ofereceu para ajudar, sendo de certa forma subutilizada, apenas para convocar os moradores, enquanto poder-se-ia tê-los convidado até mesmo para um debate com os técnicos e com os convidados sobre os problemas de saúde, promovendo o diálogo, ao contrário de um rol de recomendações das quais os receptores já nem lembram mais, ou talvez nem as tenham recebido, interessados que estavam tão somente em saber se iriam “ganhar um banheiro”.

e) Incremento da participação popular

Esta categoria, a exemplo das ações intersetoriais, também teve resultado amplamente negativo, em desacordo com os objetivos do Programa, com o agravante de que esse é um componente do qual o Pesms não pode prescindir sob o risco de não promover a mobilização

social, como ocorreu, neste caso. Mais grave ainda foi a principal justificativa dos técnicos para a falta de participação da comunidade: o desconhecimento desse objetivo do Programa.

i) respostas negativas (40%)

- *E houve alguma participação de alguma outra associação nesse Programa? Secretarias, Hospitais, Voluntários? - Não.*

- *Foram convocados voluntários? - Não.*

- *Essas reuniões que vocês faziam nas esquinas tinham a participação, alguém da comunidade ajudava?*

- *Não, era a gente mesmo que reunia. (Entrevista VII, agente de saúde)*

Nós não tivemos nenhum envolvimento com nenhuma outra secretaria, nenhuma organização, a mobilização foi feita somente com os beneficiários. (Entrevista IX, médico)

ii) organizações populares identificadas e não envolvidas (02)

Os Vicentinos, de uma certa forma, que é um grupo ligado à Igreja Católica, através da senhora X (provável liderança religiosa), (ela) teve essa participação, mas foi o início do grupo que a gente pôde estar associando. (Entrevista II, Assit. Social)

(...) O Grupo de Jovens que tem é o da Igreja Católica. (...) Não, a respeito disso(saúde). São trabalhos espirituais. Indo fazer visita no Hospital, não entra nesse lado aqui não. (Entrevista VII, agente de saúde)

Novamente está presente o isolamento setorial ao seu próprio campo de ação, neste caso representado na própria sociedade, na atitude restrita do grupo de jovens católico de não discutir os problemas de saúde. Evidencia-se que nos dois casos identificados os grupos mencionados são de natureza religiosa e a aproximação foi ausente ou incipiente.

iii) justificativas para o não-envolvimento de lideranças populares e parcerias (04)

*Não. Infelizmente não houve envolvimento, até porque o pessoal anda meio **desacreditado** em relação a isso. (Entrevista II, assistente social)*

*Já, há um tempo atrás, teve uma pessoa que tentou, mas a gente viu que era mais por **questões políticas**. A gente não quis envolver essa pessoa, pois a gente viu que ela tinha outros objetivos. Então foi somente o pessoal ligado ao PSF. (Entrevista II, assistente social, gestora)*

- *É porque a gente **não precisou dos professores para dar palestras**, mas eles se prontificaram. Se ofereceram para ajudar nas palestras, mas como a gente tinha profissionais, como era na saúde, a gente preferiu usar as enfermeiras, a (...), que é assistente social e os Médicos. (Entrevista VIII, enfermeira)*

*Pode ter sido uma **falha dos técnicos da FUNASA de não ter nos orientado** esse envolvimento, mas a Secretaria de Saúde,(...). (Entrevista X, odontóloga, gestora)*

Cada uma dessas justificativas apresenta um aspecto relevante para a falta de participação comunitária. A primeira aponta a falta de confiança da sociedade como um todo nas ações governamentais, o que é um fato que se explica pelo generalizado mau uso da autoridade pública, que tem na verdade condicionado a população a aceitar passivamente as

suas determinações por meio de atitudes paternalistas, como, por exemplo, levar o cidadão carente a crer que sua melhoria sanitária domiciliar foi dada pela Prefeitura.

Então, o cidadão se questiona “*para que participar de reuniões se somente quem ganha o benefício são os aliados do governo?*”, sem mencionar o fato de que o próprio gestor tem receio de que determinadas lideranças, por não serem seus aliados políticos, tirem proveito da abertura à participação.

A gente não quis envolver essa pessoa, pois a gente viu que ela tinha outros objetivos. (Entrevista II, assistente social, gestora)

A segunda justificativa está relacionada ao mito do discurso competente²⁷ (Chauí, 1980), em que uma área do conhecimento equivocadamente acredita prescindir de outras, uma vez que se trata do seu “*metier*”. Os lugares, as circunstâncias e os interlocutores já foram previamente determinados.

Assim, os técnicos da saúde acreditam que ‘*não precisam dos professores*’ para realizar palestras sobre conhecimentos nos quais os profissionais de saúde são especialistas, desconsiderando a riqueza do trabalho multisetorial e transdisciplinar, incorrendo no reducionismo cientificista da competência técnica.

Por fim, há uma atitude culpabilizadora do parceiro ao atribuir resultados negativos à falta de orientação do órgão federal sobre os objetivos do Programa, quando a iniciativa de procurá-lo foi da própria administração local, que buscou o investimento para o Município, sem considerar o fato de que as informações são disponibilizadas de várias formas, mas tanto os gestores locais quanto os do âmbito federal partilham a cultura de não se apropriarem delas e não disseminá-las entre os técnicos, ou, por outro lado, não motivá-los a apropriarem-se das informações por si mesmos, fomentando o envolvimento e participação.

5.8 Representações mútuas entre técnicos e população

a) Representação de agentes de saúde: SUCAM

Embora atualmente as ações relacionadas ao combate e controle das endemias (Dengue, Esquistossomose, etc.), estejam descentralizadas para os municípios e os agentes de saúde já não sejam os antigos guardas de endemias da Sucam, essa referência mantém-se no

²⁷ O discurso competente confunde-se com a linguagem institucionalmente permitida e autorizada, isto é, com um discurso no qual os interlocutores já foram previamente reconhecidos como tendo direito de falar e de ouvir, e, enfim, no qual o conteúdo e a forma já foram autorizadas segundo os cânones da esfera da sua própria competência (Marilena Chauí, 1980).

seio da comunidade. Percebe-se na fala dos entrevistados que eles dão grande importância ao que é dito por aqueles que eles chamam de ‘Sucam’, ou ‘pessoal da Sucam’.

*Entrevistador 1: Quem faz o tratamento?
a SUCAM. (Entrevista 15)*

O povo da SUCAM chega aqui e fala que meu lote aqui é bem cuidado. (Entrevista 18)

Os entrevistados definem os agentes de endemias que trabalham com a dengue, por exemplo, como a própria Sucam. E lembram do material distribuído por eles.

Essa aqui, quando o pessoal da dengue vem, da SUCAM, eles dão para gente ler. (Entrevista 18)

Não, só (lembro) daqueles. Da dengue eu lembro. (Entrevista 20)

Essa representação está presente também na fala dos agentes de saúde, que convivem diretamente com a comunidade, pois muitos deles são moradores do próprio bairro, e, assim, suas falas não se distanciam muito da fala dos beneficiários das melhorias.

Lavar, enxaguar, pra água ficar bem limpinha, mas o povo da SUCAM também fazia esse trabalho. (Entrevista VI, agente de saúde)

Entretanto, com relação aos agentes de saúde do PSF, na maioria mulheres, a comunidade as trata como as meninas que medem a pressão e trazem o médico. Mas não fazem referências fortes em relação às suas orientações, embora valorizem a sua presença.

Perguntados se os agentes do PSF explicavam alguma coisa sobre as MSD, os entrevistados demonstravam lembrar apenas dos seus atos como olhar o quintal, medir a pressão e trazer o médico.

- A(agente de saúde) *veio olhar aqui uma vez. (Entrevista 7)*

- *Ela orientou como usar o banheiro? (Entrevistador 1)*

- *Não. Sobre isso ela não veio falar não. (Entrevista 7)*

- *E sobre outros assuntos como esses que falam na televisão, no rádio, como a dengue...? (Entrevistador 1)*

- *Já. Eles vêm só mesmo **as meninas** olhar no quintal. (Entrevista 7)*

*Sempre eles (agentes do PSF) falam. Vem medir pressão e falam. Inclusive, muitas vezes, quando a gente não pode ir no posto, o médico vem aqui, quando a gente tá passando mal **eles trazem o médico aqui**. E a gente fala como a gente está. (Entrevista 8)*

Quanto aos agentes do PSF, é simbólico o tratamento de *meninas*, tanto por serem na maioria jovens da própria comunidade, quanto por ser o PSF um Programa relativamente novo se comparado à Sucam e Fsesp. Não há evidência de qualquer conotação preconceituosa ou machista devido ao fato de a maioria dos agentes ser constituída por mulheres.

Vale o esclarecimento de que em nenhum momento da Pesquisa perguntou-se sobre nenhuma das duas instituições. A representação de agentes de saúde como *peçoal da Sucam* surgiu como dado empírico e o mesmo não aconteceu com a FSESP.

Por outro lado, é relevante a manutenção da credibilidade da SUCAM, em contrapartida ao esquecimento da FSESP, uma vez que as duas entidades são representantes históricos da saúde pública e da atenção básica à população no Brasil.

b) A responsabilização pelas melhorias centralizada no técnico

Para os usuários, os responsáveis pelas melhorias são os técnicos, e não eles próprios, pois quem decidiu para quem *dar* os módulos sanitários foram os técnicos. Estes fizeram e entregaram a melhoria pronta. Qualquer problema que aconteça, deve-se reportar àquele técnico que decidiu quem precisava, quem merecia.

Essa menina minha que a ... (técnico-gestor) não quis fazer o banheiro para ela (a filha do entrevistado) (Entrevista 17)

*É, porque se falar tem que falar lá no Posto, porque a ... (técnico gestor) é ela que... Com esse rapaz também...(o agente de saúde que acompanhava a entrevista) Esse rapaz que veio com ela, **as meninas** que vieram. (Entrevista 16).*

Eles fizeram e deixaram aí, então tá bom demais. (Entrevista 16)

Os próprios gestores colaboram com essa centralização, talvez por estar mais apropriada a um modelo administrativo que serve bem ao gestor, embora não contribua com o usuário, uma vez que este não foi incentivado a dialogar com os técnicos em busca de soluções conjuntas para seus problemas, mas a assumir uma postura de espera paternalista em que o poder de solução está no técnico, na pessoa que fez ou que decidiu.

O agente de saúde (...) fazia visitas quase todos os dias nos módulos para ver com o morador o que ele estava achando. (...) tinha um engenheiro... O responsável técnico da obra pela firma que ia ficar o dia todo e as enfermeiras lá nos Postos e a assistente social. (Entrevista IX, gestora)

Essas falas demonstram que a comunidade não tem poder na definição dos beneficiários nem na resolução de problemas, por não conhecer os critérios de escolha nem os meios para solução de problemas relacionados às melhorias. Isto decorre da falta de informação e discussão voltadas para a socialização dos procedimentos, o que poderia levar as pessoas a se integrarem ao processo como protagonistas conscientes.

5.9 O repasse de informações como estratégia educativa do Pesms

a) Método educativo utilizado na aplicação do Pesms

Como demonstrado no decorrer deste estudo, tanto na fala dos beneficiários quanto na visão dos técnicos e gestores, o método utilizado nas ações educativas foi exclusivamente o de

transmissão de informações que o corpo técnico julgou necessárias e suficientes para os propósitos que pretendia alcançar.

*(...) E se não houvesse esse agrupamento de pessoas, a gente perderia mais tempo, mais oportunidade de **passar essa informação**. (Entrevistas VIII, enfermeira)*

A fala da enfermeira resume a concepção pedagógica do grupo técnico: transmissão de informações para uma coletividade, para economizar tempo, sem a preocupação com a aprendizagem individual nem em provocar a reflexão que possibilitasse a mobilização da comunidade.

Esse método fundamenta-se na Pedagogia Tradicional, e sua adoção não é privilégio desse grupo nem somente da área de saúde; está impregnado na prática educativa em todas as atividades governamentais, tendo em vista a urgência dos investimentos públicos, que sempre leva os profissionais a atuarem sem a devida reflexão pedagógica.

Essa ditadura da urgência (Valla, 1993) é partilhada com os técnicos do nível federal que se esforçam para aplicar os recursos como demanda governamental, por pressões de grupos de interesses políticos ou da própria gestão federal.

O fato é que a urgência em captar o recurso, aliado à exigüidade de tempo para atender todas as exigências para celebração do convênio, leva o gestor a improvisar dados e levantamentos sem envolver a comunidade.

Além disso, depois que o recurso é liberado, a execução é postergada, de forma que ao se aproximar a data de prestação de contas do recurso ao agente financiador, a execução da obra é acelerada e as ações educativas são aplicadas apressadamente, sem a preparação prévia e a reflexão que este campo de atuação requer.

Em consequência disso, as ações são desenvolvidas de modo incipiente e superficial, o que é agravado pela descontinuidade das ações educativas, uma vez que o Pesms se encerra com o fim da execução das obras.

Isto se confirma no convênio objeto desta análise, que foi celebrado em 2001, mas as obras foram realizadas somente em 2003, em apenas três meses, de julho a agosto (Processo, 2001:217), mesmo período em que as ações educativas foram realizadas, conforme a Programação de Atividades do Pesms de Nerópolis (Anexo VII).

b) Técnicas educativas mais utilizadas pela equipe do PSF na aplicação do Pesms

As principais técnicas educativas identificadas na atuação dos técnicos foram:

i) reuniões

A reunião, eles fizeram depois do banheiro pronto. (Entrevista 4)

Quem foi para a reunião foi a (...), minha esposa. Ela acha que foram duas reuniões. Falaram sobre cuidados com o banheiro, mas não lembra exatamente o que falaram. (Entrevista 22)

ii) palestras

Essas palestras do Postinho? A pessoa chega e eles explicam sobre anticoncepcionais... (Entrevista 1)

É um colégio que tem do lado do Posto de Saúde. As palestras educativas foram nesse colégio. (Entrevista 4) (Fala de um agente de saúde, explicando onde era o local das palestras)

iii) visitas domiciliares

(...). Foram feitas visitas domiciliares, a parte toda educativa, distribuição de panfletos, material educativo, também alcançamos as escolas através desse trabalho. Foram feitos trabalhos na escola em relação à parte de higiene, a questão da saúde e da melhor utilização (dos módulos sanitários). (Entrevista II, assistente social, gestora)

*Só quando ele vem aqui e fala alguma coisa sobre o banheiro. (Entrevista 3)
Ela só veio mesmo com os meninos, mas depois que fizeram ela não veio. (...)
Eles vêm só mesmo as meninas olhar no quintal. (Entrevista 7)*

As visitas que se tem feito estão voltadas para a questão do uso adequado, a questão da higiene, senão acaba sendo uma possibilidade não-saudável. Eles estão usando corretamente. (Entrevista II, agente de saúde)

iv) material informativo e audiovisaul: filmes, cartazes, folders e as faixas

Não tinha rádio aqui na época, agora deve ter um mês e pouco que tem rádio aqui. Foi feito com carro de som na rua e através desses cartazes, folders e as faixas. (Entrevista IX, gestora)

*Eles distribuíram folhetos, folders, você lembra desses folhetos, cartazes? Você chegou a receber? Você recebeu esse “O Clarinho”? (Entrevistador 1)
Recebi esse aqui. (Entrevista 1)*

Cada uma dessas técnicas, já tradicionais tanto no uso como na concepção pedagógica, tem um custo significativo para o governo, não só o municipal, de onde sai o valor da contrapartida que financia o Pesms, mas para o federal, que financiou o projeto e aposta na sua sustentabilidade. Enfim, o custo é para a própria população que já pagou por tudo que é financiado, por meio de impostos.

Dentre os empreendimentos de esgotamento sanitário, as MSD são os de menor custo, por constituírem ações individuais, de baixa complexidade e fácil manutenção. O projeto, objeto desta Pesquisa, custou R\$100.000,00 aos cofres federais, mais R\$10.000,00 da contrapartida municipal, da qual foram previstos R\$3.000,00 para a execução do Pesms.

Quadro 14: Despesas com as técnicas educativas aplicadas pelo Pesms em Nerópolis, 2003*

Item	Descrição	Unid.	Quant	Vl. unitário (R\$)	Valor total (R\$)
01	Material educativo	panfleto	500	0,28	140,00
02	Revelações de filmes	filme	08	20,00	160,00
03	Produção e colocação de faixas	m	100	6,50	650,00
04	Locação de carro de som	h	20	27,50	550,00
05	Téc. envolv. com divulgação (5)	h/trab.	15	6,70	502,50
06	Palestras (5 téc. de N. S.)	h/trab	20	12,50	500,00
07	Reuniões (2 téc. de N. S.)	h/trab	10	12,50	125,00
08	Visitas domiciliares (2 enferm.)	h/trab	5	10,00	50,00
09	Visitas domiciliares (5 A.S.)	h/trab	180	1,08	972,00
Total					3.649,50

* Não estão incluídas as despesas com material de consumo

No detalhamento do Quadro 14, percebe-se que apenas com material educativo e filmes foram gastos R\$300,00 (Processo, 2001); com faixas e carro de som, R\$1.200,00. Ou seja, somente com a produção de material educativo/informativo e audiovisual foram gastos R\$1.500,00 reais. Incluindo a hora trabalhada de cada técnico, em média R\$6,70, a despesa apenas com atividades de divulgação se aproxima dos R\$2.000,00.

As despesas com pessoal próprio para realizar reuniões com a comunidade e autoridades municipais (10h) foi declarada em R\$125,00; com as palestras educativas (20h) foi de R\$125,00, para duas enfermeiras. Mas envolveram também dois médicos e uma assistente social, o que na prática elevou as despesas com essas duas técnicas para R\$625,00.

As despesas com as visitas domiciliares (10h para 2 técnicos de nível superior) foram declaradas em R\$50,00. Vale destacar que os mais envolvidos nessas visitas foram quatro agentes de saúde do Posto Santana e uma da Vila São João Batista. No entanto, deve ser considerado que se trabalha com várias ações de saúde numa mesma visita, e não só com as ações do Pesms.

Mesmo assim, tomando-se como exemplo somente um agente, que, segundo a própria gestora, realizava visitas quase que diárias aos domicílios, e que, para isso, gastaria, em média, 2 horas por dia com o tema MSD; e tendo como base o salário mínimo, o custo da hora trabalhada de um agente é de R\$1,08.

No decorrer dos três meses de implantação das melhorias (Processo, 2001:217), um agente, dedicando duas horas em visitas domiciliares voltadas para o Pesms, custou R\$194,40. Considerando esse valor para os 5 agentes de saúde, e o mesmo tempo de dedicação às melhorias sanitárias, as despesas somente com as visitas domiciliares custaram R\$972,00, mais os R\$50,00 gastos com as enfermeiras, totalizaram R\$1.022,00.

Enfim, a aplicação dessas técnicas, na verdade, custaram mais que o valor programado para o Pesms, de R\$3.000,00, visto que as despesas com as técnicas educativas/informativas ficaram em torno de R\$3.600,00.

Quanto à efetividade das técnicas utilizadas, destaca-se a visita domiciliar, pelo fato de promover a convivência dos agentes de saúde com a população, pois esta valoriza a presença dos técnicos de saúde na residência, demonstrando que as ações informativas/educativas realizadas no próprio ambiente onde a pessoa habita têm melhor receptividade do que aquelas realizadas em reuniões ou palestras em outros lugares.

Desse modo, o investimento nas visitas domiciliares realizadas, possivelmente, foi o mais efetivo e menos oneroso, se comparado ao das outras atividades, considerando a quantidade de horas trabalhadas e o custo médio da hora por agente de saúde, ou mesmo, de técnicos de nível superior, sugerindo, assim, uma boa relação custo e efetividade, tese que pode ser objeto de estudos posteriores.

6. Discussão dos Resultados

6.1 Considerações preliminares

Nesta pesquisa, procura-se identificar os resultados do Pesms do ponto de vista dos sujeitos submetidos às ações do Programa: a própria comunidade, a partir da apreensão dos *significados*, ou seja, de “como as pessoas recebem e o que fazem com as mensagens que lhes são destinadas através de meios de comunicação”, o que caracteriza esta Pesquisa como um *estudo de recepção*, segundo Araújo & Jordão (1995).

Seria somente um estudo de recepção caso se ocupasse apenas das racionalidades, lógica de utilização e dos sentidos das mensagens informativas/educativas no universo do público aos quais foram endereçadas (Rozemberg, 2002).

Mas, além desse objetivo, foi estudado o sentido do Pesms também para a esfera emissora (técnicos, gestores e discurso oficial nos documentos), além de se observar as possibilidades de “organização do conhecimento” numa comunidade de aprendizagem (Pérrisé, 2004), assim como de “participação” e “mobilização” dos sujeitos sob o enfoque das Ciências Sociais.

Busca-se, no entanto, não limitar o debate ao campo social, considerando as informações técnicas de saúde e saneamento como fundamentos amplamente valiosos para as análises, partindo-se do pressuposto de que o “reducionismo” não é privilégio de área alguma do saber em particular, (Rozemberg & Minayo, 2001), de modo que em todo e qualquer estudo deve-se manter o cuidado a fim de não incorrer numa visão unilateral do objeto em discussão.

Nesse sentido, serão discutidos a seguir os resultados identificados na interpretação das entrevistas realizadas com beneficiários, técnicos e gestores, bem como na interpretação dos documentos analisados, projetos, relatórios e instrumentos de informação: material informativo educativo; diagnóstico situacional; inquérito sanitário e dados dos sistemas de informação do SUS e do IBGE sobre o saneamento e a saúde em Nerópolis.

Esses atores, beneficiários, técnicos e gestores, sofrem influências de todos os seus nichos sociais na recepção da mensagem (forma de entender o que lhes é apresentado), de modo que cada um cria o seu próprio “significado” do que observou, escutou, leu, ou discutiu. Neste caso, não importa aqui discutir os métodos ou sua validade, mas o efeito produzido.

Os sujeitos sociais produzem seus próprios significados, com base em seu contexto *existencial e situacional* (Araújo, 2003), no qual a leitura de mundo precede a leitura da palavra (Freire, 1985), embora seja difícil para um observador externo traduzir tais significados.

O sujeito em contato com um objeto sempre fará sua leitura mediatizada pela forma como se deu o contato, importando, assim, segundo Valla (2000), não o próprio objeto em si, mas como esse objeto foi percebido pelo sujeito e quais as estratégias que o levaram a realizar uma reflexão e a organizar o seu conhecimento sobre o objeto.

Considerando que o aspecto mais relevante nesta Pesquisa é a compreensão dos efeitos do Pesms na comunidade em que ele foi implementado, a análise será iniciada pelos resultados das falas²⁸ desses beneficiários, com base nas categorias estudadas, confrontando-os com a literatura e com os demais resultados encontrados, ora na análise dos documentos, ora na fala dos técnicos ou em todos os discursos, inclusive nas representações mútuas, sem deixar de considerar “o *lugar de fala* dos sujeitos na produção dos sentidos”, conforme alerta Araújo (2003).

Nesses confrontos, busca-se relacionar os resultados das ações do Pesms com a implantação das Melhorias Sanitárias Domiciliares (MSD), conforme preceitua Hartz (1997), segundo a qual, no procedimento científico “pesquisa avaliativa” examinam-se as relações entre os diferentes componentes da intervenção, que neste caso são o Pesms (componente educativo) e as MSD (componente obra).

Finalmente, o estudo permite identificar a postura assumida na prática da vigilância em saúde pelos técnicos e gestores municipais, ao procederem a uma intervenção social. Além disso, permite identificar o distanciamento ou aproximação dos beneficiários em relação às informações de sua situação de risco em saúde.

6.2 O módulo sanitário: o visível e o não-visível no processo de aprendizagem

Quanto à representação de melhorias sanitárias para os beneficiários, a visão do módulo sanitário como *um banheiro* caracteriza uma falta de percepção das demais partes do módulo sanitário pelo usuário, evocando uma discussão sobre a invisibilidade destas.

²⁸ Segundo a Linguística, Ciência da Linguagem criada por Ferdinand de Saussure, a *fala* ou *discurso* é um ato individual da língua (idioma). Mas o indivíduo ao falar não cria linguagem, mas sim, utiliza o material lingüístico que a comunidade lhe ministrou, ou, como querem alguns, lhe impôs (Proença Filho, 1989).

A visibilidade está relacionada às formas de pensar e conhecer, *i. e.*, aprender, que além de serem influenciadas pelos *padrões culturais* (questão antropológica/sociológica), realizam-se pelos *esquemas de assimilação*, conforme a Psicologia Genética de Piaget (1975).

Os esquemas de assimilação definem-se como formas de ação que o sujeito desenvolve para conhecer alguma coisa. Essas ações podem ser externas e visíveis, como o ato de manipular algo (ações materiais), ou podem ser internas e não-visíveis, como o ato de conceituar (operações mentais) (Davini, 1989).

Esses esquemas: sensório-motor, perceptivo, lógico-concreto e lógico-abstrato desenvolvem-se numa escala gradual ascendente, do concreto para o abstrato, do visível para o invisível, e subordinativa descendente, de modo que os mais simples subordinam-se aos mais complexos.

Assim, o sujeito, para chegar aos esquemas lógicos (campo do invisível), necessita desenvolver os esquemas sensório-motor e perceptivo (campo do visível), ou seja, para que ele compreenda sobre vírus, bactérias, micróbios e demais organismos invisíveis a olho nu, é necessário que ele parta de algo perceptível, concreto, para desenvolver sua abstração.

Diante dessa construção progressiva, o sujeito organiza os seus significados epistemológicos sobre a relação desses microorganismos com o processo saúde-doença, que também é invisível, mas pode ser pensado sobre o enfoque sociocultural, *i. e.*, a partir dos padrões culturais da comunidade e dos seus indivíduos.

Nos padrões culturais, encontram-se explicações para valores, crenças e atitudes que influenciam a aprendizagem que se pretende com um processo educativo. São esses padrões que condicionam a organização do conceito de limpeza, de cuidado, de ambiente saudável, para cada sujeito, havendo diferentes compreensões mesmo dentro de uma mesma casa. Portanto, é imprescindível que o sujeito ativamente reflita sobre como ele e seu próprio grupo concebem a relação entre saúde, doença, ambiente, estilo de vida e trabalho (Brasil, 1989).

Essa invisibilidade paradoxal das partes externas do módulo sanitário é simbólica. Representa a falta de reflexão sobre a utilidade desses objetos para a saúde e sobre a relação que eles têm com os microorganismos causadores de enfermidades, os agentes etiológicos.

É criado um círculo vicioso de invisibilidade: o usuário não vê a caixa d'água, logo não é motivado a ver o seu conteúdo; não vê a água, logo não há condições de perceber

impurezas nela; se não percebe problemas na água, também não há motivos para se preocupar com o seu recipiente, então a caixa d'água é esquecida, tornando-se invisível.

Evidentemente, não se está propondo aqui uma modificação do nível da caixa d'água, tendo em vista os princípios técnicos de pressão hidráulica que justificam o posicionamento do reservatório em espaço elevado, mas apenas expondo razões que o deixam fora do ciclo perceptivo diário das pessoas, ao contrário do banheiro que, por ser um símbolo de limpeza e o usuário precisar utilizá-lo com frequência, desperta motivação para mantê-lo higienizado, mesmo que esse usuário não tenha feito relação do banheiro com problemas de saúde.

6.2.1 A função anti-educativa do paternalismo na concessão dos benefícios

Quanto à representação do banheiro como *um bem novo que é ganhado*, destaca-se o fato de ser um bem material que representa melhoria sócio-econômica, o que eleva o *status* da família que recebe esse bem, ou pelo menos a faz sentir-se igual aos que já o possuem.

Se tiver uma visita, onde você vai levar a visita pra usar o banheiro?(Entrevista 11)

A idéia de novo traz a sensação de melhoria de vida, de crescimento pessoal, de incentivo ao esforço em melhorar outras partes da própria casa. Isto é confirmado na percepção de um agente de saúde, comentando sobre o valor das melhorias para as pessoas, na qual ele traz uma representação baseada na fala dos próprios beneficiários:

‘Oba, agora eu tenho meu banheiro eu posso fazer mais uma área aqui’, você entendeu? Quando ele tem alguma coisinha, ele já sonha mais alto, eu acho que isso foi uma iniciativa pra eles crescerem mais um pouquinho, como hoje lá às vezes já tem área, já tem mais um quarto, já pôs outro piso na casa. ‘Minha casa agora pode ficar bonitinha, porque tem banheiro, tem vaso...’ Eu acho que ensinaram eles a crescer um pouco. (Entrevista IV, agente de saúde)

Na fala do agente de saúde percebe-se uma concepção de que o módulo sanitário em si tem uma função educativa. Entretanto, a representação dos usuários de que o módulo sanitário foi “ganho” e que, por isso, existe alguém que tem o poder de dá-lo para quem quiser, revela o paternalismo presente na concessão desse benefício. Nisto há uma função anti-educativa que leva o indivíduo à acomodação, conforme ilustra a fala a seguir.

“Desta vez, vê se realmente aquela família necessita ou se ele está é acomodado. Ele tem condições de fazer e acomodou, porque às vezes vai dar aquele banheiro pra aquela família que não precisa e o outro vai estar lá como ficou duas lá em cima, porque já tinha entrado na conta”. (Entrevista IV, agente de saúde)

Assim como o fato de ser um bem novo leva ao crescimento, o fato de ter sido ganho leva à acomodação. Portanto, seria necessário inverter esse valor, levando os sujeitos à compreensão de que o módulo sanitário não é dado, ele é pago com recursos públicos, provenientes de impostos cobrados de todos os cidadãos, mesmo dos mais pobres, dos mais carentes.

De outra forma, poder-se-ia reverter a concepção de que a pessoa que decide para quem vai ser o benefício toma aquela decisão solitariamente sem recorrer aos indicadores sociais, pelo menos em tese. Mas para isso necessitaria fazer uso adequado dos sistemas de informações em saúde. Pela precariedade do Diagnóstico Situacional, como foi constatado, informações relevantes deixaram de ser levantadas.

Seria ainda necessário esclarecer que há critérios para a seleção dos beneficiários e que a própria comunidade pode fiscalizar se esses critérios não foram respeitados, despertando-se, assim, as pessoas para o exercício da participação e do controle social, o que seria também um efeito educativo.

Nós recebemos 65 módulos e no levantamento a prioridade era para quem tivesse água pelo menos, para que fosse possível haver o banheiro e a caixa d'água, também que a casa fosse própria, não poderia ser cedida, nem alugada. (Entrevista X, de um gestor do Pems em Nerópolis)

Nessa fala tem-se o exemplo de critérios que poderiam ter sido partilhados com as pessoas da comunidade, a fim de permitir esse esclarecimento de que o módulo sanitário não foi dado simplesmente, pois para o gestor, embora pese o significado político paternalista do ato, ele necessita justificar para seus próprios pares e para o corpo técnico a distribuição dos benefícios, além de ser também um dever ético apresentar essa justificativa para os cidadãos.

6.2.2 O “banheiro novo” como forma de adquirir melhoria na qualidade de vida

A qualidade de vida é um tema evocado por todos que pensam na questão saúde. No entanto, é um conceito de difícil definição, por tratar-se de uma idéia muito ampla e variável, pois depende daquilo que cada um estabelece para si como bem-estar.

Uma comunidade que pouco tem acesso aos benefícios tecnológicos de alto custo financeiro acaba por não estabelecê-los como prioridade em sua vida, mesmo por que muitas pessoas nessas condições tendem a resignar-se com o seu “destino”. Mas isto não implica desapego das pessoas por esses benefícios, pois embora não os possuam, podem conhecê-los e desejá-los por algum motivo.

Os módulos sanitários são valorizados pelo fato de significarem o acesso ao “conforto” de terem finalmente *um banheiro*, o que representa *melhora de vida*, deixando para trás o *desconforto* de tomar banho *apertado*, para não ser visto da rua, e fazer as necessidades em *casinhas* com *buracos*, sempre *aperreado* pelos *mosquitos* que se acumulam nesses ambientes insalubres. Certamente, nessa visão está inclusa uma nítida relação com o conceito ampliado de saúde, que corresponde ao desejo de viver em ambiente saudável.

Qualidade de vida para essa comunidade, entre outras coisas, pode estar no simples fato de possuir um banheiro, uma casa melhorada, e poder equiparar-se ao vizinho; de não se expor nas ruas ao tomar banho; nem às picadas de insetos, ao utilizar áreas inadequadas para o banho. O módulo sanitário pode não estar, para ela, relacionado ao significado de saúde, tão influenciado pela biomedicina, mas está ao de qualidade de vida, que supõe a visão ampliada e desejável da Saúde.

6.3 Os objetivos do Pesms

Os resultados das entrevistas dos técnicos envolvidos nas ações educativas (v. Quadro 12) demonstram que o objetivo geral do Pems não é conhecido por eles, apesar de vir escrito no próprio Formulário do Projeto: “fomentar a participação e a organização comunitária, por intermédio de ações permanentes de Educação em Saúde, proporcionando acesso e utilização de instalações, habitações saudáveis e sistemas de saneamento (Brasil, 2003a).

Uma explicação para esse desconhecimento é que até 2002 o objetivo geral do Pesms era apresentado de outra forma: “controle de doenças e outros agravos ocasionados pela falta ou inadequação das condições de saneamento básico nos domicílios” (Processo, 2001:50). Esta modificação do objetivo geral do Pesms foi feita com a revisão dos documentos relacionados ao financiamento das ações de saneamento (Brasil, 2003a).

A fim, mesmo, de evitar culpabilização dos técnicos e gestores municipais que desenvolveram o Pesms, pelo evidente distanciamento do objetivo do Programa, destaca-se a total diferença de paradigma no enfoque educativo proposto em cada uma dessas versões do seu objetivo geral.

Na primeira versão, o Programa era voltado exclusivamente para um enfoque epidemiológico de controle de doenças e agravos, enquanto na segunda, prioriza-se a participação e organização comunitária, prevendo ações permanentes de Educação em Saúde voltadas para o acesso e utilização das instalações e para habitações saudáveis, diretrizes mais

relacionadas com o paradigma da Promoção da Saúde, mas que, como demonstram, os resultados deste estudo, destoam da cultura partilhada por técnicos e gestores, o que pode ser extensivo a muitos municípios do País.

Outra diferença significativa que influenciou certamente a execução das ações educativas do Pesms está no objetivo específico que, na primeira versão, era o alcance de 100% dos beneficiários informados e orientados sobre a utilização adequada das instalações sanitárias em seus domicílios (Processo, 2001:50) e na segunda, além de “uso adequado”, foi acrescentado “adesão” e “conservação” da melhoria habitacional implantada, promoção da saúde e prevenção de agravos evitáveis por essa ação de saneamento” (Brasil, 2003a).

Os objetivos do Pesms foram, então, ampliados, de forma a considerar explicitamente diretrizes da Promoção da Saúde, como habitação saudável, ações educativas continuadas e ‘participação e organização comunitária’, no objetivo geral, além de manter a diretriz epidemiológica voltada para a prevenção dos agravos evitáveis pela ação de saneamento, mas, neste caso, como objetivo específico.

Não se pode, desse modo, analisar a visão dos técnicos considerando os objetivos atuais do Programa, tendo em vista que eles oficialmente trabalhavam com a versão anterior, centrada numa visão da Epidemiologia, e não da Promoção da Saúde, como traz a versão atual. Vale, entretanto, considerar que as ações desse Programa, em Nerópolis, foram desenvolvidas nos meses de junho, julho e agosto de 2003, quando já se havia feito a revisão desses objetivos.

Cabia, portanto, à Supervisão do Pesms, por parte da Funasa, reorientar essas diretrizes aos técnicos e gestores do Município, ou, pelo menos, informá-los oficialmente das mudanças, a fim de que estes procurassem se atualizar a nova diretriz do Programa. Porém, seria ingênuo supor que a mera revisão dos objetivos fizesse frente a uma cultura arraigada na biomedicina e no tecnicismo, com pouca tradição de envolvimento e participação comunitária.

Outra diferença a ser considerada é o novo direcionamento dado às ações educativas em relação às orientações sobre as melhorias sanitárias, que antes se atinham ao *uso adequado* das instalações, acrescentando-se, na revisão, orientações sobre *adesão* e *conservação*.

A palavra *adesão* implica a idéia de anterioridade da ação educativa em relação à ação de saneamento, remetendo à necessidade de participação da comunidade na escolha da ação de saneamento que ela gostaria de receber.

Porém, o Pesms é orientado para ser aplicado no período de execução da ação de saneamento, quando não mais é possível qualquer interferência da comunidade quanto ao tipo de empreendimento a ser implantado, tendo em vista que tudo já fora contratualizado com a instituição financiadora, em obediência à Instrução Normativa n.º 01/97, da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), que disciplina a celebração de convênios de natureza financeira, não admitindo alteração do seu objeto (Brasil, 2000, 2001, 2002).

Por esse motivo, o Pesms de Nerópolis não teve suas atividades orientadas para a adesão da comunidade à intervenção de saneamento, além do que esse objetivo não era conhecido pela equipe de aplicadores das ações educativas.

Por outro lado, há questões que poderiam ter sido melhor encaminhadas se a equipe tivesse possibilitado a participação da comunidade nas decisões mínimas como, por exemplo, na definição do local mais adequado para implantação do módulo no domicílio, pois ao longo das entrevistas observou-se que alguns beneficiários, depois da implantação, retiraram a pia de cozinha da proximidade do módulo e a instalaram na cozinha, local mais adequado à utilidade dessa melhoria.

Assim, os técnicos centraram-se na orientação sobre *uso adequado*, embora os próprios usuários tenham demonstrado ser uma orientação desnecessária, pois, segundo eles, não houve dificuldades em utilizar os módulos sanitários para as finalidades adequadas, inclusive sem nenhuma resistência ao uso por parte de qualquer pessoa da família ou visitantes da casa.

Sendo assim, o mito de que as populações rurais apresentam resistência à utilização dos módulos sanitários para as finalidades adequadas (Rozemberg, 1998) não se confirmou, nesta Pesquisa, valendo ressaltar que se trata no caso de Nerópolis, de uma região urbana em que a maioria dos beneficiários já havia tomado conhecimento dessas instalações sanitárias, pois embora não as tivessem em seus próprios domicílios, as conheciam provavelmente pela vizinhança ou em residências de seus próprios familiares.

A respeito da *conservação* das instalações, os técnicos adotaram essa orientação no sentido de *manutenção preventiva*, o que pode ser relacionado à idéia de *sustentabilidade* no âmbito da Funasa. Neste caso, é provável que em reuniões e contatos com os técnicos da Fundação esta idéia tenha sido partilhada com os representantes da Prefeitura.

Os objetivos de sensibilizar os gestores e as organizações sociais para a importância da efetiva participação da comunidade no desenvolvimento de ações de prevenção e controle de doenças; contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população; incentivar a cidadania; e otimizar a aplicação de recursos orçamentários e financeiros (Brasil, 2000, Guimarães, 2000), não foram desenvolvidos, exceto no que tange à idéia de melhoria da qualidade de vida, que foi mencionada por dois técnicos (Entrevista II e IX) e um gestor (Entrevista X) entrevistados.

Como se pôde constatar, essa contribuição para a melhoria da qualidade de vida está presente na fala dos beneficiários, ao manifestarem sua satisfação com a aquisição dos módulos sanitários, valorizado-os pelo fato de significarem o acesso ao “*conforto*” que lhes garantiria maior *privacidade* e o uso de *locais mais higienizados* e sem a presença de insetos.

Quanto ao objetivo de sensibilizar os gestores municipais e as organizações sociais, há na programação de atividades (Anexo VII) o apontamento de reuniões com algumas autoridades. Entretanto, não há no decorrer das entrevistas esclarecimentos sobre os resultados dessas reuniões nem mesmo sobre seus objetivos.

Por fim, cabe uma consideração sobre o objetivo específico do Pesms: “informar todos os beneficiários sobre o uso adequado das instalações sanitárias”, o qual foi ampliado para “100% dos beneficiários informados e orientados sobre adesão, conservação, promoção da saúde e prevenção de agravos evitáveis por ação de saneamento.”

Mais uma vez se confirma o mito do poder da informação, em que, ao invés de os técnicos se voltarem para os objetivos relacionados à participação da comunidade, cidadania e mobilização social, concentram seus esforços apenas em “disseminar conhecimentos” para a população, sobre higiene, prevenção de doenças e cuidados com a manutenção das melhorias, expressando a crença de que as pessoas só não perseguem estilos de vida saudável por não terem conhecimentos suficientes para fazer melhores escolhas, e que, uma vez informados pelos profissionais, isso ocorrerá (Goode apud Rozemberg & Peres, 2003).

Esses mitos relacionados ao poder da transferência de informações são recorrentes na memória institucional no campo da saúde e reemergem nos programas de promoção e prevenção primária (Baillie apud Rozemberg & Peres, 2003), o que concorre para o fracasso dos programas educativos, por não levarem em conta e muitas vezes violarem os padrões culturais do público envolvido.

6.4 A falta de continuidade das ações educativas do Pesms

Entre os 22 beneficiários entrevistados, 14 estiveram presentes em reuniões e palestras na Escola Municipal. Destes, somente três referiram-se a algum tipo de atividade educativa realizada após a seqüência de reuniões desenvolvidas durante a execução das melhorias sanitárias. Além disso, pela forma como foram mencionadas e considerando os assuntos diferenciados de que trataram, dificilmente podem ser associadas a ações de continuidade do Pesms.

A primeira ação apontada trata de uma pesquisa sobre a coleta do lixo em que se mencionava a falta de banheiro; a segunda foi uma reunião dos vizinhos, organizada por uma agente de saúde para falar sobre hipertensão e diabetes; e a última trata das visitas domiciliares realizadas pelos agentes municipais nas ações de combate à dengue.

- *Com essa história do banheiro alguém falou sobre doenças? Quem falou?*
- *Sim. A Sr.^a W. (uma agente de saúde).*
- *Só ela mesma? Aí falava só com a senhora ou juntava gente pra falar?*
- *Não, juntava uns vizinhos tudo. (Entrevista 10)*
- *Aí um dia ela (a agente de saúde) reuniu os vizinhos e aí deu a explicação? Uma vez só? (Entrevistador 2)*
- *Só.(...) Ela falava sobre as doenças, pressão alta, diabetes, outras doenças. (Entrevista 10)*

Essa agente mencionada declarou que não foi convidada para participar de nenhuma ação do Pesms, na Entrevista III, o que confirma que a reunião organizada por ela não foi provocada pelo Programa, ainda porque a entrevistada destaca apenas doenças não relacionadas à falta ou inadequação de saneamento.

Não, eles falam sempre é sobre o negócio da dengue. Todos que passam falam sobre o negócio da dengue. Mas, graças a Deus a gente já sabe tudo...(Entrevista 11)

Nesta última fala, o entrevistado declara já saber tudo, mas pelo contexto depreende-se que ele acredita mesmo é já conhecer todos os cuidados necessários sobre a Dengue, tendo em vista que, segundo ele, é o assunto de que todos falam quando passam em sua casa.

Isto caracteriza o fato de que as pessoas tendem a lembrar do assunto mais recorrentemente apresentado a elas, o que não significa que apliquem o que ouvem e acreditam saber, pois somente a aquisição de conhecimento sobre uma doença não implica mudança de comportamento sobre ela, conforme afirmam Chiaravalloti Neto (1998), Uchoa et al. (2000), Vasconcelos-Silva et al. (2003), entre outros.

6.5 O material educativo/informativo como “um fim em si mesmo”

A falta de referências significativas pelos beneficiários a respeito de outras ações educativas promovidas por conta do Pesms, como a divulgação em carros de som e faixas, mencionadas nos relatórios analisados, nem sobre as visitas domiciliares, mencionadas por técnicos e gestores, demonstra que o Pesms recai na prática usual das ações educativas que vêm sendo avaliadas no Brasil, que se restringem a proferir palestras eventuais ou a prescrever comportamentos individuais de higiene, segundo Rozemberg (1998).

O maior investimento em material educativo/informativo (R\$1.500,00, 50% do orçamento do Programa) revelou mais uma vez a constatação presente na análise da literatura sobre ações educativas de que os esforços nesse sentido culminam na produção de materiais informativos/educativos, que passam a ser tratados “como um fim em si mesmo”, sendo uma forma de legitimar a ação institucional e retroalimentar as metas dos programas no âmbito dos quais surgiram (Rozemberg, 2002).

É importante ressaltar que não são as técnicas em si que ensejam a falta de efetividade das ações educativas, mas acredita-se que seja necessário emergir-se no contexto das relações em que são aplicadas. Para isso, é recomendável, no mínimo, estudos prévios ou validações a fim de perceber quais as valorizações feitas pelo grupo social que será envolvido nas ações, identificar seus padrões culturais, seus desejos e o seu imaginário, para então optar pelo uso ou não de determinada técnica.

Na comunidade em questão percebeu-se na análise de várias entrevistas a valorização da presença do agente de saúde na residência, o que levaria o educador/comunicador a investir maiores recursos humanos e financeiros em visitas domiciliares, por exemplo, ou a provocar discussões sobre o conteúdo do material educativo/informativo durante essas visitas.

As falas destacadas a seguir deixam claro que a lembrança do material educativo está associada à visita do agente de saúde e que o reforço da interação direta é mais valorizado que a mensagem impressa isolada.

-Você não lembra de ter lido esse folheto “O Clarinho”? E esses outros, você lembra de algum? (Entrevistador 1)

-Esse aqui, quando o pessoal da dengue vem, da SUCAM, eles dão para gente ler. (Entrevista 18)

-Falaram sobre limpeza da caixa d’água? (Entrevistador 1)

-Não, depois que uma moça veio aqui e trouxe o papel, (dizendo) que era para lavar. (Entrevista 21)

Pode-se inferir nestas falas que as informações repassadas nas palestras, ou nas visitas domiciliares, sobre a limpeza da caixa d'água, não foram assimiladas, mas quando a agente de saúde esteve pessoalmente na casa e trouxe a informação associada ao folheto educativo permitiu, no mínimo, que o usuário mantivesse a lembrança do assunto que foi tratado, embora, como já foi dito, isto não implique ainda em mudança de comportamento.

Vários estudos vêm revelando que para grupos com pouca familiaridade com linguagem escrita esse tipo de recurso educativo impresso deixa muito a desejar e só pode ser concebido como dispositivo auxiliar à comunicação direta, interpessoal, ainda que muitos programas insistam em lançar mão de impressos como substituto ou prótese de comunicação (Rozemberg et al., 2001; Vasconcelos-Silva et al., 2002; Rozemberg & Peres, 2003).

O Pesms, seguindo essa tendência, investe grande parte dos seus recursos, como visto na análise documental, na produção de impressos, que, como constatado nesta Pesquisa, não produz o *resultado esperado*, principalmente porque, contrariando os princípios do Programa, como “focalização no tema” e “focalização no público”, muitas vezes dissocia os panfletos do conjunto de ações e desconsidera a realidade do público de interesse.

Entretanto, quanto a essa ineficácia na utilização do material educativo, cabe uma reflexão: o problema estaria na impossibilidade da leitura ou no fato de não se ter recebido esse material? Ou será outra a explicação de sua pouca efetividade?

Na análise das falas pode-se observar que entre aqueles que não leram o material educativo (12), a maioria é formada pelos que não conheciam esse material (10), *i. e.*, não o receberam, o que pode gerar uma expectativa de que se o tivessem recebido, teriam lido.

Essa expectativa de leitura se amplia ao se observar que dos seis que afirmaram ter recebido o material, quatro afirmaram ter lido. Deve ser considerado ainda que alguns entrevistados diziam que mesmo quando não conseguem ler, guardam o material e pedem para alguém ler para eles.

(...) A gente não sabe ler, eu pego um papel e guardo pra alguém ler pra mim. (Entrevista 5)

Então, parece que o problema não estaria na dificuldade com a leitura, mas no rumo que ela pode tomar quando o material é apenas recebido e lido solitariamente, guardado ou lido por outra pessoa que não estava presente no momento da reunião, palestra ou visita, conforme a metodologia do trabalho, identificada na análise documental e na fala dos técnicos.

É importante salientar neste item a importância que é dada à leitura, pelas classes populares, que, embora não consigam muitas vezes ler a palavra, buscam o auxílio de outro que lê, ou procede à leitura da imagem e dos demais signos²⁹ presentes no material, como observado por Valla (2003): “*é mais importante observar como leu, e não o que leu*”. Talvez nisso exista um problema: “*a variedade de sentidos imprevisíveis que podem sair dessa relação*” (Araújo, 2003).

Cada sujeito faz sua leitura e produz um sentido, decodifica, influenciado pelo contexto, pelas relações que se processam, e nesse amplo universo de possibilidades faz-se necessário um delineamento do que se quer alcançar. É necessário negociar sentidos, dialogar, estar junto, participar das discussões para que a leitura de quem propõe a mudança também tenha peso na negociação simbólica dos sentidos.

Disso, depreende-se que a simples distribuição do material educativo teve pouco impacto nos resultados devido não só à ineficácia da distribuição nem ao baixo índice de leitura da palavra pelos receptores, mas principalmente devido à falta do diálogo - ação comunicativa/educativa - com os demais sujeitos dessa relação.

Enfim, o material informativo/educativo não cumpre seu objetivo em si mesmo, ele necessita ser instrumento fomentador do debate pelos sujeitos envolvidos no processo comunicativo/educativo, entre estes, o mediador, que neste caso é o agente de saúde.

6.6 As ações educativas e a sustentabilidade das melhorias sanitárias domiciliares

Apenas um dos objetivos programáticos do Pesms foi efetivamente alcançado, conforme a fala dos usuários: os cuidados com o banheiro, no sentido de mantê-lo, conservá-lo e não destruir, o que vai ao encontro do significado de sustentabilidade para os técnicos entrevistados, que a entendem como manutenção das melhorias.

O cara cuida. Ele usa do jeito que tem que ser usado e cuida. Tem uns que não estão usando e tem outros que já tem o banheiro meio destruído. Então, eu acho que essa parte da sustentabilidade de continuar acompanhando, eu acho que se podia prestar um pouco mais de atenção nessa parte. (Entrevista I, agente de saúde)

A idéia é que tem sempre que estar fiscalizando, tanto nós que fizemos parte, como o pessoal da FUNASA, para ver se está mantendo tudo sobre o que nós orientamos. (Entrevista IV, enfermeira)

²⁹ O signo é uma forma representativa, palavra, imagem, sinal, composta por um significante (elemento perceptível, audível, visível, símbolo, elemento físico) e por um significado (elemento interpretativo, cognitivo, idéia), ponto pacífico desde os estudos lingüísticos realizados por Ferdinand Saussure (Proença Filho, 1989).

Nas falas dos técnicos, percebe-se que há uma preocupação com o acompanhamento da relação das pessoas com as melhorias sanitárias, com a finalidade de garantir a sustentabilidade, por meio da fiscalização sobre a adoção das orientações psassadas.

Talvez esta seja uma das explicações de os beneficiários estarem cuidando dos “banheiros”, pelo o fato de os técnicos, na maioria agentes de saúde, terem incorporado à idéia de manutenção da obra, a não destruição, e, por isso, ser este o principal enfoque com relação ao módulo, ao realizar suas visitas domiciliares de rotina.

Esse efeito do Pesms está representado na fala dos beneficiários pela palavra “zelo” que no falar local parece não significar somente “limpeza” mas algo além disso, como um cuidado maior, para não “estragar”, ou seja, para mantê-lo em condições de uso.

Eles falaram que não era pra esbanjar, pra ficar zelado, pra não quebrar. (Entrev. 5)

É uma coisa que a gente não tinha. A gente tem o maior prazer de zelar. (Entrev. 4)

Aqui em casa não se estraga nada. Aqui é de chão, então as paredes sujam mesmo quando chove, mas você vê que não tem estrago nenhum (nas MSD). (Entrevista 4)

Assim, o único efeito de Pesms relacionado à sustentabilidade foi o efetivo cuidado dos usuários com os módulos sanitários, o que corresponde à idéia de sustentabilidade para a equipe técnica, que a entende como manutenção das obras, seja ela conseguida por intermédio de fiscalização ou por iniciativa do próprio usuário.

A Pesquisa permitiu também observar que esta representação de sustentabilidade como manutenção dos serviços implantados na comunidade pelo governo está em consonância com o pensamento da Funasa, conforme interpretação dos seus diversos documentos analisados, entre eles, o Manual de “critérios e procedimentos para avaliação de recursos financeiros” (Brasil, 2001, 2002, 2003b, 2004c), embora não se restrinja à manutenção, mas considere também a capacidade de operação, conforme interpretação do TCU em relação aos documentos da Funasa (Brasil, 2003c).³⁰

Entretanto, o componente da sustentabilidade a que o Pesms está relacionado, conforme os documentos citados no parágrafo anterior, é o de participação comunitária, componente este que o Programa não promoveu em Nerópolis, tendo em vista que a participação comunitária e a mobilização social não foram efetivas.

³⁰ Sustentabilidade no âmbito da Funasa está relacionada à capacidade de operação e manutenção dos serviços implantados, do ponto de vista administrativo, tecnológico, financeiro e de participação da comunidade, segundo interpretação do TCU (Brasil, 2003c).

6.7 As limitações da participação comunitária e da mobilização social

Esta Pesquisa identificou um ideário semelhante ao de um estudo de Alves et al. (1998), segundo o qual permanece a visão histórica da Funasa de que a participação popular e a mobilização deveriam estar diretamente atreladas às ações de campo, aos inquéritos parasitológicos e ao saneamento básico. A educação sendo vista ainda como *‘uma estratégia’* de conscientização da população para a devida colaboração com as medidas profiláticas desenvolvidas para uma endemia ou para o *‘correto’* uso das instalações sanitárias.

Longe de querer desconstruir razões históricas que levam à concretização da mobilização social como sinônimo de colaboração e adesão aos serviços governamentais, vale a pena destacar algumas reflexões já realizadas sobre esses procedimentos, aplicando-as às ações do Pesms.

Adotando a classificação de Rifkin (apud Rozemberg, 2002), o Pesms se encontra no *primeiro nível* de participação, ou seja, é um programa que compreende a participação como a mera exposição dos usuários às ações de saúde, como frequência a eventos: reuniões e palestras.

Esse é de fato o único aspecto relacionado à mobilização em que o Programa foi efetivo. O Pesms pode e deve ainda desenvolver-se para os demais níveis de participação a fim de caminhar rumo ao alcance da mobilização social.

Vale considerar o fato de que por estar atrelado ao projeto de saneamento, cuja definição é externa, e possuir um orçamento de apenas 3% dos recursos de um macro-programa que não envolve consulta pública para deliberação temática, o Pesms pode não alcançar o quinto nível da escala de Rifkin (apud Rozemberg, 2002), no qual a própria comunidade define as prioridades e o destino do programa.

Numa outra abordagem, do ponto de vista do próprio ato participativo em si, a participação no Pesms pode ser classificada como *participação receptiva*, que, segundo a classificação de Pinto (1982), é aquela em que um grupo, ou indivíduo, apenas recebe um serviço do Estado, como ir ao posto de saúde, ou receber uma visita domiciliar.

A literatura estudada considera como adequado ou ideal para um programa voltado para a mobilização social, o *quarto e quinto níveis de participação*, de Rifkin (apud Rozemberg, 2002), que aproximam-se da concepção de *participação real*, de Pinto, em que há

participação popular efetiva (Valla & Stotz, 1993) da comunidade no planejamento, avaliação e na implementação dos programas de promoção da saúde.

Não obstante, segundo Oliveira (2003), o que ocorre no interior dos movimentos populares é a convivência entre as diversas formas de participação, cada uma delas com um potencial de mudança, dependendo da significação e dos usos que os grupos populares fazem delas.

Em que pese o fato de não se tratar aqui de um movimento popular, vale destacar uma afirmação de Oliveira (2003) de que *cada uma das formas de participação tem seu potencial de mudança*. Desse modo, mesmo estando no nível *básico* de participação *receptiva*, visando apenas à exposição da comunidade ao evento e à recepção dos processos comunicativos e educativos, o Pesms estaria tendo uma efetividade relativa, pois potencializa mudança. Contudo não proporciona continuidade nem desenvolve os demais níveis de participação.

6.8 A ausência de parceria e intersetorialidade

Quanto às ações intersetoriais, uma atitude ficou bem caracterizada, a de auto-suficiência dos técnicos da saúde, principalmente ao dispensarem ajuda de setores institucionais, representados pelo professores, que se ofereceram, mas foram dispensados; e de entidades comunitárias, como a Associação de Pais, que se apresentou para colaborar, mas foi subutilizada.

Quando grupos técnicos tomam esse tipo de atitude, estão agindo de forma estritamente redutora do campo de conhecimento, pois ao dispensarem as experiências acumuladas em processos de “organização do conhecimento” dos professores, abrem mão ainda da compreensão que estes profissionais têm dos padrões culturais da comunidade de interesse das ações, adquirida no trabalho diário com as crianças e, conseqüentemente, no contato com seus pais.

Este comentário não implica dizer que técnicos de saúde desconhecem os padrões culturais da comunidade, pois também têm a prerrogativa de conviver com ela. No entanto, não só os educadores, mas os próprios grupos comunitários, como o grupo de pais e o grupo de jovens aliados do processo, possuem certamente outras experiências em trocas de conhecimento que poderiam levar os participantes do processo a um diálogo mais efetivo sobre os reais problemas daquela comunidade, o que, acredita-se, poderia despertar muito mais o interesse pelas ações educativas.

Entretanto, essa atitude de isolamento setorial não é de exclusividade de áreas técnico-científicas, pois segundo Rozemberg & Minayo (2001), os olhares reducionistas podem estar onde menos se espera. Muitas vezes, os próprios grupos sociais também se enclausuram em seus discursos competentes, como o grupo de jovens do qual participa a agente de saúde que, segundo ela, faz visita ao hospital, mas não discute saúde do corpo, apenas do espírito. Cabe ressaltar, neste caso, a distinção feita entre vida interior (espírito) e exterior (saúde entendida como externalidade).

Esse distanciamento do Pesms em relação aos setores e aos grupos sociais evidencia a dificuldade de se alcançar a intersetorialidade, entendida como a participação de vários setores na articulação de saberes e experiências para alcançar efeitos sinérgicos em situações complexas, na compreensão de Junqueira (1998).

A ausência de práticas intersetoriais na aplicação do Pesms pode ser reflexo da falta de intra-setorialidade das áreas que atuam nas intervenções de saneamento (MSD e Pesms), o que teria os mesmos objetivos da intersetorialidade, mas voltados para os setores internos das instituições envolvidas.

Essa falta de intra-setorialidade é reflexo do “insulamento” dos setores institucionais, também recorrente entre as áreas técnicas da Funasa, tanto os que supervisionam as obras de MSD quanto os que orientam as ações do Pesms, ações conjugadas em um mesmo projeto, que, no entanto, jamais são postas em uma mesa composta pelas duas áreas.

As visitas técnicas são realizadas em momentos distintos, e quando ocorrem concomitantemente é apenas *pró-forme*; uma área não pode “opinar” sobre as atribuições da outra, por não ser de sua competência, como se o mundo da informação não estivesse aberto a todos; como se os técnicos da área social soubessem apenas ‘ler mapas’ e os profissionais da área técnica trabalhassem apenas em ‘territórios’, para usar uma metáfora de Rozemberg & Minayo (2001), ao tratar de um outro mito que dicotomiza o mundo do saber entre os que ‘pensam’ e os que ‘fazem’.

Desta forma, o fato de a participação não ser estimulada, nem mesmo por aqueles que a propõem, repercute-se nos demais níveis relacionados ao Programa - regional, local, institucional, social e comunitário.

Esse desvio da “lógica intersetorial” representa sério risco para os objetivos de mobilização social do Pesms, pois, segundo Inojosa (1998), esta lógica pode ser bem mais

permeável à participação do cidadão já que suas necessidades se apresentam como no mundo real, intrinsecamente integradas, contribuindo para a reformulação da relação Estado Sociedade.

6. 9 Outras reflexões sobre a opção pedagógica dos Pesms

A falta de uma reflexão pedagógica que fundamente as ações educativas, conforme detectado nesta Pesquisa, está muito ligada a uma espécie de *ditadura da urgência* (Valla, 1993), em que os técnicos do governo são levados a aplicarem os recursos apressadamente, sem o planejamento e sem as consultas populares necessárias para a detecção das verdadeiras necessidades sociais.

Segundo Valla (1993), após décadas de dívida social, notadamente pela falta de investimentos federais, estaduais e municipais em saneamento básico, esses governos trabalham sempre com questões emergenciais, principalmente culpabilizando as próprias vítimas, *as classes subalternas* (Valla, 2000), pela sua própria desqualificação do saber técnico.

A desqualificação não só do saber técnico mas do próprio saber popular leva os aplicadores de ações educativas, preocupados com mudanças comportamentais em relação às atitudes saudáveis e à adesão às intervenções governamentais, a se preocuparem simplesmente com a transmissão da informação ao seu público.

O uso das técnicas educativas identificadas nesta Pesquisa ilustra a adoção da pedagogia tradicional, baseada na simples transmissão dos conteúdos, ou educação bancária, como diria Paulo Freire (1988), a qual parte do pressuposto de que o educando é um recipiente vazio de informações.

Essa pedagogia desvaloriza os saberes, valores, crenças, enfim, os padrões culturais dos sujeitos da aprendizagem, promovendo o “etnocentrismo”, em que somente são válidos os conhecimentos acadêmicos legitimados pela classe hegemônica.

A fim de superar o etnocentrismo, Paulo Freire propunha a “síntese cultural” (Wesphal, 1998), na qual não se nega “visões de mundo diferentes” entre os que ensinam e os que aprendem nem a “invasão cultural” por parte daqueles que assumem posturas dominadoras, mas permite que numa relação dialógica ambas as partes colaborem no desenvolvimento de prioridades e na escolha da direção das ações.

O Pesms teria avançado mais se partisse dos pressupostos freirianos, pois como pedagogia crítica, o modelo de Freire tem sido apontado por diversos autores como uma importante contribuição para a promoção da saúde, especificamente para a educação em saúde (Kickbusch, 2001, McQuiston et al., 2001; Nutbeam, 2000; Wang, 2000 apud Pereira, 2003; Rozemberg & Minayo, 2001; Wesphal, 1998).

Não obstante à contribuição da pedagogia crítica, numa perspectiva integradora do indivíduo com seu grupo social, as práticas educativas/comunicativas necessitam avançar para além da discussão coletiva (Assis, 1998; Rozemberg, 2002), a fim de atingir os níveis individuais de manifestação dos sentidos produzidos não só pelas lideranças ou representantes, mas por todo sujeito comunicativo envolvido na ação educativa.

Os processos educativos necessitam desenvolver-se por meio da Ação Comunicativa, numa postura integradora de sujeitos e coletividade, em que o técnico é não mais que um facilitador do processo e não menos que um sujeito dessa “comunidade de aprendizagem”, na qual os “sentidos” ali produzidos sejam negociados, negados ou compartilhados, tanto no nível individual quanto no coletivo, de forma que o produto nascido dessa relação dialógica seja legitimado pelas “consciências” individual e coletiva, e não só por regras supostamente democráticas.

Não se trata aqui de culpabilizar um grupo por utilizar métodos que já não se adequam à realidade, como a transmissão de conteúdos de forma unidirecional, mas de alertar para o fato de que esse uso é apenas reflexo de atuações empíricas, baseadas na repetição de práticas recorrentes que não produzem os efeitos esperados, mas vêm se perpetuando pela falta de uma “reflexão pedagógica” sobre as práticas supostamente educativas em curso.

O estudo evidenciou a importância da interação direta entre técnicos e população. Os efeitos positivos das visitas domiciliares são percebidos nas falas de todos os grupos de entrevistados: gestores, técnicos e beneficiários, evidenciando a aprovação dessa técnica educativa/informativa, que foi desenvolvida historicamente pelos guardas de endemias e divulgadoras sanitárias da Sucam, pelos auxiliares de saneamento e visitadoras sanitárias da FSESP, e, hoje, são mantidas pelos agentes de saúde do SUS (PACS, PSF, FUNASA).

Passávamos nas casas, orientava o modo de lavar os banheiros, cuidar direitinho dos banheiros, lavar a pia, o vaso e lavar bem o chão, porque eles tinham era privada, depois construiu os banheiros. Quando eles tinham privada nós falávamos pra eles que tinha que lavar a privada, jogar desinfetante dentro da privada, pra não deixar aqueles mosquitos na privada. (Entrevista VI, agente de saúde)

*Os agentes foram envolvidos, os médicos foram envolvidos, então **quando chega um agente ou um médico os usuários escutam bem. Eles dão um pouco mais de atenção, dá mais crédito.** Em melhoria sanitária durante a minha gestão nunca teve. Primeiro foi esse de 2001. O que eu tenho observado é das melhorias que o Município faz para o usuário. Então eu vejo que eles davam menos valor que dão hoje, com o PESMS desses usuários que tiveram o programa (refere-se à MSD). (Gestora)*

*O povo da SUCAM **chega aqui e fala** que meu lote aqui é bem cuidado. (Entrevista 18)* (Esta frase, que parece muito simples, revela um referencial de cuidado ambiental para o morador: o agente de saúde, aquele que lhe cobra o cuidado e, neste caso, o aprova.)

Confirma-se, entretanto, nos depoimentos colhidos nesta Pesquisa, uma postura comunicativa unilateral, em que o usuário somente ouve. Essa postura permanece, para todos, inclusive para ele como adequada. Mas, ao se analisar esta situação comunicativa, percebe-se que não há interlocução, ato essencial no processo educativo, pois, segundo Freire (1988:69), “*a educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados*”.

Cabe, então, um questionamento: os depoimentos estão equivocados quando demonstram esta postura passiva do morador no ato comunicativo? Ou seria a própria situação de submissão do beneficiário ao técnico, já compartilhada por ambos, que mascara um possível diálogo existente, o qual não é exposto, tendo em vista que a intenção do técnico é mostrar que informou e ensinou, enquanto a postura do usuário é demonstrar que ouviu com atenção tudo que lhe foi dito, a fim de agradar o entrevistador?

Isto caracterizaria mais uma vez a concepção tradicional de aprendizagem, também admitida como padrão no meio popular, tanto pelo usuário como pelo agente, em que aquele que ensina é um sujeito ativo e dono do saber, enquanto aquele que deve aprender é passivo e submisso, embora não seja exatamente isso que ocorra no contexto atual, principalmente quando o usuário encontra-se no seu ambiente, sua casa, possuindo domínio do seu “*lugar de fala*”.

Entretanto, esses sujeitos têm essa concepção educativa tão arraigada que, mesmo tendo, possivelmente, vivenciado situações de diálogo, o que muitas vezes ocorre numa visita domiciliar (*se não, por que seriam tão valorizadas?*), ainda permanecem demonstrando a idéia de um processo comunicativo equivocado em que um sujeito somente fala e o outro somente escuta.

É possível inferir ainda que esses sujeitos acreditam que esta seria a “resposta adequada” para dar ao entrevistador, que para ele é um representante institucional, que

necessita ser, de certa forma, “agradado”, pois as pessoas procuram adaptar sua fala à das instituições, identificando um *lugar de fala* para lidar com cada uma delas (Araújo, 2003).

Assim, são inócuas as recomendações de diálogo e de escuta mútuas quando o que se ouve da população parece eco da fala técnica, os atores estão em um jogo de fala, marcado por desmotivação ou hábitos gerados por práticas clientelistas e paternalistas.

É provável, contudo, que a visita domiciliar, única ação que permite que as orientações sejam passadas individualmente, ao permitir o contato dos técnicos com os beneficiários, gere nestes uma expectativa de que, atendendo à solicitação daqueles, ampliarão suas chances de se manterem nas listas de beneficiários de outras ações que venham a ser executadas pelo Município.

6.10 A força histórica da Sucam

Ao valorizar a relação pessoal com o profissional de saúde que fala a sua própria linguagem, o cidadão comum destaca o agente de saúde que mais se aproxima dele nessa relação, dando-lhe vários nomes, mas entre estes o mais pronunciado é o da Sucam: “o pessoal da Sucam”; “a Sucam”; e “o pessoal da Dengue”, que neste caso é o mesmo grupo, que ainda utiliza metodologia de trabalho semelhante à da antiga Sucam.

Uma explicação para essa manutenção da presença da Sucam no imaginário popular pode estar no fato de que o atual agente de saúde da Prefeitura, para o controle de endemias, continua usando a mesma forma de identificação (bandeira e uniforme), mesmo *modus operandi*, e, principalmente, continua sendo aquela pessoa da saúde mais freqüente no domicílio, o que não desvaloriza a atuação dos ACS, que tem seu processo de trabalho formulado em outras bases.

Por outro lado, a Fsesp, ao repassar suas funções para o SUS, não conseguiu fazer essa transferência de *know how* para os municípios, pois estes ao assumirem suas atribuições e recursos, modificou as formas de atuação, distanciando-se da comunidade, e perdeu com isso a identificação popular, sendo este fato relevante para as questões de saneamento, que têm suas relações históricas com a Fsesp, e não com a Sucam.

Em razão desse insucesso no processo de descentralização das funções e das experiências da Fsesp para os municípios, a Funasa, principalmente, a área de Saneamento, vem tentando efetivar um processo de cooperação técnica, com o objetivo de propiciar aos

estados, municípios e Distrito Federal possibilidades de promover a sustentabilidade dos serviços no setor (Brasil, 2004e).

Como visto anteriormente, um dos componentes da sustentabilidade, na visão da Funasa, é a participação comunitária (Brasil, 2003a), que, na Legislação do SUS, traduz-se pelo “controle social”, que não deve ser entendido como apenas um mecanismo formal, mas como *participação popular efetiva* na modificação de planos e políticas, não só no campo da saúde.

Promover essa participação é, na verdade, um grande desafio para a Funasa e para as outras entidades governamentais, pois sua efetivação depende do desenvolvimento de formas adequadas de envolvimento da comunidade, como aquelas alcançadas pelo trabalho dos agentes de saúde da Sucam, imortalizados no imaginário popular; assim como as geradas nas oficinas de saneamento da Fsesp pelos inspetores e auxiliares de saneamento, hoje esquecidos pela população, devido à desmobilização destes profissionais.

Não se trata aqui de saudosismo, até porque este autor não vivenciou aquela época; nem de retomada de modelos ultrapassados historicamente; mas de revalorização de experiências positivas e exequíveis, sem procurar “*reinventar rodas*” nem ficar estagnado à espera de iluminações legais e/ou epistemológicas, enquanto a população é culpabilizada por todos os ensaios-erro institucionais e permanece carente dos serviços que ela própria financia, sem ter o retorno minimamente esperado, a ponto de sonhar possuir um simples módulo sanitário, que quando chega vem caracterizado paternalisticamente como presente em compensação ao seu voto.

6.11 A Vigilância da Saúde e sua relação com o Pesms

No âmbito da gestão dos pequenos municípios, não se tem promovido a geração e disseminação da informação no meio técnico a fim de que se possa aplicar eficientemente os recursos captados, conforme a orientação dos programas financiados.

Esses programas não têm que depender necessariamente da orientação dos técnicos do âmbito federal, como sugeriu um gestor local do Pesms na sua fala, sob pena de se estar minando a autonomia e o protagonismo local.

A atitude culpabilizadora do gestor municipal em relação ao nível federal demonstra uma nuance paternalista inversa, em que o gestor local espera pelos cuidados do patriarca

federal, representado pelos técnicos que, na verdade, sob pressão para aplicar os recursos, acabam realizando ações que não promovem a autonomia dos pequenos municípios.

Um exemplo dessas atitudes paternalistas é o fato de muitas vezes o próprio técnico federal que, com o simples propósito de ajudar, acaba assumindo atribuições próprias dos municípios na viabilização de questões necessárias à celebração dos convênios. Claro que isso ocorre devido a baixa qualificação técnica de alguns municípios brasileiros, especialmente aqueles alvos da atuação da Funasa, que apresentam até 30.000 habitantes.

Tal fato, além de outras conseqüências, leva os gestores e técnicos locais a não organizarem seus próprios meios de acesso às informações, como as de Vigilância em Saúde; e por eles não terem ainda desenvolvido essa cultura informacional, não trabalham com os ‘modos tecnológicos de intervenção em saúde’³¹.

Dessa forma, pequenos municípios, como Nerópolis, estão longe de identificar com precisão os determinantes sócioambientais dos problemas de saúde, deixando assim de conceberem sua própria autonomia e protagonismo, como sujeitos da Vigilância em Saúde, o que lhes permitiria intervir mais sobre as situações e não somente sobre os fatores de risco, segundo Czeresnia & Freitas (2003).

O Pesms, do ponto de vista da Vigilância, pode ser entendido como um componente desses ‘modos tecnológicos de intervenção em saúde’, que neste caso contempla as propriedades qualitativas (‘altas dimensões’) da Vigilância da Saúde (Freitas, 2003), ou seja, lida com os aspectos técnicos, econômicos, sociais, políticos, pessoais, éticos e morais.

Nesse aspecto, as ações do Pesms poderiam contribuir na desconstrução de uma situação que causa estranhamentos no mínimo éticos, no contexto da Informação em Saúde, constatado por Moraes (2002): o indivíduo é objeto da informação e não sujeito do processo informacional.

As ações educativas do Pesms, se desenvolvidas num formato integrador e dialógico, poderiam servir como “estratégias de contrapoder”, não no sentido de minar o poder político dos governos, mas de inverter o papel desse cidadão-objeto (dado ou fonte de dado), para um cidadão-sujeito do processo informacional (protagonista da própria informação).

³¹ Terminologia usada por Jairmilsom Paim, no texto “Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde” (In: Czeresnia & Freitas, 2003), em substituição à palavra ‘modelo’, segundo ele, para fugir à polissemia em torno deste termo. Não quer dizer que a Vigilância da Saúde seja um paradigma exclusivamente voltado para as ações tecnológicas propriamente ditas. Pelo contrário, propõe a transdisciplinaridade, inclusive com a utilização das ‘tecnologias’ do campo social.

Essa proposição parece mera utopia. Entretanto, ao constatar que aquele que se apropria da informação tem o poder e o privilégio de estar no controle (Moraes, 2002), o cidadão, o indivíduo e a comunidade teriam certamente o interesse em protagonizar essa informação.

No entanto, essa tomada de consciência não surgirá sem que seja problematizada a situação dos indivíduos e dos grupos sociais objetos desse sistema. E a problematização se dá pelo diálogo, pela discussão dos sentidos que precisam ser negociados, confrontados e, enfim, sintetizados.

Portanto, havendo interesse dos aplicadores do Pesms em promover a participação e o controle social, as ações educativas/comunicativas fomentadas por esse Programa poderão ser aplicadas de forma integradora e, assim, contribuir com o agir-comunicativo, segundo Habermas (apud Assis, 1998), em que a educação em saúde não deixa de ser instrumento e estratégia, mas estabelece uma comunicação livre de violência.

Por meio da ação comunicativa, o cidadão pode participar das múltiplas dimensões (subjéctiva, sócio-cultural, política, informacional, etc.), inclusive a de “informação em saúde”, podendo contribuir, assim, com a “legitimidade das formas com que as interações são produzidas”, conhecendo sua própria situação de risco em saúde, bem como da sua comunidade, podendo influenciar nas decisões sobre as ações de saúde.

7. Conclusões e Recomendações

*Tudo que é melhorado no decorrer do tempo é válido.
(Gestora municipal do Pesms em Nerópolis)*

Neste Capítulo, procura-se responder sucintamente aos principais questionamentos da Pesquisa sobre os efeitos das ações educativas do Pesms, remetendo o leitor às recomendações que estão na segunda parte e estão relacionadas a cada uma dessas conclusões.

7.1 Conclusões

O principal objetivo deste estudo foi verificar se as ações do Pesms contribuem efetivamente para a sustentabilidade das ações de saneamento financiadas pela Funasa e implementadas pela gestão local, no caso estudado, a Secretaria Municipal de Saúde.

Foi constatado que em *apenas um aspecto da sustentabilidade*, considerando o seu entendimento no âmbito da Funasa, houve efetiva contribuição das ações do Pesms: o de *manutenção das condições de uso das instalações sanitárias*.

Esta constatação foi verificada tanto na fala dos beneficiados, que assim receberam este significado, representado pela palavra “zelo”, quanto na fala dos técnicos e gestores do Pesms, que também assim o receberam, representado pela palavra “cuidado”.

Entretanto, o componente “participação comunitária”, que segundo interpretação dos documentos da Funasa, colaboraria com a sustentabilidade das intervenções de saneamento, não foi efetivado, por dois motivos principais:

- a) os aplicadores locais do Programa não conheciam esse objetivo do Pesms, pois só foi explicitado documentalmente após o início dos trabalhos, e não foi devidamente informado ao Município;
- b) as técnicas de comunicação e educação em saúde utilizadas pelos aplicadores do Pesms, exclusivamente informativas, não permitiram o fortalecimento da participação comunitária.

Os demais questionamentos da Pesquisa foram também esclarecidos, de forma a corroborar essa conclusão.

- 1) O objetivo específico do Pesms não é coerente com o objetivo geral, pois enquanto este está voltado para o desenvolvimento de ações participativas, aquele estabelece apenas uma meta exclusivamente informativa e inexequível (100% dos beneficiados informados).

- 2) Os objetivos do Pesms não são claros para os gestores, técnicos e agentes de saúde municipais, e estes não são atualizados com relação às mudanças nas orientações para aplicação do Programa.
- 3) As ações do Pesms realizadas somente durante a execução das obras passam despercebidas como ações educativas, porque servem apenas como ações de informação e de fiscalização sobre as obras.
- 4) A prática tradicional e muitas vezes empírica de processos comunicativos/educativos explica-se pela falta de uma reflexão técnico-pedagógica e técnico-comunicativa sob olhares não reducionistas, que contemplem as nuances holísticas do campo social, sem prescindir da discussão técnico-científica.
- 5) A falta de ações intersetoriais na aplicação do Pesms é reflexo da atitude de isolamento dos setores envolvidos no Projeto de saneamento, tanto intra-setorialmente, no nível local (áreas de engenharia, médico-assistencial e gestão) e na Funasa (saneamento e educação em saúde) quanto intersetorialmente, no nível regional (todas as áreas envolvidas) e no nível local (áreas de Educação, Vigilância da Saúde, Meio Ambiente, etc.).
- 6) As ações educativas do Pesms, além de começarem com o início das obras de saneamento, não têm continuidade após sua conclusão, devido à falta de envolvimento da comunidade, de suas lideranças, grupos sociais e da própria desmobilização da equipe técnica ao término das obras.
- 7) As informações de saúde não são utilizadas como ferramentas pelos técnicos que desenvolvem o Pesms, de modo que não é possível a esses técnicos promoverem discussões esclarecedoras com a comunidade sobre sua situação de risco em saúde.

7.2 Recomendações

As recomendações a seguir não devem ser recebidas como regras ou generalizações, tampouco são demonstrações de saberes epistemológicos, mas apenas contribuições para o debate que se inicia sobre esse Programa de ação comunicativa/educativa, que não é da Funasa, mas de todos aqueles que desejam ver os cidadãos como sujeitos do próprio destino.

Para os mais pragmáticos, essas recomendações também podem ser vistas como o resultado de um trabalho de pesquisa financiado pela instituição Funasa/Ministério da Saúde, que não ficou sem retorno, por mais simples que sejam tais contribuições.

As indicações de leituras são apenas sugestões para quem desejar aprofundar-se nas discussões dos temas abordados em cada recomendação.

7.2.1 À Funasa e aos supervisores do Pesms

- 1) Debater os verdadeiros objetivos do Pesms e estabelecer metas humanizadoras e valorizadoras dos padrões culturais, em detrimento de metas quantitativas que não se coadunam com programas sociais voltados para a organização do conhecimento e a promoção da autonomia local. Esses debates podem ser realizados por meio de “grupos focais” ou “comunidades de organização do conhecimento”. Para economia de recursos financeiros, o debate pode se dar de forma virtual, ou, por interesse institucional, em oficinas pedagógicas. *Leituras indicadas: atualização do Pesms: (Brasil, 2000a, 2003a, 2003c, 2004c); padrões culturais: Davini(1989), Rozemberg(2001); ponto focal: Cruz Neto(2001); redes de organização do conhecimento: Pérrisé(2004).*
- 2) Organizar formas de orientações do Pesms para os municípios, com metodologias integradoras, promotoras do diálogo entre os sujeitos envolvidos com o Programa, a partir das quais não só os *experts* tenham domínio da fala, mas os próprios aplicadores e a população interessada possam manifestar-se. Estas práticas podem se dar tanto em formas de oficinas como em redes de organização do conhecimento. *Leituras indicadas: abordagem integradora: Assis(1998), Rozemberg(2001); Gadotti(2003); redes de organização do conhecimento: Pérrisé(2004).*
- 3) Estudar formas de promover a anterioridade das ações do Pesms em relação à execução das obras de saneamento, a fim de que a população possa realmente ter uma participação efetiva, que se inicia com seu envolvimento na escolha e no planejamento das ações entendidas como necessárias, pela própria comunidade, por suas lideranças, o que em si já garantiria a adesão da comunidade ao projeto, sem que se deixe de considerar as informações de saúde, que fundamentam a intervenção sanitária. *Leituras indicadas: participação popular efetiva(Valla, 1993); informação em saúde:(Moraes, 2002); planejamento participativo(Brose, 2001); participação comunitária: Minayo(2002), Rozemberg(2002); mobilização social: Oliveira(2003); (Toro & Werneck, 1996).*
- 4) Promover capacitações para os supervisores, gestores e aplicadores do Pesms, voltadas para a reflexão sobre suas práticas pedagógicas e comunicativas, de forma crítica e integradora dos saberes individuais e coletivos. *Leituras indicadas: capacitação técnica: Valla(1993; 2000); reflexão pedagógica: Brasil(1989), Gadotti(2003), Pereira(2003), Pérrisé(2004);*

reflexão comunicativa: Bordenave(1983), Eco(1993), Araújo(2003); visões crítica e integradora: Assis(1998), Rozemberg & Minayo(2001).

5) Realizar reuniões multisetoriais periódicas que promovam a articulação das áreas da Funasa na elaboração de estratégias de implementação do Pesms e replicá-las junto aos gestores e aplicadores do Pesms no nível local. *Leituras indicadas: Ações intersetoriais: Junqueira(1998), Inojosa(1998) e Wesphal(1998).*

7.2.2 Aos técnicos e gestores do Pesms

6) Promover a continuidade das ações educativas para além das obras de saneamento, por meio do compromisso social, mobilização da comunidade e dos setores organizados da sociedade civil, ou seja, permitir que a comunidade e as demais representações participem das ações comunicativas/educativas, procurando evitar paternalismos, em benefício do desenvolvimento social autônomo. *Leituras indicadas: educação em saúde como “ação comunicativa”: Assis (1998), Pedagogia da autonomia (Freire, 1996); participação comunitária: Minayo(2002), Rozemberg(2002); mobilização social: Oliveira(2003); Toro & Werneck(1996); planejamento participativo(Brose, 2001).*

7) Fazer uso das informações em saúde do município, estimulando o desenvolvimento dos processos de vigilância da saúde municipais/locais, de forma participativa, partilhando-as com a população durante as ações educativas, utilizando metodologia dialógica e não apenas transmissora de conhecimento, de forma a promover a compreensão do processo de Vigilância da Saúde pelos sujeitos (usuários e aplicadores) da ação educativa/comunicativa. *Leituras indicadas: informação em saúde: (Moraes, 2002); vigilância em saúde: Czeresnia & Freitas(2003); Teixeira et al.(1998), Waldman(1998); metodologia dialógica (Assis, 1998), Araújo(2003), Brose(2001), Gadotti(1989; 2003).*

8) Desenvolver e participar de reflexões sobre as práticas pedagógicas e comunicativas, de forma crítica e integradora dos saberes individuais e coletivos. *Leituras indicadas: capacitação técnica: Valla(1993; 2000), Oliveira(2003); reflexão pedagógica: Brasil(1989), Gadotti(2003), Pereira(2003), Pérrisé(2004); reflexão comunicativa: Bordenave(1983), Eco(1993), Araújo(2003); visões crítica e integradora: Assis (1998), Rozemberg & Minayo(2001).*

8. Bibliografia

ACIOLI, M. A. & FREESE-DE-CARVALHO, E. Discursos e práticas referentes ao processo de participação comunitária nas ações de educação em saúde: as ações de mobilização comunitária do PCDEN/PE. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, 14(Sup. 2): 59-68, 1998.

AGUILAR, M.J. & ANDER-EGG, E. O processo de avaliação: aspectos-chave do ponto de vista metodológico. In: *Avaliação de serviços e programas sociais*. Rio de Janeiro: Vozes, p. 87-134, 1994.

ALMEIDA, C.C., BOTERF, G. L., NÓVOA, A. Avaliação participativa no decurso dos projectos: reflexões a partir de uma experiência de terreno (Programa JADE) In: ESTRELA, A. NOVOA, A. (Org.) *Avaliações em Educação: novas perspectivas*. Coleção Ciências da Educação. Portugal: Porto Editora, 1993.

ÁLVAREZ FERNÁNDEZ, Edwin Rodrigo. *Educação em Saúde Pública*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1979.

ALVES, P. C.; SOUZA, I. M.; MOURA, M. A.; CUNHA, L. A. A experiência da esquistossomose e os desafios da mobilização comunitária. *Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública*, 14(sup 2): 79-90, 1998.

ALVES, R. O Preparo do Educador. In: BRANDÃO, C.R. (org.). *O educador: vida e morte*. 4ª edição, Rio de Janeiro: Graal, 1983.

ARAÚJO, I. Razão polifônica: a negociação dos sentidos na intervenção social. *Perspectiva científica inf. n. especial*, p. 45-57, jul/dez, 2003.

ARAÚJO, I. & JORDÃO, E. Velhos dilemas, novos enfoques: uma contribuição para o debate sobre estudos de recepção. In: *Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios* (A. M. R. Pitta, org.) p. 172-189, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

ASSIS, M. Educação em saúde e qualidade de vida: para além dos modelos, a busca da comunicação – Série estudos em saúde coletiva, n.º. 169. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998.

BARBIER, R. A pesquisa-ação na instituição educativa. Tradução: Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985.

BASTOS, Nilo Chaves de Brito. *SESP/FSESP: 1942 – Evolução Histórica – 1991*. 2ª Ed. Brasília, Fundação Nacional de Saúde, 1996.

BORDENAVE, J. E. Díaz. O que é comunicação. São Paulo: Brasiliense, 1983.

_____. O que é participação. São Paulo: Brasiliense, 1983.

BOURDAIN, Alain. A questão local. Tradução de Orlando dos Santos Reis. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

BRANDÃO, C.R. (org.). Educador: Vida e Morte. 2º edição, Rio de Janeiro, Graal, p. 52-70, 1982.

BRASIL. (Escola Nacional de Saúde Pública) Pesquisa de impacto das ações de informação, educação e mobilização comunitária (IEC/MC) no controle de doenças endêmicas em cinco estados do Nordeste – Relatório Técnico. Rio de Janeiro, 45 p. 1995. In: FUNASA(Fundação Nacional de Saúde). Avaliação Final do PCDEN e PCMAM. Brasília: Funasa,1996.

_____. (Fundação Serviço de Saúde Pública). Unidade Sanitária: Normas e instruções. Rio de Janeiro, 1976.

_____. (Fundação Serviço de Saúde Pública). Unidade Sanitária: Normas e instruções. 3. Ed. revisada. Rio de Janeiro, 1983.

BRASIL. (Conselho Nacional de Saúde - CNS). 1996b. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos – Resolução n.º 196, 1996.

_____. (Fundação Nacional de Saúde). 1996a. Avaliação Final do PCDEN e PCMAM. Brasília: Funasa,1996.

_____. (Fundação Nacional de Saúde). Planejamento estratégico. Aprovado pelo Comitê de Planejamento da FUNASA – COPLAN, Brasília, 1999.

_____. (Fundação Nacional de Saúde). Estruturação das atividades de educação em saúde no âmbito do SUS. Brasília: Funasa – Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde (ASCOM), 2000. Busca em <http://www.grupogices.hpg.ig.com.br/estruturacoes.html>.

_____. (Fundação Nacional de Saúde). Discutindo o programa de educação em saúde (PESMS), nos convênios de projeto de saneamento em áreas indígenas sob a responsabilidade da Funasa/Densp. Ricardo L. Chagas - Consultor da Unesco, Brasília: Funasa, 2000a (mimeo).

_____. (Fundação Nacional de Saúde). Ação do setor saúde em saneamento, Brasília, 2002.

_____. (Fundação Nacional de Saúde). 2003a. Orientações técnicas para elaboração de programa de educação em saúde e mobilização social (PESMS). Brasília: documento elaborado pela Assessoria de Comunicação e Educação em saúde da Presidência – ASCOM, republicação para atender as atualizações da Portaria 225, de 14 de maio de 2003.

_____. (Fundação Nacional de Saúde). Critérios e procedimentos para a aplicação de recursos financeiros/ FUNASA. - 2ª ed. - Brasília: 2001.

_____. (Fundação Nacional de Saúde). Critérios e procedimentos para a aplicação de recursos financeiros/ FUNASA. - 3ª ed. - Brasília: 2002.

_____. (Fundação Nacional de Saúde) 2003b. Critérios e procedimentos para a aplicação de recursos financeiros/ FUNASA. - 4ª ed. - Brasília: 2003.

_____. (Fundação Nacional de Saúde) 2004c. Critérios e procedimentos para a aplicação de recursos financeiros/ FUNASA. - 5ª ed. - Brasília: 2004.

_____. (Fundação Nacional de Saúde). 2004. Educação em Saúde. Brasília: Site: <http://www.funasa.gov.br> e <http://redefunasa>, busca em fevereiro de 2004.

_____. (Fundação Nacional de Saúde). 2004d. Manual de Saneamento. 3.ª ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004.

_____. (Fundação Nacional de Saúde). 2004e. Plano estratégico. Missão, diretrizes e objetivos estratégicos da Funasa com base no Plano Plurianual PPA/2004-2007. Brasília: Funasa, 2004.

_____. (Fundação Nacional de Saúde). 2004b. Portaria 106, de 4 de março de 2004. Brasília: Site: <http://www.funasa.gov.br> e <http://redefunasa>, busca em março de 2004.

_____. (Fundação Nacional de Saúde). 2004e. Programa de cooperação técnica. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004.

_____. (Ministério da Saúde). Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor, área de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1989.

_____. (Ministério da Saúde). Educação em saúde e a mobilização comunitária, MS/Funasa, Coordenação de Comunicação, Educação e Documentação. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, ASPLAN, Assessoria de Planejamento Estratégico, 1991 (mimeo).

_____. (Ministério da Saúde). Descentralizações das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília: Sistema Único de Saúde, 1993.

_____. (Ministério da Saúde). 1996b. Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa-fé de Bogotá. Tradução: Luis Eduardo Fonseca. p. 11-18, Brasília, 1996.

_____. (Ministério da Saúde). Informação, educação e comunicação. Uma estratégia para o SUS. Brasília: Ministério da Educação em Saúde, 1997.

_____. (Ministério da Saúde). Coordenação-geral das ações populares em saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de gestão da educação na saúde. Brasília: mimeo, 2003.

_____. (Ministério da Saúde). 2004c. Educação em saúde. Histórico, conceitos e propostas. Diretoria de Programas de Educação em Saúde. Publicação na página da Conferência Nacional de Saúde On-line, no site <http://www.datasus.gov.br/cns>. Brasília: busca em 9.2.2004.

_____. (Ministério da Saúde). 2004a. Gestão da educação na saúde. Brasília: publicação do site: <http://portal.saude.gov.br>, busca em 5.3.2004.

_____. (Ministério da Saúde). 1994. Diretrizes de atuação da educação em saúde. Brasília: MS/FNS. Gerência de Educação em Saúde, Comed/Asplan (mimeo). In: ALVES, P. C.; SOUZA, I. M.; MOURA, M. A.; CUNHA, L. A. A experiência da esquistossomose e os desafios da mobilização comunitária. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 14(sup 2): 79-90, 1998.

_____. (Tribunal de Contas da União). 2003c. Auditoria do Tribunal de Contas da União no Programa de Saneamento Básico da Fundação Nacional de Saúde. Acórdão 309/2003. Documento AC-0309-11/03-P. Processo 005.084/2002-0. Brasília. TCU, 2003.

_____. (Tribunal de Contas da União). 2003d. Avaliação do TCU sobre o Programa Saneamento Básico / Tribunal de Contas da União. – Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programa de Governo, 2003.

BROSE, Markus (Org.). Metodologia participativa: uma introdução a 29 instrumentos. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de (org.) Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.

CHANTAL, E. A questão mental: outro olhar, outra escrita em pedagogia. São Paulo: Ed. Loyola, Brasil, 2003.

CHAUÍ, M. Cultura e democracia; o discurso competente e outras falas. São Paulo: Moderna, 1980.

CHIARAVALLOTI NETO, F. C., Moraes, M. S. & Fernandes, M. A. Avaliação dos resultados de atividades de incentivo à participação da comunidade no controle da dengue em um bairro periférico de São José do Rio Preto, São Paulo, e da relação entre os conhecimentos e práticas desta população, Rio de Janeiro: Caderno de saúde pública, 14 (Sup. 2): 101-109, 1998.

COHEN, E. & FRANCO, R. Políticas Sociais, racionalidade e avaliação. Avaliação de projetos sociais. Rio de Janeiro: Vozes, p. 19-37, 1993.

CONFERÊNCIA Nacional de Saúde (12ª: 2003: Brasília, DF). Conferência Sérgio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CONTRADIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L; DENIS J-L.; e BOYLE, P. Saber preparar uma pesquisa – definição, estrutura, financiamento. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Hucitec/ABRASCO, 1994.

CRUZ NETO, Otávio et al. Grupos focais e pesquisa social: o debate orientado como técnica de investigação. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. Rio de Janeiro: Cadernos de saúde pública, v. 15 (4), p. 701-710, 1999.

_____. & FREITAS, C. M. de (org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DAVINI, M. C. Do processo de aprender ao de ensinar. Texto didático elaborado para a capacitação de instrutor/supervisor da área de saúde. Projeto Larga Escala. Brasília: Ministério da Saúde, 1989.

DATASUS, Informações em Saúde: saneamento, morbidade e mortalidade, busca em 18/01, no site www.datasus.gov.br. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

DESLANDES, S.F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde, p. 5-84. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro: 13 (1): 103-107, 1997.

ECO, Umberto. Interpretação e superinterpretação. São Paulo: M. Fontes, 1993.

FARIA, R. Avaliação de programas sociais – evoluções e tendências. In: RICO, E.M. (Org.). Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. São Paulo: Cortez, p. 75-84, 1998.

FERRAZ, S. T. Cidades saudáveis – uma urbanidade para 2000. Projeto “Promoção da Saúde” do Ministério da Saúde, Brasília, p. 18, 1998.

FERREIRA, Aurélio B. de Holanda. Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3ª. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1999.

FREIRE, P. A importância do ato de ler. 11 ed. São Paulo: Cortez, 1985.

_____. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa (Coleção Leitura). São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. O nascimento da medicina social, cap. 5, p. 79-98, 17ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2002.

GADOTTI, M. História das idéias pedagógicas. Série educação. São Paulo: Editora Ática, 8ª ed., 2002. GADOTTI, M. História das idéias pedagógicas. Série educação. São Paulo: Editora Ática, 8ª ed., 2002.

_____, FREIRE, P. e GUIMARÃES, S. Pedagogia: diálogo e conflito. São Paulo: Cortez, 1989.

_____. & TORRES, C. A. Estado e educação popular na América Latina, Papirus, Campinas, São Paulo, 1992 (Série “Educação Internacional” do Instituto Paulo Freire), p. 69, in: Brasil. Ministério da Saúde. Informação, educação, comunicação: uma estratégia para o Brasil: SUS, 1997.

GOMES, Sérgio Luiz. Engenharia ambiental e saúde coletiva. Salvador: EDUFBA, 1995.

GÓMEZ, C. M. A produção discursiva da promoção da saúde e o enfoque ecossistêmico: similaridades conceituais e complementaridades de práticas. In: Minayo, M. C. S. (org.). Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

GUIMARÃES, Marcus Marconi Palmeira. Diretrizes das ações educativas da Fundação Nacional de Saúde. Florianópolis: Conferência apresentada no II Encontro Estadual de Comunicação e Educação em Saúde de Santa Catarina, 2000. Busca em 2002 no site: <http://www.funasa.gov.br/oficinaeducacao.pdf>.

HARTZ, Zulmira Maria Araújo (org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

INOJOSA, Rose Marie. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. Rio de Janeiro: Revista de administração pública, v.32, n.º 2, p. 35-48, 1998.

JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e Intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. Rio de Janeiro: Revista de Administração Pública, v. 32(2), 1998.

LIBÂNEO, J. C. Democratização da escola pública: pedagogia crítico-social dos conteúdos. São Paulo: Edições Loyola, 1985.

MARCONDES, R. S. Educação em saúde pública: conceituação, objetivos e princípios. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 1974 (mimeo).

MEDRONHO, R. A. et al. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, 2003.

MELO, H. P. et al. Redirecionamento da abordagem educativa das ações de promoção da saúde desenvolvidas pela Fundação Nacional de Saúde no contexto do SUS. Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Promoção da Saúde na FSP/USP. São Paulo, 1998 (mimeo).

MENDONÇA, E. F. et al. Repensando a vigilância epidemiológica. Relatório de oficina de trabalho. II Congresso Brasileiro de Epidemiologia. In: Costa M. F. e Souza R.P. (orgs.). Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. Belo Horizonte: COOPMEED/ABRASCO, p. 277-280, 1994.

MINAYO, M.C.S. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2.^a edição. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1998.

_____. et al. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

- MINAYO, M.C.S (org.). Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- MORAES, Ilara H. S. de. Política, tecnologia e informação em saúde. Salvador: Casa da qualidade editora, 2002.
- _____. & SANTOS, Sílvia R. F. R. dos. Informação em saúde: os desafios continuam. Rio de Janeiro. Ciência & saúde coletiva, III(1): 37-51, 1998.
- MORAES, Hélbio Fernandes. SUCAM sua origem, sua história. Primeiro Volume, 2^a ed. Brasília: Sucam, 1990.
- MOREIRA. A. S. P., & OLIVEIRA, C. O. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB, 1998.
- MOREIRA, Tadiana M. A. As campanhas de hanseníase no Brasil. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, 1997.
- OLIVEIRA, Rosely Magalhães de. A construção do conhecimento nas práticas de educação em saúde: repensando a relação entre profissionais dos serviços e a população. Perspectiva científica inf. n. especial, p. 22-45, jul/dez, 2003.
- PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol, M. Z. Epidemiologia & saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 4.^a ed., 1994.
- PEDROSA, José dos Santos (consultoria). Avaliação do projeto de vigilância epidemiológica participativa em doenças de chagas: uma experiência de educação em saúde através do método de ação participativa, na comunidade de Oitis-PI, (Relatório Final). Uma experiência financiada pelo Projeto de Controle de Endemias do Nordeste-PCDEN, Teresina: FNS, 1998.
- PEREIRA, A. L. de F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cad. Saúde Pública. v. 19, set/out 2003. Rio de Janeiro: Scielo-Brasil, 28 de novembro de 2003.
- PÉRISSÉ, P. O educador aprendedor. Coleção questões da nossa época; v. 118. São Paulo: Cortez, 2004.
- PIAGET, J. A epistemologia genética, Rio de Janeiro: Vozes, 1975.
- PILON, A. F. Desarrollo de la educación em salud - uma actualización de conceptos. São Paulo: Rev. Saúde Pública., 20: 391-6, 1986.

_____. Notas bibliográficas.. São Paulo: Rev. Saúde Pública, 31(1), 1997.

PINTO, J. B. Ação educativa através de um método participativo no setor saúde (UFPE). In: Ação participativa: metodologia/encontro de experiências de educação em saúde da Região Nordeste. Anais. Brasília: Centro de Documentação de Ministério da Saúde, série F: Educação e Saúde. 33p., 1987.

PROCESSO de Projeto, n.º 25.160.001433/2001-60, do Convênio n.º 2015/2001, da Funasa com a Prefeitura Municipal de Nerópolis: Funasa, Coordenação Regional de Goiás, 2001.

PUSCH, Jaime. Ética profissional e sustentabilidade. In: Textos referenciais, 5.º CNP - Congresso Nacional dos Profissionais. CONFEA: Conselho Federal de Engenharia, Arquitetura e Agronomia, 2004.

ROZEMBERG, B. Participação comunitária em programas de promoção em saúde: elementos para uma avaliação crítica de metas e pressupostos. In: Minayo, M. C. S. (org.). Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

_____. & MINAYO, M. C. S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, 6(1): 115-123, 2001.

_____. & PERES, F. Reflexões sobre educação relacionada aos agrotóxicos em comunidades rurais. In: PERES, F. (org.) É veneno ou é remédio? Agrotóxicos, saúde & ambiente. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

_____. & SILVA, A. P. P. & VASCONCELOS-SILVA, P. R. Impresses hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 18(6):1985-1694, nov-dez, 2002.

SANTOS, B. de Souza. Um discurso sobre as ciências, 13.^a ed., Coleção Histórias e Idéias. Porto, Portugal: Edições Afrontamento, 2002.

SANTOS, L. A. de Castro. O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. Rio de Janeiro: Dados. Revista de ciências sociais. v. 28, nº 2, p. 193-210, 1985.

SCHALL, V. T. Debate sobre el artículo de Briceño-León. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro: 12(1):7-30, jan-mar, 1996.

SAUSSURE, F. Curso de lingüística geral. Org. por Charles Baylly e Albert Sechehaye. 20 ed. São Paulo: Cultrix. s.d.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde. Salvador: CEPS-ISC, 2002.

_____, C.F.; Paim, J. S.; Villasbôas, A. L. Modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe Epidemiológico do SUS, 7(2): 7-28. Brasília, 1998.

TORO, J. B. e WERNECK, N. M. D. F. Mobilização social: um modo de construir a democracia e a participação. Brasil: Unicef, 1996.

UCHÔA, E. Saúde e Ambiente: trajetória e novos caminhos. In: Minayo, M. C. S. (org.) Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

_____, E. Barreto, S. M.; Firmo, J. O.; Guerra, H. L.; Pimenta Jr. F. G. & Lima e Costa, M. F. The control of schistosomiasis in Brazil: na ethno epidemiological study of the effectiveness of a community mobilization program for health education. Soc Sci Med: 51: 1529-41, 2000.

VALLA, V. V. Saúde e Educação. Coleção o sentido da escola. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

VALLA, V. V. & STOTZ, E. N. Participação popular, educação e saúde: teoria e prática, Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

VASCONCELOS, L. P. et al. Educação em saúde e a reforma sanitária: subsídios para discussão. Discussão da assembléia dos educadores de saúde pública do Estado de São Paulo, em 15 de setembro de 1987. São Paulo: 1987.

VASCONCELOS-SILVA, P. R. V.; RIVERA, F. J. U.; ROZEMBERG, B. Próteses de comunicação e alinhamento comportamental em impressos hospitalares. São Paulo: Revista de Saúde Pública, v. 37, n.º 04, 2003.

VIEIRA, R. C. C. Sistemas educacional e profissional: integração necessária em busca da sustentabilidade. In: Textos referenciais, 5.º CNP - Congresso Nacional dos Profissionais. CONFEA: Conselho Federal de Engenharia, Arquitetura e Agronomia, 2004.

WALDMAN, E. A. Usos de vigilância e da monitorização em saúde pública. Informe epidemiológico do SUS, 7 (23), p. 9. Brasília, 1998.

WESTPHAL, M. F. A promoção a saúde no Brasil, 1998. (cópia, material de aula – Curso de Especialização em Promoção da Saúde), 1998.

_____. & ZIGLIO, E. Políticas públicas e investimentos: a intersectorialidade, 1998. (capítulo de livro a ser publicado). Disponível em: WWW.cepam.sp.gov.br/pp_1. Acesso em 03/2003.

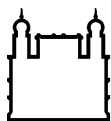
9. Anexos

Anexo I - Modelo SESP - 795
Programação Mensal para atividades de Educação em Saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE - FUNDAÇÃO SESP
- EDUCAÇÃO EM SAÚDE -
PROGRAMAÇÃO MENSAL

UNIDADE _____					MÊS _____	ANO _____	
DATA	ATIVIDADES EDUCATIVAS				RECURSO AUDIOVISUAL	AVALIAÇÃO	RESPONSABILIDADE
	INDIVIDUAL / GRUPO	TÉCNICA	OBJETIVO	ASSUNTO			
10.03	Prefeito	Entrevista	Sensibilizá-lo para o problema do lixo no Bairro São José.	Ajustes preliminares para a implantação de um projeto de saneamento do lixo.	Ficha Cadas - traí. Mapa da Cidade.	O Prefeito mostrou-se interessado e prontificou-se a participar inclusive oferecendo recursos.	Médico-Chefe e Auxiliar de Saneamento
11.03	Gestantes (06)	Palestra e Demonstração	Complementar as orientações dadas sobre a importância do pré-natal.	Exame de Laboratório (Curso com primíparas - Programa anexo)	Album Seriado e Material de Laboratório	O grupo mostrou interesse somente após observar lâminas de laboratório.	Visitadora Laboratorista
13.03	Líderes (05)	Reunião e Discussão de Grupo	Analisar a situação do lixo no Bairro São José	Destino adequado como solução (Projeto de Saneamento)	Ficha Cadas - traí. Mapa da Cidade	Formado um grupo de trabalho sob a coordenação do auxiliar de saneamento para estudar as possíveis soluções.	Médico-Chefe, Auxiliar de Saneamento e Visitadora
	Mães (12)	Reunião	Discutir com as mães a necessidade da vacina para a criança	O sarampo e suas consequências. Como evitá-lo.	Folheto	Indiferença das mães por julgarem que a doença é benigna.	Visitadora
	Puérperas (3) - Setor de internação	Demonstração	Ensinar a maneira correta de dar banho no recém-nascido	Higiene da criança	Material básico necessário	As mães desenvolveram a técnica de maneira satisfatória.	Auxiliar de Enfermagem

Anexo II a - Questionário n.º 01- usuários



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

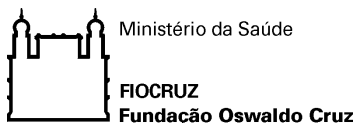


Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde

MESTRADO PROFISSIONAL EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE-MPV5

1. Você ou alguém da sua família participou de atividades comunitárias, palestras, reuniões, filmes, entre outras, organizadas pela Prefeitura para orientar sobre as obras de melhorias sanitárias que foram feitas em sua casa? Se você participou, você lembra como foram essas atividades e sobre o que foi falado?
2. O que você aprendeu nessas reuniões (falando sinceramente, pois sua participação nessa pesquisa vai ajudar a melhorar os trabalhos educativos da Prefeitura)?
3. Depois dessas reuniões, você continuou participando de outras atividades sobre saúde com a comunidade?
4. Você poderia dizer o que melhorou na sua vida e na vida de sua família depois que foram feitas essas obras na sua casa?
5. Há alguém na sua família que não usa os sanitários. Você pode dizer por quê?

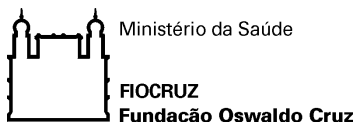
Anexo II b - Questionário n.º 02 - técnicos



MESTRADO PROFISSIONAL EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE-MPVS

1. Que tipo de atividade você desenvolveu no Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social - PESMS, no Projeto de Melhorias Sanitárias Domiciliares - MSD, realizado em 2002, em Nerópolis?
2. Na sua opinião, qual é o principal objetivo do PESMS? Isto fica claro nos documentos do PESMS e nas supervisões realizadas pelos Técnicos da FUNASA?
3. Como você entende a idéia de sustentabilidade das ações de melhorias sanitárias na comunidade?
4. Você acredita que o PESMS contribuiu para educar a população beneficiada com as melhorias sanitárias e fez com que eles utilizem de forma adequada os benefícios adquiridos?
5. Houve participação de outras Secretarias, ou associações comunitárias, ou hospitais, ou profissionais de qualquer outra área nas atividades do PESMS? Quais foram? e como foi a participação deles?

Anexo II c - Questionário n.º 03 - gestores



MESTRADO PROFISSIONAL EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE-MPVS

1. Você acredita que Programas como o PESMS são efetivos, ou seja, são realmente desenvolvidos e dão resultados?
2. O PESMS implementado em Nerópolis contribuiu de alguma forma para a utilização das melhorias sanitárias domiciliares adquiridas pelas famílias beneficiadas?
3. Após a realização do PESMS, você percebeu algum crescimento da participação e/ou de reivindicações das comunidades onde o programa foi aplicado?
4. O PESMS é um complicador na execução dos Projetos de Saneamento ou é válido incentivar programas como esse?
5. Você teria mais alguma consideração a fazer com relação a esse Programa (PESMS) ou sobre as atividades de Educação em Saúde e Mobilização Social em geral, fomentadas pela FUNASA?

Anexo III – Formulário de Supervisão Técnica do PESMS

Formulário de Supervisão Técnica

Município: Verópolis Localidade: _____
 Nome do Projeto: M.S.D. N° do Processo de Projeto: _____
 N° do Convênio: _____ N° do Processo de Convênio: _____

Responsável técnico pelo PESMS no estado/município: _____

AValiação Técnica:

Das metas/etapas programadas, qual o percentual executado?

ATIVIDADE	PROGRAMADA	EXECUTADA	% DE EXECUÇÃO
<u>Reunioes</u>	<u>10</u>	<u>15</u>	<u>100%</u>
<u>Palestras</u>	<u>20</u>	<u>20</u>	<u>100%</u>
<u>Visitas</u>	<u>05</u>	<u>05</u>	<u>100%</u>
<u>Avaliação</u>	<u>03</u>	<u>03</u>	<u>100%</u>

2. Os recursos humanos previstos no PESMS estão envolvidos nas ações?
 SIM NÃO

COMENTÁRIOS: _____

3. As ações previstas estão sendo realizadas com foco:
 • No objeto do projeto? SIM NÃO
 • No público-alvo? SIM NÃO

4. Participação da comunidade nas ações realizadas no PESMS:
 SIM NÃO

COMENTÁRIOS: _____


5. As ações do PESMS têm proporcionado a formação de parcerias? SIM NÃO
 PARCERIAS FIRMADAS: Assistência Social, Sec. de Educação do Município, FUNASA etc.

COMENTÁRIOS: _____

6. Foram produzidos materiais de divulgação para serem utilizados no PESMS? SIM NÃO

ESPECIFICAÇÃO	QUANTIDADE
<u>de</u>	<u>500</u>
	<u>08</u>
	<u>20</u>

Anexo III – Formulário de Supervisão Técnica do PESMS (fl.2)

 <p>Ministério da Saúde Fundação Nacional de Saúde</p>	<p>PESMS Programa de Educação em Saúde E Mobilização Social</p>
Formulário de Supervisão Técnica	
<p>7. Os materiais de divulgação produzidos foram aplicados adequadamente no PESMS? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO COMENTÁRIOS:</p>	
<p>8. As atividades desenvolvidas no PESMS estão sendo registradas? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO FORMAS DE REGISTRO: <u>Fotografias, Relatórios, lista de presença, mapas de localização, lista de endereço e livro etc</u></p>	
<p>9. Fatores intervenientes do PESMS: FAVORÁVEIS: <u>A preocupação para a comunidade na área de prevenção das doenças.</u> DESFAVORÁVEIS: <u>Cobrança da comunidade aos profissionais de saúde, reivindicando serviços básicos para as famílias que não foram contempladas.</u></p>	
<p>10. As ações do PESMS propiciaram o desenvolvimento de outras atividades educativas: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ESPECIFICAR: <u>Hanseniose e Tuberculose, Hipertensão, Diabetes, DST/AIDS etc</u></p>	
<p>11. Os recursos destinados à execução do PESMS foram aplicados conforme o proposto? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO COMENTAR:</p>	
<p>RECOMENDAÇÕES TÉCNICAS: <u>As ações do PESMS foram executadas conforme o proposto e dentro do prazo estimado. O município com sua equipe de profissionais de saúde desempenha as atividades de forma exemplar.</u></p>	
LOCAL: <u>Nerópolis</u>	DATA: <u>11, 08, 2003.</u>
Nome do Responsável Técnico pelo PESMS no Município	Assinatura do Responsável Técnico pelo PESMS no Município
Nome do Supervisor Técnico/ASCOM/FUNASA	Assinatura do Supervisor Técnico/ASCOM/FUNASA

Anexo IV (a) - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Usuário)

Autor: **Herberte Pereira de Melo**, telefone para contato: **(61)3314-6527/6340 (Funasa, Brasília)**

Instituição de origem: **Prefeitura Municipal/Secretaria de Saúde de Nerópolis (GO)**

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar as atividades realizadas pelo Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social (PESMS) de educação e participação das pessoas nas intervenções de saneamento ambiental. Pretende-se conhecer o significado desse trabalho da FUNASA de implementação do Projeto de Melhorias Sanitárias Domiciliares (MSD) e do próprio PESMS, em Nerópolis, de 20001 a 2003, para a população, para os técnicos que atuaram no programa, e para os gestores.

É um trabalho onde se procurará saber o que as pessoas da comunidade entenderam sobre os benefícios adquiridos para suas casas, quando participaram de reuniões comunitárias, palestras educativas, leituras de panfletos, cartazes, e outras formas de comunicação sobre os benefícios adquiridos.

A entrevista que darei servirá para o avaliador ter as informações necessárias dos beneficiários das Melhorias Sanitárias Domiciliares que participaram das atividades organizadas pelo PESMS desenvolvido na cidade de Nerópolis (GO), pela equipe de saúde.

Me foi dado direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer momento; direito de me recusar a participar ou de retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Fui informado de que as informações serão sigilosas e os participantes não serão identificados.

Os resultados da pesquisa serão utilizados somente para publicações e encontros científicos, tais como: monografias, dissertações, teses, artigos em revistas científicas, congressos e reuniões científicas.

Eu, _____ aceito participar como entrevistado(a) da pesquisa acima referida.

Data: ____/____/_____.

Assinatura: _____

Anexo IV (b) - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Técnico)

Autor: **Herberte Pereira de Melo, telefone para contato: (61)3314-6527/6340 (Funasa, Brasília)**

Instituição de origem: **Prefeitura Municipal/Secretaria de Saúde de Nerópolis (GO)**

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar as atividades realizadas pelo Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social (PESMS) de educação e participação das pessoas nas intervenções de saneamento ambiental. Pretende-se conhecer o significado desse trabalho da FUNASA de implementação do Projeto de Melhorias Sanitárias Domiciliares (MSD) e do próprio PESMS, em Nerópolis, de 2000 a 2003, para a população, para os técnicos que atuaram no programa, e para os gestores.

O objetivo é contribuir para a melhoria do programa, sugerindo modificações na implementação das ações, desde o seu planejamento até a execução, possibilitando a ampliação da participação social em todas as etapas do projeto.

A entrevista que me está sendo solicitada tem como finalidade conhecer minha opinião sobre as obras sanitárias e o PESMS implantado, uma vez que de algum modo participei do Programa.

Foi-me garantido o direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer fase; direito de recusar-me a participar ou retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Foi-me garantido também total anonimato.

Os resultados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para publicações e eventos científicos, tais como: monografias, dissertações, teses, artigos em revistas científicas, congressos e reuniões científicas.

Eu, _____ aceito participar da pesquisa acima referida nas etapas do manejo de casos e entrevistas.

Data: ____/____/_____.

Assinatura: _____

Anexo IV (c) - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Gestor)

Autor: **Herberte Pereira de Melo, telefone para contato: (61)3314-6527/6340 (Funasa, Brasília)**

Instituição de origem: **Prefeitura Municipal/Secretaria de Saúde de Nerópolis (GO)**

Esta pesquisa fará parte de uma Dissertação de Mestrado (ENSP/FIOCRUZ): “Avaliação de Efetividade do Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social (PESMS) para a sustentabilidade das ações de saneamento financiadas pela FUNASA, em Nerópolis (GO)” e tem como objetivo: avaliar a efetividade do PESMS para a sustentabilidade das intervenções de saneamento ambiental, por meio dos significados que o Programa assume para diferentes atores, a partir de um estudo de caso relacionado ao Projeto de Melhorias Sanitárias Domiciliares (MSD) e aos efeitos do PESMS, no mencionado Município, de 20001 a 2003.

Acredita-se que ao se buscar respostas sobre a RECEPÇÃO (SIGNIFICADO) DESSAS AÇÕES NO NÍVEL LOCAL, pode-se propor modificações mais eficazes na implementação das ações, desde o seu planejamento até a execução, possibilitando a ampliação da participação social em todas as etapas do projeto.

Para a coleta dos dados, serão utilizadas entrevistas com gestores municipais, beneficiários e profissionais de saúde da equipe do PSF que aplicaram o PESMS local do Projeto MSD/2001. As entrevistas têm como finalidade identificar as categorias de significados recorrentes sobre o Projeto de MSD/2001 e sobre o PESMS/MSD/2001, presentes na fala dos gestores envolvidos com a implementação dessas intervenções de saúde pública.

Foi-me garantido o direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer fase; direito de recusar-me a participar ou de retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa; além de confidencialidade e anonimato.

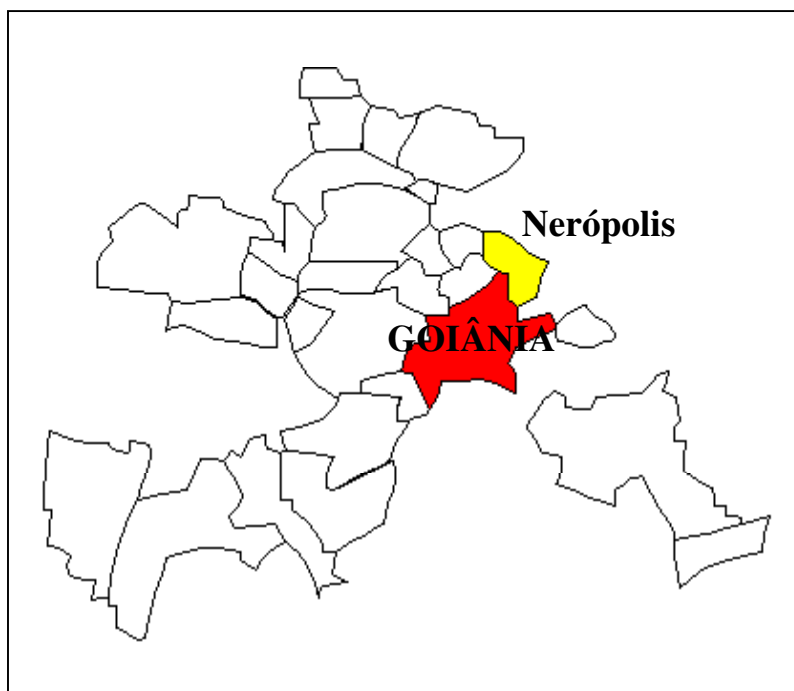
Os resultados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para publicações e eventos científicos, tais como: monografias, dissertações, teses, artigos em revistas científicas, congressos e reuniões científicas.

Eu, _____ aceito participar da pesquisa acima referida nas etapas do manejo de casos e entrevistas.

Data: ____/____/____.

Assinatura: _____

Anexo V (a) – Região Macro Goiânia



Anexo V (b) – Acesso rodoviário a Nerópolis



Anexo VI – Folheto distribuído pelo Pesms em Nerópolis (2003)

CUIDADO COM OS DEJETOS

USE A FOSSA OU BANHEIRO. NÃO JOGUE AS FEZES NO MATO, POIS OS VERMES QUE ELAS CONTÊM CONTAMINAM A ÁGUA, A TERRA, AS PESSOAS, ENFIM TODO O AMBIENTE.

LIXO TAMPADO:

MANTENHA O LIXO COBERTO E FORA DE CASA.

HIGIENE PESSOAL

LAVE AS MÃOS ANTES DE COMER E APÓS USAR O BANHEIRO. MANTENHAS UNHAS CURTAS E LIMPAS.

CUIDADO COM A ÁGUA

USE A ÁGUA FILTRADA E FERVIDA. MANTENHA LIMPO O RECIPIENTE DE GUARDAR A ÁGUA. TAMPE-O.

ALIMENTOS COBERTOS

PROTEJA OS ALIMENTOS DAS MOSCOS E POEIRAS, POIS, ATRAVÉS DELAS SE TRANSMITEM MUITAS DOENÇAS. LAVE SEMPRE AS FRUTAS E VERDURAS.

COZINHE BEM AS CARNES.

O VERME PENETRA PELOS SEUS PÉS, PELE, MÃOS E BOCA. ANDE CALÇADO.

ANEXO VII - Cronograma de atividades realizadas pela equipe de saúde

- 01/09/01 - Celebração do Convênio entre FUNASA e a Prefeitura Municipal de Nerópolis, visando a execução de melhorias sanitárias domiciliares.
- Agosto de 2001 - Visitas Domiciliares, para divulgação e cadastro dos beneficiários.
- Novembro de 2001 - Reunião com Vereadores para discussão do Projeto, sob a Coordenação da Enfª. (.....), na Secretaria de Saúde.
- 29/09/01 - Plano de trabalho e Cronograma de desenvolvimento.
- 06/12/01 - Formulário do Projeto PESMS - Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social.
- 28/12/01 - Análise de Projeto do Convênio com a Prefeitura.
- 02 e 03/04/02 - Visitas técnicas, conjunta por funcionário da Secretaria Municipal da Saúde e da FUNASA, para verificação e confirmação "In loco" do levantamento sanitário, tendo ocorrido em decorrência do tempo em que foram realizadas as visitas iniciais até a execução do Projeto, quase um ano. Por isso, alguns já haviam construído seus banheiros ou mesmo mudado de endereço. Estes foram substituídos por outros nomes, totalizando sessenta módulos sanitários a serem construídos (O restante dos módulos construídos posteriormente foi contemplado com os rendimentos da aplicação dos recursos, conforme exigências da legislação).
- 11/04/02 - Visitas domiciliares para a substituição dos beneficiários não enquadrados.
- 17/10/02 - Anotações de responsabilidade técnica, resumo contrato, Projeto de módulos sanitários domiciliares, em bloco de cerâmica, telha de fibrocimento com fossa séptica e sumidouro.
- 28/05/03 - Reunião entre (...) do PSF, Assist. Social, Sra. (...) e o Sr. (...), na FUNASA, em Goiânia, para discussão sobre a execução do Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social.
- 29/05/03 - Reunião na Secretaria Municipal de Saúde, com a participação de Sr. (...), Enfermeiras (...) e (...), Sr. (...) e o (...), Para discutir sobre...(a andamento do Projeto).
- 29/05/03 - Visitas às casas das famílias cadastradas para averiguação, sendo que nessa oportunidade foi estabelecido que seriam construídos 60 (sessenta) módulos sanitários.
- 03/06/03 - Palestras com as crianças e adolescentes participantes do programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI, alguns sendo filhos dos beneficiários do Projeto de MSD, realizada na Biblioteca Municipal de Nerópolis no período matutino e vespertino, quando se falou sobre higiene pessoal e ambiental e cuidados na utilização de banheiros domésticos e públicos.
- 05/06/03 - Visita da Enfª (...) e da Assist. Social (...) à FUNASA, para reunião com o Sr. (...) para orientação e discussão do material a ser utilizado na ação educativa junto aos beneficiários do PESMS.
- 06/06/03 - Cadastros de novas famílias beneficiárias para o PESMS 06/06/03 - Visitas e fotografias das construções de banheiros.
- 09/06/03 - Contato com técnico para elaboração de transparências educativas
- 09/06/03 - Visitas e fotografias para orientação na produção de panfletos educativos.
- 10/06/03 - Visitas às famílias beneficiárias para acompanhamento das obras e, na oportunidade, pôde se abordar o assunto sobre a conservação e higiene das banheiros e ainda avaliar a satisfação do usuário.
- 18/06/03 - Pesquisa na Internet sobre higiene pessoal e ambiental.
- 24/06/03 - Visita domiciliar realizada pela Enfª (...) do PSF Nerópolis e Sr. (...) da FUNASA, para aprovar novos cadastros para substituição aos excluídos da lista original.

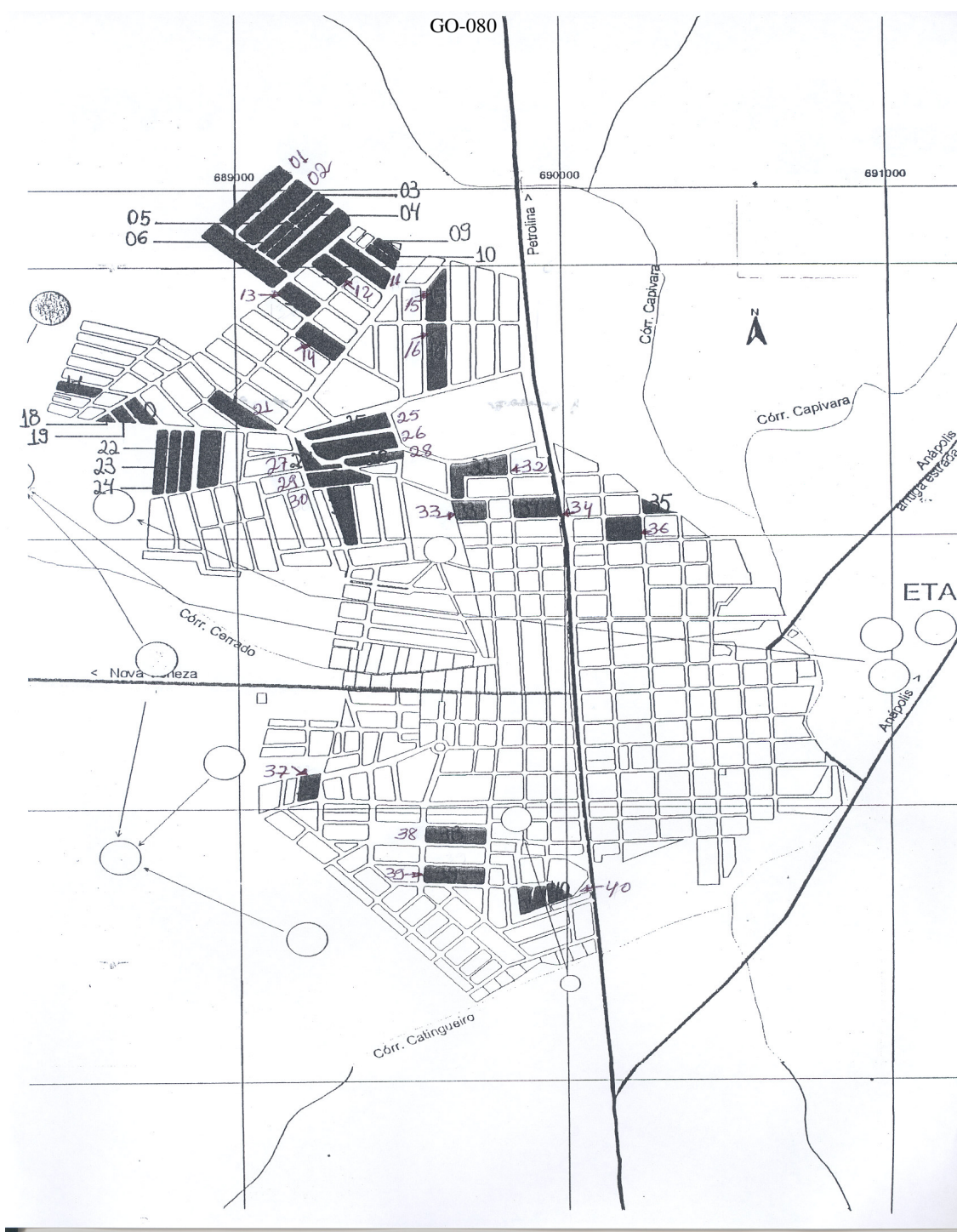
24/06/03 -Visita à gráfica pelas Enfª (...) e (...), para avaliação do material educativo.

26/06/03 - Palestra com os beneficiários do PESMS, realizada na Escola Professor Oscarino, situada no setor São Jerônimo, ministrada pelo Dr. (...) e pela Assist. Social (...), abordando assuntos sobre os objetivos do Programa e sobre higiene pessoal e ambiental.

01/07/03 - Reunião com Agentes Comunitários de Saúde e as Enfª (...) e (...), para que esses acompanhassem a utilização dos módulos sanitários junto aos usuários de suas respectivas áreas, a fim de que contribuam para o bem estar das famílias beneficiárias.

02/07/03 - Palestras com os beneficiários abordando os temas de saúde e prevenção de doenças pela falta de saneamento: hepatite, febre amarela, dengue e outras. Realizada na escola Prof. Oscarino, pelo Dr. (...).

Anexo VIII - Croquis da cidade de Nerópolis, com a localização das áreas com residências beneficiadas



Anexo IX – Foto de módulo sanitário

Anexo X - Principais enfermidades parasitárias infecciosas, de importância no Brasil e relacionadas com o abastecimento de água, o destino doméstico dos dejetos, drenagem e lixo #

RELACIONAMENTOS AMBIENTAIS						
Agentes Etiológicos	FECAL				NÃO FECAL	
	Contaminação através rota fecal-oral direta e por vetores atraídos por sujeira e lixo, contaminando alimentos		Contaminação através rota fecal-cutânea		Contaminação por mosquitos	Contaminação direta pessoa-pessoa
	Relacionamen- to preferencial com água contaminada utilizada para beber	Relacionamen- to preferencial com a falta de higiene, a cultura ambiental, a não existência de água para limpezas	Relacionamen- to com corpos de água poluídas freqüentadas para banhos e lavagens	Relacionamen- to com situação social e hábito de andar descalço	Relacionamen- to com falta de drenagem e com lixo obstruindo escoamentos e acumulando água	Relacionamen- to com existência de água para higiene pessoal
Vírus	Hepatite A (*), diarréias virais (rotavírus e outros)	Hepatite A (*), diarréias virais (rotavírus e outros), Pólio			Febre Amarela, Dengue	Tracoma causada pelo vírus C. trachomatis
Bactérias	Enfermidades diarréicas causadas pelos agentes: Vibrio Cholerae, Salmonellas (Febre tifóide e paratifóide), Shiguella, E. Coli patogênica, Campylobac- teria (**)	Desintérias por Shiguellas (***)				
Protozoários	Ameba Giardia	Ameba Giardia			Malária	
Helmintos		Ascaris Trichuris Enterobias	Esquistosso- mose	Ancilostomose (Amarelão)	Filariose (Elefantíase)	
Artrópodes Parasitas						Piolhos e áca- ros causadores de pediculoses e escabioses

OBSERVAÇÕES:

(*) Potável importância epidemiológica de frutos do mar – mariscos, ostras, na acumulação de vírus na água do mar poluídas por dejetos sanitários.

(**) Poucas informações sobre a sobrevivência dessa bactéria no ambiente externo ao hospedeiro.

(***) Das bactérias aqui consideradas, é a que exige menor dose infectante, ou seja, poucas bactérias podem instalar a enfermidade. Por este motivo, as shigeloses estão muito associadas também à higiene.

#Fonte: (Gomes, 1995:27)