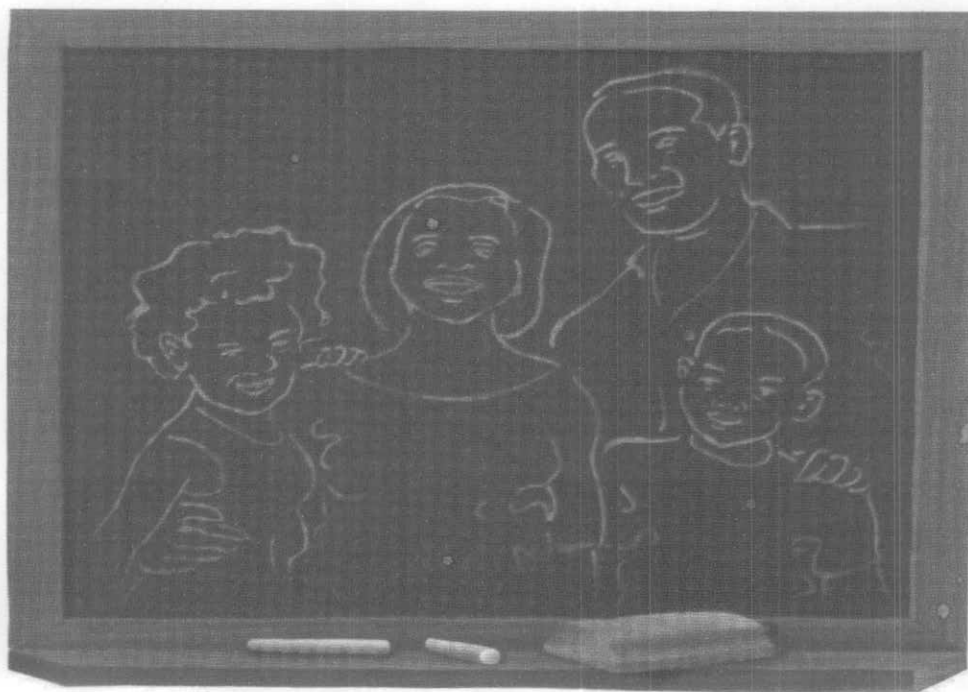


Ligia - até 12/02  
- depois 07/03

CIRLENE MARQUES DO NASCIMENTO

**A Educação que produz Saúde: Educação e Saúde  
somando olhares e esforços em busca das  
transformações sociais**



RIO DE JANEIRO

2005

CIRLENE MARQUES DO NASCIMENTO

**A Educação que produz Saúde: Educação e Saúde somando  
olhares e esforços em busca das transformações sociais**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao  
Curso de Pedagogia, do Centro de Ciências  
Humanas e Sociais da Universidade Federal do  
Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), como  
Requisito para obtenção do grau de Pedagogo.

**ORIENTADOR: Professor Edson Ferreira Liberal**

RIO DE JANEIRO

2005

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a mim mesma, pela ousadia de ir contra as convenções e olhar minha história como possibilidade, possibilidade de um amanhã diferente e a todas as pessoas que como eu e Paulo Freire, se permitem corajosamente sonhar com uma realidade social diferente.

## AGRADECIMENTOS

Agradecer é... um ato de humildade inerente do ser humano. Toda caminhada é construída a partir de horizontes norteadores, objetivos definidos e uma gama de esforços coletivos que demandam dedicação, determinação e garra. Nesta trajetória, muitas pessoas se destacam de forma expressiva, pela contribuição que doam, seja com uma palavra encorajadora, um gesto de incentivo, um sorriso animador, um olhar cúmplice... uma forma qualquer de alimentar e manter viva nossas utopias e sonhos possíveis. Portanto, na construção de mais um capítulo de minha história, não poderia deixar de agradecer a algumas pessoas que se tornaram especiais ao longo da caminhada, e hoje ocupam um lugar de destaque no lado esquerdo do meu peito, e assim, agradeço...

A Deus, por ter me concedido uma segunda chance, através de seu amor incondicional e por estar sempre ao meu lado em todos os momentos de minha difícil trajetória de vida...

... apesar de não conseguir agradá-lo sempre como deveria.

Ao grande educador e pensador Paulo Reglus Freire, por ter conseguido instigar em mim um compromisso com o meu “olhar”, provocando leituras e releituras de meu mundo cotidiano, me ensinando a sonhar e a manter vivas minhas utopias, me levando a crer que mudar é difícil, mas plenamente possível...

... apesar de não ter tido a oportunidade de tê-lo conhecido em vida, e somente agora ter tido acesso a suas idéias e sonhos.

À minha irmã Regina, por ser tão especial a ponto de abrir mão de seus sonhos e objetivos pessoais por um período de nossas vidas, para que me fosse possível hoje estar aqui, viva e feliz...

... apesar de ter lhe dado muito trabalho e por um determinado tempo não ter seguido o exemplo de sua conduta irrepreensível e valorosa.

À memória de um homem que marcou minha vida de forma irreparável... o **grande amor da minha vida**... José Alfredo de Souza. Que colaborou e muito para eu ser a mulher que sou hoje, devolvendo-me o gosto de viver, quando a vida me parecia tão longe, e já sem nenhuma esperança a olhava! Fazendo-me acreditar em mim outra vez...

... apesar de ter se permitido morrer no auge de nosso amor, mas não antes de deixar em meu ventre o fruto que me daria forças e coragem para continuar a caminhar.

Ao meu filho Jhonatan com muito carinho, por ser um dos motivos fundamentais pelo qual continuo a caminhar, pela compreensão de minhas ausências, por suportar meus estresses, reclamações e recomendações...

... apesar de algumas vezes me deixar de cabelos em pé, e levar umas boas palmadas, porém sendo um filho muito amado.

À Cristina Sosa, pelo exemplo de caráter, por ser “incomensuravelmente” amiga, e me ensinar que quando se ama se demonstra. Pela forma que me aceitou sem reservas, pelos inúmeros gestos de solidariedade, “atos desinteressados”, e sua amizade sincera, e ainda pela pessoa maravilhosa e extraordinária que é, quando procura ter todo cuidado para com aqueles que ama...

... apesar de ter me abandonado na rua da amargura e ter voado para o Peru, além de vivermos entre tapas e beijos pelo fato de sermos duplamente esquisitas e cabeças duras.

A duas lindas mulheres, Janaína e Viviane, que conseguiram me contagiar com suas belezas interior e exteriores, por serem grandes amigas e pessoas excepcionais, por me incentivarem sempre que necessário, com carinho e amizade sinceras e todo o apoio necessário nos momentos mais difíceis desta jornada e fora dela...

... apesar das armações ilimitadas de Vivi, e de ter enchido a paciência da Jana com os entraves de minha monografia.

A um botão de flor que de repente desabrochou e me contagiou com sua beleza e perfume. Esse botão chama-se Luísa! Obrigada por sua amizade e carinho, e por ser 100% meiga e solidária para comigo...

... apesar de dizer-se minha fã, quando eu é que sou fã dela de carteirinha.

À minha supervisora Carla Rocha, por ter sido capaz de ultrapassar os limites do profissional e ter compreendido minhas necessidades, sendo amiga, colaboradora, compreensiva, tolerante e desprendida. Sem ela seria bem mais difícil...

... apesar de tentar manter minha boca calada e o mapeamento pronto, e ficar o tempo todo querendo que eu chorasse de desespero.

Ao meu querido orientador, Edson Ferreira Liberal, que é uma figura. Primeiro por ser **bombeiro**, profissão que admiro. Depois por ter aceitado carinhosamente conduzir-me nesta árdua tarefa de construir meu trabalho monográfico tendo cumprido sua missão como orientador, por ser amigável e me dar seu belo exemplo de vida, por seu constante bom humor e respeito pelo ser humano independente das diferenças, por sua sensibilidade e falta de vergonha de chorar e se emocionar publicamente...

... apesar de me achar arrogante a primeira vista, de não ter me apresentado nenhum bombeiro solteiro e não ter realizado meu sonho de conhecer o late clube. E ainda ser uma celebridade de acesso não muito fácil.

E a todos aqueles que somaram de forma direta ou indireta nesta longa jornada, para que se multiplicassem os meus conhecimentos e as chances de fazer a diferença, e não ser mais uma na multidão...

... apesar de não fazerem parte das citações deste agradecimento.

*“Meu papel no mundo não é só o de quem constata o que ocorre, mas também o de quem intervém como sujeito de ocorrências... eu rompo, eu decido, eu provoco mudanças”.*

**(Paulo Freire)**



## Resumo

Este trabalho objetivou analisar os caminhos apontados e seguidos pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e suas práticas em educação em saúde exercidas pelos agentes comunitários de saúde (ACS). Ou seja, buscou compreender a educação como ferramenta de transformação social, visando desenvolver uma educação mais eficaz e comprometida com as mudanças e transformações no contexto comunitário do Complexo Mangureira. A partir de um levantamento de dados, observei o desenvolvimento do PACS e o trabalho do ACS. A seguir, realizei um estudo de caso com uma amostra dos atores sociais ativos inseridos neste contexto (diretora da Unidade de Saúde (1), supervisora do PACS (1), ACS (4) e moradores da comunidade em questão (11)) realizando assim, uma pesquisa descritiva, buscando reconhecer na prática educativa deste programa através da soma de olhares e esforços destes atores sociais, as mudanças e transformações sociais possíveis e cabíveis neste contexto. E apresento base no referencial teórico estudado. Para embasar e contextualizar minhas análises discuto a temática no qual o trabalho se insere, descrevendo as reformas no sistema de saúde e da educação brasileira, bem como a situação atual das mesmas, a atual situação do PACS no Complexo Mangureira, a importância deste trabalho para a instauração das mudanças sociais e na formação de indivíduos críticos e reflexivos comprometidos com as questões sociais, a necessária efetivação de parcerias, apresentando o Programa Saúde na Escola (PSE) como um complementar das ações do PACS na comunidade, e também apresento alguns "olhares" sobre esta realidade social, tudo isso com um olhar freiretiano, numa visão progressista. E, finalizei, apresentando algumas considerações finais acerca da investigação realizada, apontando caminhos que considero viáveis e possíveis para a efetivação das práticas e ações preventivas e promotoras da saúde no complexo Mangureira.

**Palavras-chave: PACS. ACS. Mudança e transformação social. Educação. Saúde. Comunidade. Promoção. Prevenção. Qualidade de vida.**

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| 1 – Somando olhares e esforços – Introdução.....  | 12 |
| 2 – Que País é esse? .....  | 18 |
| 2.1 – Como vai a educação pública deste país?.....  | 20 |
| 2.2 – Como vai a saúde pública deste país?.....   | 21 |
| 3 – Educação e Saúde em questão .....   | 21 |
| 3.1 – Breve histórico da educação no Brasil .....   | 23 |
| 3.2 – Breve histórico da saúde pública no Brasil .....  | 27 |
| 3.3 – Breve histórico do PACS no Brasil .....   | 30 |
| 3.4 – Educação em saúde .....   | 32 |
| 3.5 – Educação e saúde se entrecruzando e se auxiliando na geração de resultados positivos .....      | 41 |
| 4 – Educação e Mudança Social: Um olhar freiretiano <sup>v</sup> sobre a comunidade mangueirense..... | 47 |
| 4.1 – ACS – Educador e Agente transformador .....   | 51 |
| 4.2 – Educação popular como ferramenta valorosa .....   | 54 |
| 4.3 – Pedagogia da esperança – Por um trabalho conjunto com a Universidade .....                      | 56 |
| 5 – Somando Olhares... Um olhar sobre outro projeto .....   | 58 |
| 5.1 – Escolas Promotoras de Saúde: Complementando as ações do PACS .....                              | 60 |
| 5.2 – Projeto Bombeiro Mirim – Multiplicando idéias e cidadania .....                                 | 61 |
| 5.3 – Bombeiros mirins em ação: Nossas ações conjuntas .....  | 65 |
| 6 – Saúde – Ser ou não ser, eis a questão? .....  | 65 |
| 6.1 – Educação e Saúde disseminando sonhos possíveis .....  | 67 |

6.2 – Fatos e fotos: Cotidiano retratado e contextualizado .....69

6.3 – Diferentes Olhares... possíveis caminhos .....87

6.4 – Horizonte de possibilidades – Análise de dados coletados.....92

7 – Uma utopia a perseguir: Mudar é difícil, mas é possível e urgente – Considerações  
 finais..... *de pesquisas para a construção de tabelas e gráficos que serão* 95

8 – Referências bibliográficas.....99

9 – Anexos.....100

## SOMANDO ESFORÇOS E OLHARES

### Introdução

A idéia de desenvolver este trabalho sobre educação preventiva surgiu a partir de minha prática cotidiana como agente comunitária de saúde, e ainda de minha própria experiência de vida somadas a inúmeras reflexões promovidas ao longo do Curso de Pedagogia, principalmente com as contribuições de nosso ilustre pensador e educador Paulo Freire, que nos instiga a observar e convida-nos a vislumbrar as questões sócio-educacionais de forma humanizadora, incorporando a esta visão a capacidade potencializadora do sonho e da utopia como uma das estratégias de mobilização, esperanças e conquistas no âmbito das transformações sociais.

Como reverter à situação sócio-educacional atual? É possível promover transformações e mudanças sociais através da educação? Primeiramente, devemos estar cônescios da importância e necessidade de sermos participantes ativos deste processo e abertos as mudanças propostas e decididos a não permanecermos acomodados.

Hoje, é necessário que sejamos co-responsáveis por nossa educação, por nossa qualidade de vida, por nossa condição social de forma geral, e para isso é que precisamos trabalhar na formação de indivíduos com a capacidade crítica de tomar decisões conscientes, criativas, autônomas, independentes e transformadoras através da troca de conhecimentos básicos que viabilizem a mudança, primeiro de seu mundo pessoal, estendendo-se ao coletivo, ou seja, o social onde estamos inseridos. Isto é, partir do micro para chegar a transformar o macro social.

Portanto, é fundamental que a educação esteja totalmente associada a situações da vida diária, do cotidiano das pessoas envolvidas neste contexto para que haja valorização das situações vividas e dos conhecimentos produzidos histórico-culturalmente.

Assim, os sujeitos estarão estabelecendo relações e conexões entre a educação e seu cotidiano (problemas - situações limites – soluções).

Neste contexto da Educação Preventiva está situada o que chamamos de Saúde Comunitária, espaço este, onde se dá o entrecruzamento da educação e saúde na prática cotidiana dos agentes comunitários de saúde do Complexo Mangueira, prevenindo doenças e promovendo a saúde através da educação, na qual iremos focalizar nosso trabalho de pesquisa buscando compreender, como sendo esta uma prática que produz ou deve produzir resultados positivos e efetivos, não tem sido devidamente valorizado e apoiado na “prática”, pelo poder público responsável pelo seu desenvolvimento e desdobramentos de forma integral.

Dentro da Saúde comunitária, existem vários caminhos e estratégias para a obtenção de uma qualidade de vida melhor e real no cotidiano da população comunitária, visando à construção de uma nação melhor.

Neste trabalho estaremos estudando e discutindo sobre a Educação que produz saúde, referenciado pelo PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde, seu perfil e de seus ACS – Agentes Comunitários de Saúde, bem como seus desdobramentos e desafios em prol das transformações sociais na comunidade do Complexo Mangueira no Rio de Janeiro, frente às políticas públicas tão desfavoráveis ao seu desempenho. Buscaremos mostrar como se dá o desenvolvimento deste trabalho, como esses agentes se articulam e produzem resultados sócio-educacionais favoráveis às transformações sociais tão desejadas. Ou seja, a Educação enquanto ferramenta de transformação social.

As questões de pesquisa se subdividem nas seguintes:

A educação pode produzir saúde?

É importante que educação e saúde caminhem juntas?

A educação é uma ferramenta ou instrumento fundamentalmente importante na produção e obtenção de resultados reais no âmbito das transformações sociais, na construção da identidade e no resgate da cidadania da população comunitária?

Como as ações promovidas pelo agente comunitário de saúde podem trazer reais transformações ao seu meio social, promovendo a saúde comunitária e a qualidade de vida saudável? Qual tem sido a importância destas ações?

Para efetivar tal objetivo realizei um levantamento de dados, e também pesquisa de campo junto à coordenação e aos agentes comunitários de saúde do PACS Mangueira, objetivando apresentarmos uma pesquisa descritiva, a fim de cumprir com a finalidade de explicitar o perfil do PACS e do ACS e o trabalho por eles desempenhado, sendo necessário assim realizar pesquisa-ação.

Esta pesquisa teve como objetivo geral:

Detectar a importância da educação para a conquista de uma qualidade satisfatória de vida dentro de uma comunidade de baixa renda, analisando a relação existente entre educação e saúde no contexto da saúde comunitária, descrevendo o cotidiano e as práticas educativas do ACS na comunidade mangueirense, buscando entender a educação enquanto ferramenta de transformação social no espaço educativo extra-escolar.

Tendo como objetivos específicos:

Explicitar o perfil do PACS e do agente comunitário de saúde como agente educador e sua atuação enquanto transformador social;

Identificar o papel da educação e sua importância em relação à saúde comunitária, na intervenção e promoção das possíveis transformações sociais;

Compreender a força da prevenção de doenças e da promoção de saúde, e como isso funciona na comunidade e reflete no contexto escolar comunitário;

Comparar o real que temos e o ideal que queremos em questão de qualidade de vida;

Entender porque a prática em saúde é ou deveria ser uma prática educativa;

Constatar na prática de um grupo de agentes comunitários de saúde as reais possibilidades de mudanças, a partir de sua atuação cotidiana.

Com relação aos autores utilizados como referencial teórico para balizar este trabalho monográfico são aqueles que visualizam o processo educativo como tendo fundamental importância na condição social dos sujeitos, defendendo uma visão dialética dos problemas sociais acreditando que a educação pode assumir uma função emancipadora que eduque para e pela cidadania mediante a conscientização dos indivíduos, construindo e dinamizando um processo ativo de mudanças sociais que seja responsável por romper, optar, decidir sua condição social.

Sendo assim, a base maior deste, está fincada em Paulo Freire, seus ideários de esperança, seus pensamentos e grande visão de crescimento social, suas ações e reações com relação às transformações sociais, bem como sua filosofia educacional e social difundidas através de seus inúmeros escritos, sendo utilizados aqui os seguintes títulos: Educação como prática de liberdade, Pedagogia da esperança, Educação e mudança, Pedagogia dos sonhos possíveis e Pedagogia da autonomia. Foram utilizados também autores que entendemos como seus “discípulos“, isto é, aqueles que assumiram o compromisso de seguirem repensando, resignificando, revendo e buscando manter viva a luta desencadeada por Freire, como exemplo Ana Maria Araújo Freire e outros.

Os graves problemas sociais vividos pela população menos favorecida da sociedade são objeto de estudo dos cientistas sociais e de profissionais diversos que estejam interessados nas questões vinculadas ao contexto comunitário. Indubitavelmente, é preciso que a pesquisa acadêmica abordada enquanto forma de construção de saber ajude a mostrar o quanto a universidade pode e deve contribuir com as questões sociais, preocupando-se com a aplicabilidade das teorias em situações problemas reais do cotidiano da população, independente de seu status social.

Neste sentido, uma das contribuições que acreditamos se fazer importante é focar a atenção do pedagogo para além dos limites das paredes das salas de aulas, com a intenção de buscar junto à população estimular a co-responsabilidade e a mobilização social para a construção de uma sociedade melhor, mais justa, menos desigual. Ou seja, buscando ser pedagogos educadores do mundo, procurando identificar o que as pessoas conseguem fazer, apesar das dificuldades cotidianas, considerando os vínculos entre as informações e ações educativas e as ações, emoções, fatos e saberes que os cercam e fazem sentido para eles, tornando-os protagonistas do processo de transformação social.

Assim, o estudo deste tema em meu entender, possui grande relevância e importância social.

Para que transformemos esperanças em um horizonte de possibilidades, são indispensáveis empenho, determinação e coragem de encarar o novo, de ousar acreditar no sujeito e na multiplicidade de suas capacidades transformadoras, isto é, seu potencial humano. Partindo, portanto, para a busca de estratégias para a construção de novos caminhos de realizações de acordo com a afirmativa de Ana Maria Araújo Freire (2001), "... possamos fazer possíveis os sonhos aparentemente impossíveis".



Para este trabalho de pesquisa monográfica além do levantamento e leitura do referencial teórico que a sustenta, realizei uma pesquisa de campo e tratamento e análise dos dados coletados. O referido trabalho estruturou-se da seguinte forma:

Primeiro capítulo – Introdução – busquei apresentar a temática na qual o trabalho se insere, e os objetivos e questões do estudo, além de justificar e evidenciar a relevância do estudo.

Segundo capítulo – Que País é Esse?! – Uma tentativa de contextualização de nossa sociedade vigente, procurando compreender como está a situação da educação e da saúde desse país.

Terceiro Capítulo - Educação e Saúde em questão – descreve breves históricos da educação e da saúde no Brasil e o conceito atual de saúde, norteando-nos melhor no contexto desta temática. Educação em saúde – apresentação do perfil do PACS (breve histórico) e do ACS e o contexto onde estão inseridos, descrevendo suas ações e práticas, e ainda como se dão efetivamente no contexto comunitário.

Quarto capítulo – Educação e Mudança - A pedagogia em sua dimensão social: A utilização da pedagogia na vida cotidiana – buscando apresentar o pensamento e o olhar freiretiano sobre a comunidade mangueirense, focando seus sonhos, esperanças, objetivos de mudanças como horizonte de possibilidades em relação à educação enquanto interventora e promotora de transformações sociais.

Quinto capítulo – Somando olhares: Um olhar sobre outro projeto de Educação e Saúde – um breve histórico sobre o **Programa Saúde na Escola (PSE)**, descrevendo ações preventivas e educativas deste, que complementa<sup>m</sup> as ações do PACS na comunidade mangueirense. Focalizando o **Projeto Bombeiro Mirim** que em parceria com os <sup>acs</sup> da

comunidade, fortalecem a corrente de colaboração, solidariedade e cidadania em busca de mudanças e transformações comunitárias e sociais.

Sexto capítulo – Saúde - Ser ou não ser: eis a questão – apresenta considerações sobre a prática em saúde, se é ou deveria ser uma prática educativa, além de abordar como o binômio educação/saúde tem disseminado sonhos possíveis nesta comunidade. Apresentando também fotos e relatos desta realidade social, bem como análise dos dados coletados.

Sétimo capítulo – Uma utopia a perseguir – busquei em minhas considerações finais regar sementes já a muito lançadas por Paulo Freire e demais pensadores progressistas, de que “Mudar é difícil, mas é possível e urgente”, apontando possíveis caminhos que considero viáveis para que o desenvolvimento do PACS e o crescimento efetivo dos resultados da atuação do ACS sejam crescentes e os resultados sejam melhores e mais satisfatórios em relação à qualidade de vida social de forma geral.

## 2 – Que País é Esse?

Esse é o país onde estamos inseridos, seu nome é Brasil, subdesenvolvido, país rico onde o estado de miserabilidade cada vez se torna mais crescente e assustador. Nesse país têm imperado as injustiças sociais, as desigualdades de todos os tipos, o preconceito com as diferenças, o descaso com os menos favorecidos. Um país onde poucos têm muito, e uma maioria nada têm, e ninguém quer saber de ninguém, e assim vivem ostentando seu poderio econômico, o que desperta também a ira, a inveja, a ganância sem limites que impulsiona a crescente violência que temos visto por todos os meios midiáticos, e que tem apavorado as pessoas internacionalmente.

Neste país chamado Brasil, a Educação e a Saúde não possuem lugar de destaque na esfera das políticas sociais, não são valorizadas como ferramentas desalienadoras na formação no homem em sociedade, visto que o conhecimento construído não tem levado o sujeito à compreensão de seu contexto social. Que país é esse, onde falta decência no sentido de atender as necessidades de seu povo, que não busca descobrir suas potencialidades, onde educação e saúde precisam tornar-se prioridades efetivas.

Em países como o Brasil, de grandes desigualdades sociais, as relações entre educação e as questões psico-sociológicas são ainda mais visíveis. A pobreza afasta o sujeito da escola, lançando-o prematuramente no mercado de trabalho, sem qualificação, aumentando o contingente de subempregados ou desempregados, tornando-o doente. Nos piores casos, apoiado pelo espírito contestatório próprio da adolescência, a falta de educação abre para o jovem o caminho do crime.

A desagregação familiar nas camadas mais pobres da população se segue freqüentemente à evasão escolar, pela necessidade de trabalhar ou pela simples falta de incentivo.

Em qualquer sociedade baseada na exploração (mesmo que nos moldes do Estado do bem-estar social), o fato de tratar com igualdade as situações econômicas diferentes não elimina e sim aumenta as desigualdades.

Este país, certamente não é o país que nós queremos, portanto, podemos e devemos fazer mais que reclamar, que aceitar ou acomodar-nos.

## 2.1 – Como Vai a Educação Pública Desse País?

A educação em nosso Brasil tem ido mal, caminhando a passos lentos rumo ao ideal que necessitamos. A instituição escola tem apresentado cada vez mais o fracasso crescente junto às propostas educacionais postas em voga. A educação pública está sucateada, desvalorizada, desprestigiada, desmotivada e acaba por desmotivar seu aluno, ela tem estado descompromissada com as transformações sociais possíveis, cabíveis e necessárias ao crescimento social de uma nação. A educação desse país está clamando por socorro, mas não tem sido ouvida, já que existe uma tentativa de “matar a educação de fome” para investir-se em outras questões. Segundo as reflexões suscitadas por Paulo Freire torna-se nítido aos nossos olhos que nossos governantes ainda não se comprometeram em investir naquilo que é fundamental, a saber, Educação. Como Freire mesmo dizia: “[...] é preciso reinventar o mundo. A educação é indispensável nessa reinvenção. Assumirmos-nos como sujeitos e objetos da história nos torna seres da decisão, da ruptura. Seres éticos”.(Paulo Freire, 1975).

A educação a qual a maioria de nossa população tem tido acesso, é sem qualidade, continua mantenedora e reprodutora de poderes há muito estabelecidos, é o interesse de manter-se a manipulação de poucos sobre muitos, e que as migalhas continuem a serem oferecidas a uma população carente de tudo. Em suma a educação desse país está falida.

A esta altura espera-se que já não tenhamos dúvidas quanto ao fato de que a educação numa sociedade dividida em classes, e muito mal dividida por sinal, não se manifesta como um fim em si mesmo, e sim como um instrumento de manutenção ou transformação de uma determinada ordem social. Hoje, a educação está aparentemente acessível a todos, podemos ver filhos e filhas de classes populares cursando as melhores universidades do

país. Mas, será que isso pode se aplicar à maioria? Não estamos confundindo a exceção com a regra?

## 2.2 – Como vai a Saúde desse País?

A saúde de nosso Brasil também anda capenga das pernas, braços e todo resto do corpo. A população que depende do sistema de atendimento da saúde pública tem sofrido penosamente. O sistema de saúde é frágil, está dilacerado pela corrupção, pelos desvios constantes de verbas públicas, pela falta de vontade política de nossos governantes. Dentro do conceito de saúde difundido pela Constituição Federal que diz: **“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”**, não tem sido uma realidade na vida da maioria da população que não tem acesso a atendimento, a remédios, a tratamentos respaldados por leis que só tem efeito no papel. O SUS – **Sistema Único de Saúde**, em sua estrutura, possui uma teoria ideal e uma prática irreal, que não condiz com o dia-a-dia vivido sofregamente pelo povo brasileiro. Os serviços públicos de saúde em nosso país estão funcionando precariamente, quando estão, pois em maioria não tem o básico para o atendimento das pessoas que chegam necessitadas.

## 3 – EDUCAÇÃO E SAÚDE EM QUESTÃO

Ao pensar esta parceria, que busca a atuação integrada e articulada das áreas de Educação e de Saúde, com as demais áreas das políticas sociais espera-se, que seja construído paulatinamente um espaço que se configure como um espaço de permanente interlocução com as demandas da sociedade, possibilitando a reflexão crítica e um processo de desenvolvimento e aprendizagem capazes de formar o homem pleno em seus direitos e deveres, solidário com o outro e com o meio em que se encontra inserido.

Entendendo está experiência como valiosa e pretendendo que se efetive enquanto política pública a ser viabilizada de fato, se revela a concepção da educação como um instrumento construtor de uma vida saudável, em um processo que contribui para satisfação das necessidades de saúde, de educação e de desenvolvimento social, atendendo integralmente a comunidade, respeitando sua história, cultura e saberes, atendendo ainda suas esperanças e expectativas.

A equidade como fator determinante da saúde ainda não se faz presente diante de marcadas desigualdades sociais e econômicas que a sociedade apresenta, com níveis de saúde e educação muito aquém do mínimo possível para os cidadãos e comunidades.

A pobreza e a vulnerabilidade social, intensificadas por políticas ainda não comprometidas com a promoção da saúde, propícia a exclusão e não permite oportunizar efetivas melhoras na qualidade de vida. Numa ótica de inclusão e de participação em que a educação possa representar uma ferramenta social que dinamize a ação de mudança desse quadro desfavorável das condições de vida da população a partir do eficaz papel de construção e troca de conhecimentos que lhe cabe.

Entendemos que a educação sozinha não pode reverter ou fazer nada, como bem ressalta Paulo Freire: “Se a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda” (FREIRE, 2001). Ou seja, somada à ação da intersetorialidade e interdisciplinaridade, formando uma parceria social, resultando em uma rede de atores ativos e comprometidos com mais justiça social. Portanto, comprometidos com a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da população a qual faz parte, da comunidade, do bairro, da cidade... tornando a vida (vivida) mais saudável para todos.

### 3.1 – Breve histórico da Educação no Brasil

Em se tratando de Educação brasileira, muitas são as interfaces que necessitam serem analisadas para que fundamente uma discussão de educação contemporânea de nossa população. Parte-se, portanto, do princípio de que a realidade atual sofre conseqüências do tempo histórico, permeado por interferências políticas, econômicas e sociais desse percurso.

Uma breve retrospectiva histórica contribuirá para uma melhor análise dos problemas colocados hoje na educação,<sup>1</sup> o fazer concreto educacional tem sido o implementador de ações sociais em favor do desenvolvimento do homem como um todo? Ou este tem sido um fomentador da continuidade da elite e de exclusão da classe trabalhadora?

No Brasil-Colônia que imitava a corte portuguesa, as idéias e pensamentos da cultura medieval foram trazidos para a educação brasileira, fundamentadas na obra dos Jesuítas. A Companhia de Jesus contribuiu, e muito, para que a educação se tornasse aristocrática. A educação na colônia só era permitida aos filhos primeiros ou aos filhos homens que seriam os sucessores administradores dos pais.

A base da educação no Brasil era a Metrópole, que por sua vez, constitui-se no dogma, na autoridade, na tradição literária, no descaso com a ciência, com a atividade técnica e artística. Essa educação fundamentada na obra da catequese cedeu lugar à educação de elite. Configurando-se mais concretamente, após a expulsão dos Jesuítas em 1759.

A saída dos Jesuítas do Brasil implicou na entrada do Estado na educação. Isso não significou avanços educacionais, pelo contrário, a proposta autoritária e dogmática permeou todo os períodos Colonial e Imperial, tendo influência significativa no período Republicano.

No início do século XX, influenciada pelo desenvolvimento da mão de obra, a população vai à luta por escolas, principalmente, aqueles oriundos da camada social que não tinha terras, estes então, apelavam para o título a fim de lhes assegurar o status de elite.

Ainda por volta deste modelo, por volta de 1800, haviam-se afirmado no Brasil algumas escolas primárias, secundárias e seminários eminentemente de cunho eclesiástico e privado. Já o ensino superior, surge com a presença, no Brasil, do Príncipe D. João VI. Segundo Romanelli, 1998, “a valorização do ensino superior por parte do Príncipe, serviu somente ao motivo de proporcionar educação para uma elite aristocrática e nobre que compunha a corte. Os outros níveis de ensino ficaram em total abandono”. Nessa ordem de “desenvolvimento”, o ensino superior incorporou um currículo universalista e humanístico, o que influenciou o ensino secundário.

Os mesmos anos 30 citados anteriormente foram chaves no processo de expansão do ensino público, a partir da modernização do processo produtivo e da economia. Surgem, assim, novos anseios educativos. Abre-se o mercado, há implantação de indústrias. O Brasil está em pleno desenvolvimento. A educação precisa dar conta dessa realidade.

É claro, das relações de produção dessa ordem social emergem as lutas de classe. As lutas por escolas e por educação são influenciadas por essa realidade econômica e social. De um lado a elite, pretendendo controlar o ensino, o fazia, limitando o número de escolas e editando leis “elitizantes”. De outro, havia a pressão social por uma educação mais democratizada. O que resultou inclusive, no Manifesto dos Pioneiros da Educação em 1932.

Desse período até hoje, várias lutas foram travadas por educadores que resistiram e resistem à educação elitista e buscam travar discussões e ações que correspondam aos



anseios da população brasileira que há muito almeja ensino democrático, gratuito e de qualidade.

Percebe-se, até aqui, que o Ensino, a Escola e a Educação Pública no país até então tem servido a uma minoria da população e não contribui para o favorecimento de uma sociedade que corresponda aos ideais da cidadania. Pelo contrário, o ensino brasileiro prima pela divisão do trabalho manual e trabalho intelectual, estabelece assim, a divisão de classe e é definitivamente excludente.

Pode-se, portanto, afirmar que o caráter da formação do homem enquanto um transformador da sociedade, em prol da busca da igualdade de direitos e do respeito mútuo, foi relegado à segundo plano. A educação brasileira ao contrário difundiu os ideais economicistas da ordem capitalista.

Como foi brevemente relatado, no Brasil a Educação tem estado, até nossos dias, a serviço de uma camada da sociedade que tenta perpetuar seu poder, e mais, procura definir os meios econômicos da população. Percebe-se claramente que há uma continuidade da instituição Escola em servir, junto com os setores econômicos da sociedade a uma pequena parcela da sociedade.

Historicamente, a escola vem relatando e defendendo que seu papel é o de formar os indivíduos para a sociedade. Essa mesma sociedade da forma como está estruturada não comporta os homens e mulheres com saberes e entendimento da vida que na escola aprendem.

O problema está fundamentado num sistema econômico ideológico que, ironicamente, a própria escola contribui para se propagar. Seu projeto pedagógico não tem uma análise social do homem na sociedade em que vive.

No setor educacional não parece novidade o que o governo vem fazendo com a educação pública. Alega insistentemente que a educação está ruim e que seus trabalhadores precisam de formação adequada. Por outro lado, são mínimos os salários desses profissionais. Outra característica neoliberal na educação são as chamadas “ajudas” às famílias para que mantenham os filhos na escola. Assim se encontra o setor educacional, administrado por quem não sabe. Os seus administradores são os professores que por sua vez, representam a ineficácia do Estado.

Nesta visão, é preciso reformar. E foi isso que aconteceu com a educação brasileira nas duas últimas décadas. O Estado controlou e reformou a Constituição Federal de 1988 com a Emenda Constitucional nº14, que fundamentou a lei 9424/96 – FUNDEF. Esta lei possibilitou a municipalização do Ensino Fundamental e delegou às prefeituras a mercantilização da educação, quando estabelece o número de aluno x arrecadação. Outro exemplo foi a promulgação da LDB9394/96 que derrubou de vez a expectativa de se criar um Sistema Nacional de Educação, que teria um caráter unificador de propostas educacionais para a população brasileira, considerando, certamente, os fins sociais do ensino. Vale lembrar, também, a elaboração dos Parâmetros Curriculares Nacionais. Estes por sua vez são altamente contraditórios, e reforça, segundo Nereide Saviani, a fragmentação do ensino. Por último, sem esgotar os exemplos, pode-se citar o Plano Nacional da Educação, que após muitas lutas e discussões de intelectuais, professores e entidades membros do Fórum Nacional em Defesa da Escola Pública, foi elaborado o “Plano Nacional de Educação: Proposta da Sociedade Brasileira” (I Coned, 1996. Ministério da Saúde, 2000). Nesse caso, mais uma vez, o governo federal atropelou a proposta oriunda da sociedade civil organizada aprovando seu próprio

plano de educação, vetando inclusive de última hora, nove artigos, seis deles, referentes a financiamentos.

Se até a república o ensino foi dogmático, o ensino contemporâneo não é diferente. A educação continua ainda, defendendo o interesse de minorias, relegando para segundo plano o social, priorizando a economia.

### **3.2 – Um Breve Histórico da Saúde Pública no Brasil**

Podemos entender Saúde Pública sob dois aspectos: no que diz respeito à “coisa pública”, sendo a saúde, DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO e no que diz respeito às AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE de âmbito coletivo ou individual.

No Brasil, no início deste século, a saúde pública se desenvolveu através de duas vertentes. A primeira, através do saneamento dos portos e dos centros de produção, para garantir a exportação de matérias primas. A segunda, através das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), para garantir a qualidade de atendimento dos serviços médicos para o indivíduo e sua família e as aposentadorias.

Essa política de saúde Pública originou na necessidade de se garantir por um lado as RELAÇÕES COMERCIAIS e assim desenvolver o capital e por outro lado propiciar condições mínimas para a REPRODUÇÃO DE MÃO-DE-OBRA.

Somente na década de 20 com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública e do Conselho Nacional de Trabalho é que se elabora uma política nacional com o Governo Federal assumindo ações destes setores.

É nesse período que se inicia a CENTRALIZAÇÃO no Governo Federal das decisões sobre a política de saúde, e somente nas décadas de 50 e 60 é que o debate sobre a DESCENTRALIZAÇÃO alcança a sociedade. A partir de 64, com o golpe militar, esse

debate se esvazia, voltando a crescer na década de 70 quando toda a sociedade se mobilizava por LIBERDADE E DEMOCRACIA.

Até uns trinta anos atrás, a idéia de saúde estava associada à ausência de doenças. Depois se começou a perceber que as doenças estavam associadas aos hábitos de vida, aos ambientes em que as pessoas viviam e a comportamentos e respostas dos indivíduos a situações do dia-a-dia. A idéia de saúde passou a ser, portanto, entendida como resultado de um conjunto de fatores que têm a ver com o saneamento básico, que têm a ver com a condição social das pessoas, que têm a ver com seu trabalho, que têm a ver com seu nível de educação, e assim por diante.

Por outro lado, a assistência à saúde da população estava limitada à condição de trabalho. Quem tinha emprego registrado na carteira profissional possuía assistência médica através das Caixas de Previdência, ou então pagava médicos particulares e, em casos de internação, também pagava pelo serviço. Para quem não tinha emprego registrado ou não podia pagar um médico, o jeito era recorrer às Santas Casas de Misericórdia ou aos postos de saúde municipais, que viviam sempre lotados. Para equilibrar essas desigualdades, começou a surgir um movimento de Reforma Sanitária no Brasil, inspirado em experiências de outros países e nas discussões que aconteceram na Conferência de Alma-Ata.

Esse movimento defendia que todos deveriam ter amplo acesso aos serviços de saúde, independente de sua condição social, e que a saúde deveria fazer parte da política nacional de desenvolvimento e não ser vista apenas pelo lado da previdência social.

Percorrendo o caminho dos avanços na saúde nos últimos 20 anos chegamos à expressão **Saúde para Todos no Ano 2000**. Esta expressão surgiu na Assembléia Mundial da Saúde, em 1977, que lançou o movimento de Saúde para Todos no Ano 2000, que

desencadeou no mundo as expectativas por uma nova saúde pública. A expressão se afirmou como compromisso dos países que fazem parte das Nações Unidas, durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, em 1978, na antiga União Soviética, pela Organização Mundial da Saúde – OMS - e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF. (Ministério da Saúde, 2000).

Alma-Ata passou a ser uma referência mundial para as pessoas que se preocupam com a saúde e, quando alguém se refere à Alma-Ata, está se referindo ao compromisso de Saúde para Todos – uma meta a ser alcançada por meio da atenção primária à saúde e da participação comunitária.

Ainda no Canadá, em 1986, a I Conferência Internacional de Promoção de Saúde organizou a Carta de Ottawa, enfatizando a importância e o impacto das dimensões sócio-econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde. Definiu estratégias, como as de estabelecer políticas públicas saudáveis, criar ambientes favoráveis à saúde, reforçar a ação comunitária, desenvolver atitudes pessoais e reorientar os serviços de saúde como uma atividade eminentemente intersetorial e como “um processo que confere à população meios de identificar os determinantes de saúde e exercer controle sobre eles, de modo a lhe assegurar qualidade de vida”. (Ministério da Saúde, 2000).

A partir de 1985, começaram os preparativos para a elaboração da Constituição Federal. Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde e criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, com a tarefa de formular as bases para um sistema de saúde brasileiro. Alguns dos integrantes dessa Comissão fizeram parte da Assembléia Nacional Constituinte – conjunto de parlamentares que escreveu a Constituição Federal de 1988. Dessa forma, essa nova maneira de entender saúde está incluída na Constituição

Federal, no artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (Ministério da Saúde, 2000) Para promover esse acesso universal e igualitário, foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS, conforme indicado no artigo 198 da Constituição Federal.

A partir de então se seguiram diversos Fóruns internacionais:

- 1988, II Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde de Adelaide.
- 1991, Conferência Internacional Ação pela Saúde de Sundswall.
- 1992, Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e desenvolvimento, no Rio de Janeiro, que produziu a Agenda 21 Diagnósticos das dificuldades Sociais Mundiais (desenvolvimento sustentável), e a Conferência de Promoção de Saúde de Bogotá – Declaração de Bogotá.
- 1993, Trinidad e Tobago e 1995, Fortaleza com enfoques centrados na produção social da saúde e na construção da cidadania.
- 1997, Jacarta – Promoção da Saúde para o século 21, sobre a transição epidemiológica e populacional (valores, modo de consumo, condições de vida) e Havana – Saúde para Todos como um direito fundamental do ser humano.
- 1999, São Paulo, o 6º Congresso Paulista de Saúde Pública (Cidades saudáveis).
- 2000, no México, a 5ª Conferência Global de Promoção de Saúde sobre Equidade, Responsabilidade Social pela Saúde, Instrumentalização Técnica e Participação Social, Estabelecimento de Parcerias, Investimentos e Infra-Estrutura para Promoção de Saúde.

Na redefinição do conceito de saúde associado ao direito ao acesso, e agora à qualidade de vida (e não somente aos serviços de saúde), destaca-se o **Programa Saúde da**

**Família**, proposto pelo governo brasileiro, aperfeiçoando experiências internacionais. (Ministério da Saúde, 2000).

Hoje, depois da 8ª Conferência já não existe mais diferenciação entre dois aspectos da saúde pública, o político e o técnico-científico.

Cabe ao Estado assumir todas as ações de **PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO** da saúde de todos os **CIDADÃOS**.

### **3.3 – Educação em Saúde**

Educação em saúde é certamente o contexto onde o Programa de Agentes Comunitários de Saúde está inserido. Educar significa ser um artesão da personalidade, um poeta da inteligência, portanto, um semear de idéias. Principalmente no que tange a busca pela qualidade de vida saudável. As ações de educação em saúde são de fundamental importância tanto para a democratização do conhecimento, quanto pelo seu caráter pedagógico das ações educativas. Baseadas no dialogo, tais práticas contribuem para a construção da consciência sanitária, dando aos cidadãos meios de defesa contra inúmeros riscos, e contra práticas nocivas à saúde. A educação é capaz de criar no sujeito uma consciência crítica, e a simplificação do conceito de saúde é indispensável a socialização do saber, do conhecimento sobre questões de saúde.

Por isso, toda política que sirva para unificar educação e saúde no mesmo ideal de realizações no âmbito das mudanças sociais, será muita bem acolhida pela população, que depende destas ações, e muitas vezes morrem ou vêm sua saúde escorrer entre os dedos por falta delas. Visto que a proteção da saúde da coletividade é uma função do poder público. A prática da educação em saúde é fundamental no sentido de construir estratégias coletivas junto à população, deixando clara a importância de se apontar caminhos encorajando os sujeitos a segui-los, detectando os reais problemas e buscando soluções

criativas e coletivas. Para isso, é necessário que se acredite no potencial de transformação do ser humano, como acreditam os envolvidos nesse processo demonstrado a partir de suas falas variadas: ” ... acho que tem que unir as forças se for para melhoria”, “Depende de mim mesma se eu quero mudanças”, “Procuro fazer algo que me ajude fazendo a minha parte”, “É um sonho possível, temos sempre que acreditar, mesmo que seja difícil”, “As pessoas tem condições de ajudar se quiserem”.

A educação em saúde é uma prática coletiva que envolve, portanto, vários atores sociais, que buscam por meio da informação, esclarecimentos e troca de conhecimentos e saberes caminharem numa mesma direção, seguindo parâmetros estabelecidos coletivamente para o bem comum de uma determinada população.

Educar em saúde requer compreender o entendimento da saúde pública como um processo de intervenção nas condições sociais do indivíduo, tendo os sujeitos como parte de tais mobilizações, melhor dizendo tendo a população como “companheira” nas conquistas cotidianas. Buscando-se sempre focar as discussões sobre a saúde social, integral, preventiva e coletiva.

### **3.4 – Breve Histórico do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Brasil – PACS**

#### **Estratégias do Programa Saúde da Família**

No início da década de 80, alguns países iniciaram os primeiros passos nessa direção, aparecendo Canadá, Cuba, Inglaterra e outros, como pioneiros das mudanças nos serviços de saúde de reconhecida resolutividade e impacto, mundialmente. Das experiências mundiais e as realizações em vários pontos do território brasileiro é elaborada a estratégia de reorganização da Atenção Primária ou Básica, denominada de “Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde”, o PSF e o PACS.



No Brasil a implantação do PACS, surge em 1991 com trabalhos de pessoas da comunidade treinadas, capacitadas e supervisionadas por profissionais de saúde. O PACS foi criado baseado em experiências anteriores bem sucedidas, constituindo-se em uma estratégia que agrega idéias de proporcionar a população o acesso e a universalização do atendimento à saúde, descentralizando as ações.

A criação do PACS, pelo Ministério da Saúde, foi uma das primeiras estratégias para se começar a mudar o modelo de assistência à saúde, ou seja, a forma como os serviços de saúde estão organizados e como a população tem acesso a esses serviços.

O PACS é considerado uma estratégia transitória para o Programa Saúde da Família (PSF). À medida que os municípios vão instalando as unidades de Saúde da Família, vão incorporando os agentes comunitários já existentes às suas equipes.

A implantação do PSF e do PACS ocorre por adesão espontânea dos Estados e municípios que cumprem os seguintes requisitos:

- Estar habilitado na norma Operacional Básica do SUS/NOB-SUS/96; elaborar projeto de implantação do PSF/PACS de acordo com as diretrizes do programa;
- Ter aprovação de sua implantação do PSF/PACS pelo Conselho Municipal de Saúde/CMS;
- Garantir a inclusão da proposta de trabalho do PSF/PACS no Plano Municipal de Saúde;
- Garantir a infra-estrutura de funcionamento da Unidade de Saúde do PSF/PACS;
- Garantir a integração do PSF/PACS à rede de serviços de saúde complementares, de forma a assegurar a referência e contra-referência quando os problemas exigirem maior grau de complexidade para sua resolução;

- Garantir a integração do ACS na rede básica dentro da área de abrangência do PACS;
- Garantir o programa de educação continuada para a equipe do PACS;
- Ter um (01) enfermeiro supervisor para cada 30 ACS, em plena parceria entre a União, Estados e municípios, co-responsáveis na proteção da saúde da população brasileira.

Essa estratégia, elegendo a família como núcleo social alvo em um território definido, agrega ainda os princípios da **responsabilidade social, interdisciplinaridade e intersetorialidade, além da vigilância em saúde.**

Daí a necessidade desse programa também assumir a reorientação da atenção básica à saúde, contemplando a Educação, moradia e estilos de vida, além da universalização do acesso pela população à informação, e a melhores condições de vida em seu espaço de convivência.

#### **O Perfil do Agente Comunitário de Saúde – ACS**

Este profissional de saúde é um agente de mudanças, uma ferramenta importantíssima na construção dos alicerces deste processo. Em seu trabalho leva informações sobre como prevenir doenças, e acompanha a saúde das pessoas das famílias, pesando crianças, verificando se estão com as vacinas em dia, se as gestantes estão comparecendo ao pré-natal, se apresentam alguma coisa fora do habitual. Por outro lado, na unidade de saúde, as pessoas que o agente comunitário de saúde encaminha são examinadas, e dependendo do caso, recebem medicamentos, fazem exames como o preventivo de câncer de colo de útero, etc.

O Agente Comunitário de Saúde é um trabalhador, mulher ou homem, que integra a equipe local de saúde ou a equipe de Saúde da Família. Ele deve conhecer bem sua comunidade para poder fazer o cadastramento de todas as famílias da microárea onde trabalha.

Para ser agente comunitário de saúde é preciso morar na comunidade há pelo menos dois anos, ter mais de dezoito anos, saber ler e escrever. O ACS é treinado e orientado em seu trabalho por um enfermeiro chamado de instrutor-supervisor:

#### **Ações Educativas e Práticas Preventivas Promovidas pelo Agente Comunitário de Saúde:**

O agente comunitário de saúde é um elo entre a comunidade e os serviços de saúde, mas é muito mais que isso, ele auxilia as pessoas a encontrar soluções mais eficazes para os seus problemas. Ele identifica as áreas e situações de risco individual e coletivo, encaminha as pessoas doentes às unidades de saúde, acompanha o tratamento e reabilitação das pessoas doentes, orientadas pelas unidades de saúde, orienta a promoção e a proteção da saúde, mobiliza a comunidade para a conquista de ambientes e condições favoráveis à saúde, notifica aos serviços de saúde as doenças que necessitam de vigilância, como podemos notar ele tem muitas funções, como de promotor e defensor da saúde, a depender das ações que tem realizado.

Exemplos de atividades realizadas pelos agentes comunitários em suas microáreas de trabalho: Faz mapeamento das famílias da sua área de trabalho; faz o mapeamento da sua área de trabalho; analisa com a equipe de saúde as necessidades da sua comunidade, participando do diagnóstico de saúde de sua comunidade; atua, junto com os serviços de saúde, nas ações de controle das doenças endêmicas (cólera, febre amarela, dengue, doença de chagas, esquistossomose, e, outras); atua junto com os serviços de saúde, nas ações de

promoção e proteção da saúde da criança, da mulher, do adolescente, do idoso e dos portadores de deficiência física e de deficiência mental; participa das ações de saneamento básico e melhoria do meio ambiente; estimula a educação e a participação comunitária.

Em suas ações cotidianas o agente comunitário de saúde precisa atentar para quatro ações fundamentais ao desenvolvimento de seu trabalho e que refletem a maioria de suas ações: **Identificar, Encaminhar, Orientar e Acompanhar**. Todas as suas ações são importantes e o somatório de todas elas vai efetivar, e validar sua atuação.

Como se dão essas ações no contexto comunitário: Essas ações se dão cotidianamente através de práticas educativas como encontros comunitários, pesagem em creches e escolas da comunidade (avaliação nutricional), palestras em espaços comunitários (centros culturais, escolas, creches, quadras, unidade de saúde, etc), peças teatrais com temas relativos a comportamentos de risco para a saúde, Mutirão de saúde comunitária, etc. Desta forma, é possível ajudar e muito os indivíduos a aumentarem seu poder decisório, levando-os a compreender que também são responsáveis por sua saúde e de sua comunidade, sendo talvez o maior responsável de todos, com vistas à superação dos problemas identificados, como bem ressaltou a diretora da unidade de saúde em seu relato: "O ACS consegue resgatar com seu trabalho diário aquele excluído que por qualquer motivo perdeu a esperança na sua melhor qualidade de vida. Aquele acomodado que não faz nada, porque não tem vontade; mostrando, avaliando, incentivando e até notificando algumas atitudes abusivas".

### **Complexo Mangueira: Contexto em Questão**

Estamos falando do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que está inserido no espaço comunitário do Complexo Mangueira, portanto, estaremos contando um pouco da história desta comunidade a fim de contextualizar nossa pesquisa.

O morro de Mangueira começou a ser ocupado nos últimos anos do século IX. Em 11 de maio de 1852 inaugurou-se nas proximidades da Quinta da Boa Vista o primeiro telégrafo do Brasil, e a elevação vizinha a Quinta da Boa Vista ficou conhecida como Morro dos Telégrafos. Mais tarde uma indústria de chapéus denominada fábrica Fernandes Fraga, passou a ser conhecida como “fábrica das mangueiras” devido ao enorme quantitativo dessa árvore no local, o que motivou a mudança de nome desta fábrica que passou a chamar-se Fábrica de Chapéus Mangueira.

Em 1889, a Central do Brasil batizou a recém inaugurada estação ferroviária de Mangueira dada à identificação popular deste nome com a localidade. Daí então, a elevação ao lado da linha férrea começou a ser chamada de Mangueira. Daí então o nome Telégrafos permaneceu para identificar apenas uma parte do morro.

Atualmente o complexo da Mangueira é formado pelos núcleos: Chalé, Buraco Quente, Candelária e Telégrafos. A ocupação do morro deu-se principalmente de duas formas, durante a reforma da Quinta da Boa Vista em 1908 pela prefeitura, em que as casas dos soldados do 9º Regimento da Cavalaria ali constituídas foram demolidas e estes militares instalaram-se no Morro da Mangueira, construíram suas casas com os restos da demolição. E também ocupado pelos egressos do incêndio que em 1916 destruiu as casas do morro de Santo Antônio.

Surgiu assim, em Mangueira, uma comunidade de gente pobre, constituída quase na totalidade de negros, filhos e netos de escravos. Fortemente marcada por manifestações

culturais e religiosas. Os primeiros moradores civis foram: Dona Ana Maria dos Santos e seu irmão João Serafim de Miranda, procedentes do Espírito Santo.

Em 1935, houve uma tentativa de descendentes do Visconde de Niterói (hoje nome da principal via da Mangueira) de despejar os moradores do morro, o que foi impedido pelo prefeito Pedro Ernesto. Houve nova tentativa em 1964, mas o governador Carlos Lacerda desapropriou o Morro da Mangueira.

Segundo o compositor Cartola, a escola de samba foi fundada no dia 28 de abril de 1928. Nasce, então, a Estação Primeira de Mangueira, não a primeira estação de trem depois da D. Pedro II, mas a primeira, a melhor em matéria de samba.

Antigamente as ruas e becos dessa comunidade não eram pavimentados, as moradias em sua grande parte eram de matérias aproveitados como madeiras, folhas de zinco e estuques (taipa revestida), daí a estrofe do samba que diz: “Mangueira teu cenário é uma beleza que a natureza criou, o morro com seus barracões de zinco quando amanhece que esplendor...”. Não havia coleta de lixo, regularmente eram todos destinados às encostas denominadas de barreiras.

Atualmente, as ruas e becos são pavimentados, mas existem muitos esgotos a céu aberto, há coleta de lixo regularmente pela COMLURB e pelos garis comunitários, porém não em todas as localidades, somente nas de maior acessibilidade. As moradias, hoje, são em sua grande maioria de alvenaria e próprias, e algumas das “barreiras” que antes eram depósitos de lixo, hoje se tornaram áreas de lazer comunitário.

A atividade econômica mais importante dessa comunidade tem sido o comércio de forma geral, as vias de acesso rodoviário são pelos coletivos públicos que circulam ao redor da comunidade com acesso a todos os lugares do Rio de Janeiro, além do transporte alternativo (Kombi e moto-taxi) que circulam dentro da comunidade.

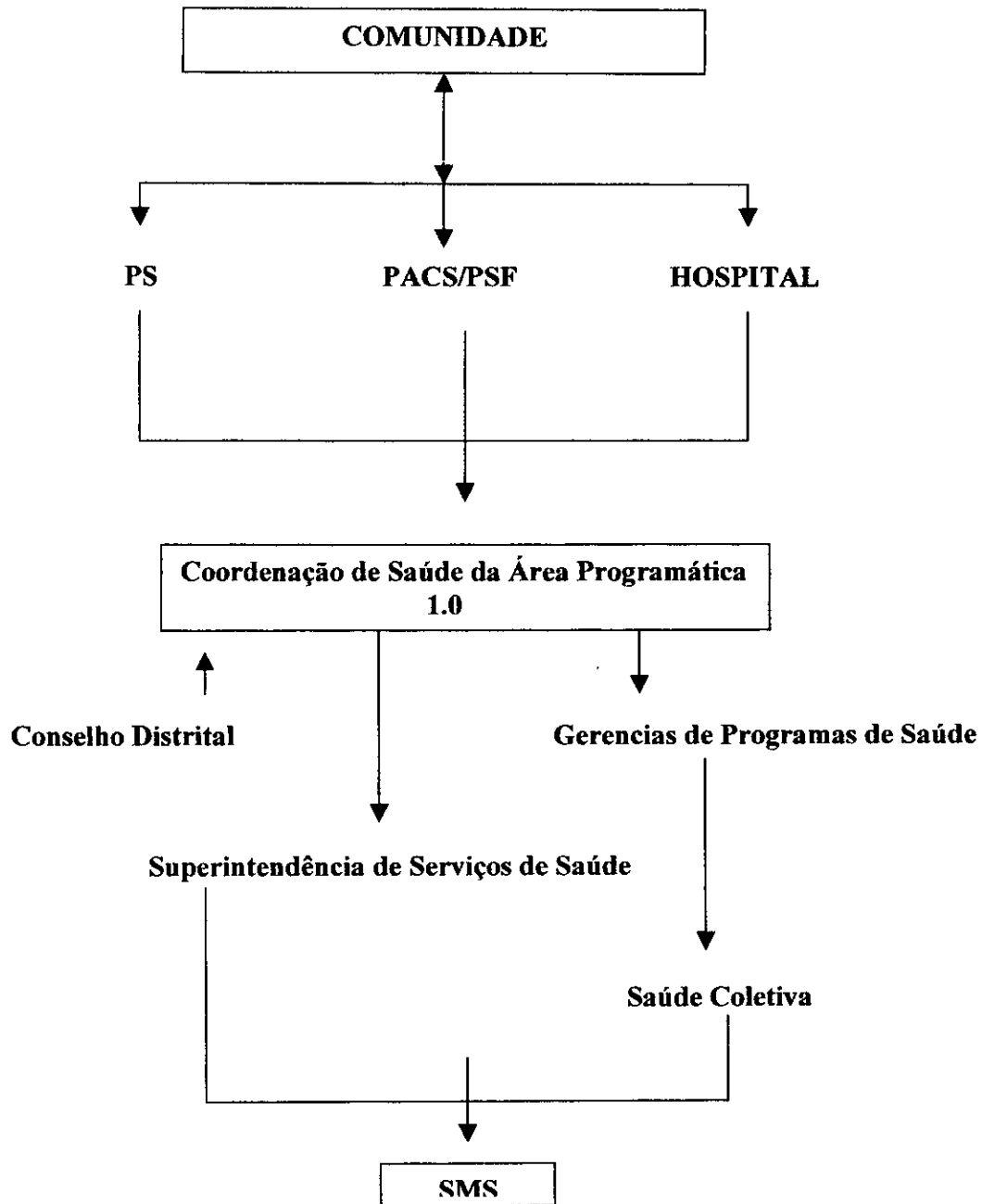
Grande parte da mão de obra comunitária é absorvida pelos projetos inseridos no próprio contexto comunitário, pela Vila Olímpica da Mangueira ou pelo tráfico de drogas local. Grande parte desta população está no setor informal de trabalho, em diversas ocupações.

As formas de organização popular eram as associações de moradores, que eram em número de quatro. Hoje, centralizou-se em uma apenas, localizada na comunidade do Buraco Quente. Além de invasões e tentativas já citadas, houve também a invasão pelo poder paralelo.

O Complexo Mangueira, em questão de saúde, faz parte de um dos distritos sanitários da cidade do Rio de Janeiro. O que vem a ser um distrito sanitário? É a unidade mais periférica da administração pública na área da saúde. Ele detém responsabilidades e poder decisório ante a política local de saúde. O processo de distritalização (divisão de territórios em distritos) teve como objetivo principal, aproximar a administração da área da saúde as necessidades da população que o compõe.

As grandes cidades como o Rio de Janeiro, são divididos em vários distritos sanitários. O município do Rio de Janeiro é dividido em 10 áreas de planejamento, cada área equivale a um distrito sanitário, que se denomina Coordenação de Saúde da Área de Planejamento, a CAP.

A CAP em que a Mangueira está inserida é a de número 1.0. Ligado a CAP 1.0, assim como nas demais áreas, estão os PACS/PSF, OS, CMS, hospitais como mostra o esquema abaixo:

**Esquema da constituição do Distrito Sanitário, correspondente a AP 1.0**



### **3.5 – PACS – Educação e Saúde se entrecruzando e se auxiliando na geração de resultados positivos.**

A prática cotidiana dos agentes comunitários de saúde, inserida no contexto comunitário do complexo Mangueira, busca fazer com que através do entrecruzamento da educação com a saúde seja possível conquistar a cidadania, auxiliando na construção cotidiana de uma melhor qualidade de vida, propondo e promovendo ações educativas e preventivas que levem a melhores condições de vida local. Atualmente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde na Mangueira possui 4.871 famílias atendidas e acompanhadas.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde, objetiva principalmente levar a comunidade à participação neste processo pelo desenvolvimento de uma vida saudável, à mobilização no sentido de traçar conjuntamente estratégias para a solução dos problemas comunitários. Isto é, melhorar a qualidade de vida da população comunitária pela promoção (condições de lazer, saneamento, moradia, educação, cultura), prevenção (vacinação, aleitamento materno, saúde bucal), tratamento e reabilitação.

Sabemos que trabalhar com educação e com saúde é um tanto quanto difícil, desmotivador, precisa-se de determinação, coragem e vontade de realizar as mudanças, visto que são questões muito pouco ou nada valorizadas pelo poder público de forma generalizada. Tornamo-nos co-responsáveis, sujeitos e objetos da história em que estamos inseridos, para lutar por resultados que sejam positivos para as pessoas de forma geral.

O desenvolvimento do PACS na Mangueira vem fortalecendo as mobilizações e participações comunitárias, apesar do pouco apoio da esfera pública, no sentido de incentivar as pessoas a brigarem e reivindicarem pelos seus direitos no sentido amplo da palavra, e também com relação ao entendimento da complexidade do termo saúde,

enquanto um conjunto de situações favoráveis à sobrevivência dos seres humanos, além de conscientizá-los de seus deveres de cidadãos. A educação é um instrumento essencial para atingir o objetivo de todo profissional de saúde, pois busca oferecer meios para a efetivação de uma melhor qualidade de vida.

A educação e a saúde se entrecruzam neste espaço de organização social, no dia a dia da efetivação das ações do ACS, quando ele procura fazer com que cada vez um número maior de pessoas tenha acesso a informações básicas, mas vitais, orientações sobre o cuidar de sua saúde, da saúde de sua família, da saúde de seu local de convívio, realizando assim, uma parceria comunitária, uma aliança onde se trabalha por melhores condições de vida, por uma qualidade de vida saudável. Visto que, “O que importa, realmente, ao ajudar-se o homem é ajudá-lo a ajudar-se. É fazê-lo agente de sua própria recuperação. É repitamos, pô-lo numa postura conscientemente crítica diante de seus problemas”. (FREIRE, 2000).

Esse entrecruzamento torna-se importante à medida que a soma das informações irá qualificar as ações promovidas e planejadas. Afinal, a vida se constrói com ações e para vivê-la é preciso que as ações aconteçam. Sem deixar de ressaltar as questões da **Vida comunitária e da Saúde comunitária e os conceitos de educação e saúde.**

**EDUCAÇÃO:** De maneira geral, pode-se dizer que educação é o processo pelo qual são construídos e apreendidos os conhecimentos e atividades necessárias para que o indivíduo tenha condições de integrar-se à sociedade.

**SAÚDE:** Em seu sentido mais abrangente, a saúde é o resultante das condições de habitação, alimentação, educação, renda meio ambiente, transporte, trabalho, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultante das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades de vida “ (Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde – 1986).

**VIDA COMUNITÁRIA:** O conceito de vida comunitária nos chama a atenção para a importância de viver-se com os outros, da troca de idéias e experiências vividas, do aprender em conjunto partilhando esses saberes, conhecimentos, esperanças e sonhos em comum. Tudo isso são características da vida comunitária.

Por isso, existem os ditados como: “**uma andorinha só não faz verão**”, “**a união faz a força**”, “**um assunto puxa o outro**”.

**Vida comunitária é isto:**

- Viver com os outros;
- Trabalhar juntos pelas mesmas coisas;
- Dividir alegrias e tristezas;
- Dividir também, os problemas;
- Lutar pela organização e participação de todos para garantirem seus direitos de cidadãos. (Ministério da Saúde, 2000).

Compreendemos nesta questão da vida comunitária que, é como se todos estivessem num mesmo barco a remo, é necessário então que todos remem juntos.

Neste contexto, essa história de “cada um por si” ou “salve-se quem puder” não tem funcionalidade nenhuma. A coerência nos mostra que na comunidade nem tudo é harmonia, e muito menos, os interesses serão sempre os mesmos, até porque cada sujeito é um sujeito, como em todas as sociedades, há inúmeras diferenças entre as pessoas, há disputas pessoais e sociais, as ambições comuns dos seres humanos, etc..., faz com que o trabalho comunitário não seja uma tarefa fácil.

Concluimos então, que para ter vida comunitária, precisa-se que cada um faça a força de todos. Quando vivemos tal experiência, descobrimos que é possível resolver muitos problemas, quando as forças se juntam, ou seja, as pessoas se unem.

A comunidade funciona e promove mudanças, quando existe troca entre os conhecimentos adquiridos na construção dos caminhos possíveis, essa troca entre as pessoas faz parte do processo educativo para a participação em saúde, gerando resultados enfim positivos.

**SAÚDE COMUNITÁRIA:** Vemos a saúde comunitária como o bem-estar global desta população. A entendemos como qualidade de vida e condições sociais da comunidade em geral, visando não só a saúde física, mas a moradia adequada, o saneamento básico, o acesso à água potável, o lazer, a cultura, o trabalho, a dignidade. Enfim, a saúde comunitária é o equilíbrio deste “ecossistema” que é a vida comunitária. Para que a saúde comunitária aconteça e caminhe de forma satisfatória, é necessário que a população comunitária esteja inserida diretamente neste processo, trabalhando juntos pela superação de seus problemas adquirindo então, maior controle sobre a saúde e também sobre suas próprias vidas, caminhando assim rumo a conquista efetiva de melhores índices de qualidade de vida. Afinal, como disse a enfermeira supervisora do PACS, “Temos que saber que o ser humano não é somente um corpo, temos ao redor dele outros atores e um cenário envolvido”.

#### **O PACS sob a influência das condições de vida da população atendida**

As intervenções produzidas e promovidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde é introduzida na vida dos sujeitos buscando modificar suas dinâmicas de vida e seus relacionamentos, gerando múltiplas ações e reações neste contexto. A partir dessas reações emergentes faz-se necessário à construção e reconstrução de novas estratégias para

integrar e agir conjuntamente, valorizando os aspectos positivos na tentativa de superação ou atenuação de problemas ou dificuldades, dando continuidade às atividades.

As condições de vida das pessoas são condicionantes para o desempenho do trabalho dos profissionais do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Assim, caminhamos no sentido de definir o conceito de condições de vida a partir de sua forma mais ampla, ou seja, o conjunto das relações (sociais, econômicas, culturais, psicológicas, amorosas,...) travadas pelos sujeitos que protagonizam esta história social, de forma que, sejam capazes de melhor expressarem questões e dificuldades enfrentadas. Ou seja, “Por uma nova sociedade, que sendo sujeito de si mesma, tivesse no homem e no povo sujeitos de sua história”. (Paulo Freire, 2000).

São múltiplas as situações enfrentadas pelo PACS, em sua vigência na comunidade, as ações de seus profissionais por diversas vezes são atravancadas pelas situações vividas no contexto comunitário, como articulações do tráfico que determina as regras sociais da convivência e sobrevivência comunitária que dificulta as ações educativas; as incursões policiais que desrespeitam o direito a vida que a população comunitária tem, a baixa renda ou nenhuma renda desta população que dificulta o cumprimento de tarefas que podem mudar sua qualidade de vida, como por exemplo: falta o filtro para água das crianças, falta o gás para fervura desta água, falta comida, falta trabalho, ou seja, a carência financeira é um grande vilão neste contexto. Somadas a falta de transporte para levar os pacientes à unidade de saúde, a dependência de drogas lícitas e ilícitas, gravidez precoce vinculada ao tráfico, incidência de DST/AIDS vinculada ao tráfico, péssimas condições de moradia, saneamento básico precário, dificuldade de acesso aos serviços de saúde em sua complexidade, precariedade do Sistema Único de Saúde (SUS) que ora não há remédios, ora não há curativos, ora não há números suficientes, etc. Como comenta a supervisora;

“O que percebo é um programa lindo, com um objetivo maravilhoso, mas na realidade estamos “soltos”, sem ter reconhecimento, quanto mais, apoio do poder público. Primordial seria termos o envolvimento de todas as instâncias governamentais para realizarmos o trabalho”.

Nesta questão, compreendido está que, o desenvolvimento deste trabalho é complexo, árduo, e não pode ser realizado com intenções imediatistas; envolve questões éticas, humanas e sociais, estruturais, mas também conjunturais. Fica assim, portanto, um tanto difícil produzir resultados melhores. Sendo assim, os desdobramentos do PACS no complexo Mangueira, tem seguido a passos lentos, tornando-se um desafio grandioso o desenvolver de suas ações frente às políticas públicas tão desfavoráveis a seu desempenho. Os resultados poderiam ser melhores à medida que as políticas públicas fossem verdadeiramente efetivas, e direcionadas ao cumprimento das necessidades básicas da população atendida. Até porque, encaminha-se o hipertenso, ou o diabético para a unidade de saúde e os remédios de seus tratamentos não lhes são garantidos, vivem faltando, se a gestante que já tem quatro filhos e estando na quinta gestação tem o desejo de laquear suas trompas, e o próprio sistema de saúde não lhe garante isso na prática, como apresentar resultados decentes? Isto está claro na fala de um morador que diz: “Está muito distante do ideal, falta muita coisa, porque não consigo o benefício do medicamento, os mais caros têm que comprar com o meu salário de R\$260,00 e aí falta comida”, e também no relato da ACS Beatriz quando disse: “ Na maioria das vezes o trabalho não vai “pra frente” por falta de um suporte efetivo”.

Apenas será possível quando nossos gestores públicos assumirem uma política séria, voltada realmente para o bem-estar geral de nossa população.

#### **4 – Educação e Mudança Social: Um olhar freiretiano sobre a comunidade manguereense.**

Falar da pedagogia em sua dimensão social é tentar entender a educação enquanto ferramenta de transformação social, ou seja, enxergá-la como construtora de valores básicos e fundamentais para a conquista plena da cidadania da população de forma geral, e principalmente da população comunitária, e isso, segundo relato do ACS, “É uma responsabilidade muito grande, pois mudar o modo de vida das pessoas requer paciência e cautela”. É, compreendermos que, necessário se faz planejar, programar, assumir compromissos sociais com ações que se traduzam em instrumentos potenciais de mudanças, de socialização ou ressocialização do ser humano em sociedade, como ressaltou a direção da Unidade de Saúde da Mangueira em seu relato, “Pela educação os abismos se rompem. A educação é o princípio de tudo, inclusive da saúde. Saúde é vida, uma não está dissociada da outra”

Nesse sentido, Paulo Freire nos alerta a respeito de fomentarmos de dentro para fora as transformações e mudanças necessárias. Adverte-nos constantemente com relação ao compromisso pessoal que cada sujeito social precisa assumir para que seja possível acontecer rupturas importantes no processo de desenvolvimento social e pessoal da civilização. A comunidade entende isso como viável, como disse um dos moradores “Sem educação não tem saúde”, em acordo com o ACS que diz, “... os moradores também integram parte importante na busca de futuras mudanças sociais, cada um precisa fazer sua parte”. Tudo começa através do sonho, que talvez pareça, a priori, uma grande utopia, que perseguida perseverantemente tornar-se-á uma realidade possível.

É mais que evidente, que a educação não pode promover transformações sociais sozinha, ela não realiza milagres, porém, sem ela não é possível realizar mudança nenhuma. Segundo Freire, superar a alienação é o primeiro passo, pois é necessário que

nos conscientizemos das estruturas alienatórias que fazem parte da conjuntura social e prevenir-se contra ela.

O conhecimento construído ao longo da história de vida dos indivíduos deve levá-los a compreensão de seu contexto social, ou seja, deve funcionar como ferramenta de desalienação para o homem. Neste contexto, podemos e devemos considerar a **pedagogia em sua dimensão social**, isto é, a utilização de seus instrumentos educacionais para intervir e promover mudanças sociais através da “**pedagogia da vida cotidiana**”.

A população do Complexo Mangueira, como todo ser humano, sonha, objetiva, almeja, tem esperanças de mudanças e transformações socialmente construídas que são fundamentais para a melhoria de sua qualidade de vida e de seu crescimento enquanto sujeitos históricos sociais.

A pedagogia busca através de seus instrumentos pedagógico-metodológicos realizar ações e práticas educativas planejadas e estruturadas, com abordagens criativas, visando alcançar resultados positivos junto à população comunitária em questão. Assim sendo, temos que sonhar e não desistir do sonho nunca..., sonhar com melhor moradia, melhor emprego, melhor saúde, melhor educação, melhor condição social. Mas, como? Diante de tanta canalhice existente nesse país chamado Brasil? Acreditando e lutando pela transformação, vencendo o medo, a desesperança, a inércia da miséria social e pessoal: “[...] não entendo a existência humana e a necessária luta para fazê-la melhor, sem esperança e sem sonho”. (FREIRE, 1992).

Já sabendo que a desesperança nos imobiliza e nos faz esmorecer, tornando impossível unir forças que são essenciais para um projeto de recriação de nosso mundo pessoal e social, temos que ser esperançosos e sonhadores, e empenharmos nossas forças nessa empreitada de construção cotidiana de recriação social.



Compreendemos que o Brasil é um país anômalo, portanto, cada sujeito precisa assumir o compromisso ou a responsabilidade social de ressignificar seu espaço, criando valores, visto que a sociedade em sua vigência é muito mais uma troca de significados e sentidos, de valores, do que de coisas palpáveis. E quem é capaz de resgatar a sociedade é a luta coletiva crítica, reflexiva, a mobilização e a organização, que é capaz de trazer as reais soluções necessárias.

A pedagogia, no contexto da saúde comunitária, visa transformações e mudanças sociais tendo como tarefa central, motivar o educador social a buscar, pautado na análise crítica séria e correta, vislumbrar as possibilidades além dos obstáculos e dificuldades. Por isso a necessidade de que cada sujeito envolva-se, tenha coragem de ser aquilo que deseja ser, pois se não houver parcerias, não há como construir. Como fora ressaltado pela ACS Angele Vieira, “Através da educação se busca alargar estas concepções, entendendo saúde em um sentido mais amplo, como um bem estar de modo geral (condições de saúde física e mental, higiene e etc)”.

Todos somos ou podemos ser **agentes de mudanças**, agindo de acordo com as situações apresentadas ou vividas, a qual estejamos envolvidos. Podemos nos acomodar e aceitar, ou, podemos nos tornar **educadores sociais**, começando pelo nosso mundo, nosso interior, nosso pensamento, nossa atitude, tendo coragem de optar, romper, decidir e sonhar como o fez Paulo Freire, mesmo pagando tão alto preço, nos propondo a mostrar aos outros, outras possibilidades de opção através do ensino, do esclarecimento, da informação. A educação tem um grande potencial na instauração das mudanças sociais, que se fazem passo a passo no âmbito social. Porém, sabemos que não há educação neutra, todas são constituídas e utilizadas em meio a valores e regras sociais, com o objetivo de conservar o “status quo”, ou de subvertê-lo. Cabe a cada ator social ativo a escolha do que será feito,

até porque, claro está que o ato de educar é, ao mesmo tempo, o que baseia a conservação da ordem social, mas também é o esteio de suas mais radicais mudanças e transformações.

Esse olhar freiretiano, mostra como o processo educativo possui fundamental importância na condição social dos indivíduos. Em meio ao capitalismo selvagem socialmente construído e vivido, a educação tem sido um instrumento mantenedor das ideologias de dominação de um grupo sobre outro.

Todavia, freiretaneamente, numa visão dialética, a educação pode e deve assumir uma função emancipatória que, mediante a conscientização dos indivíduos, dinamize um processo contínuo e permanente de mudança social. Desde que seja um processo educativo comprometido com a democratização social, processo educativo este que projeta o homem como senhor de seu próprio caminho, histórico-socialmente construído, tornando-o capaz de romper, de optar, de decidir, levando-os a lutar pelas transformações sociais das estruturas e conjunturas opressoras que estão por aí.

A pedagogia cotidiana está calcada em evitar que continuemos pecando pela falta de informação, e também que sejamos vítimas do excesso da mesma, para que não se estabeleça essa falsa impressão de conhecimento, de muita informação sem nenhuma explicação. Até porque para lutar contra o poder dominador, é preciso entender compreender como ele impera.

A educação é um direito humano fundamental, e deve ser trabalhada de forma a promover a constituição de indivíduos e grupos como sujeitos da história que está aí, reduzindo, então, a desigualdade e a pobreza, gerando um sentimento de identidade ampliado a tal ponto de inserir uma responsabilidade pessoal pela qualidade de vida geral, gerando CIDADANIA.

M  
A mangueira aceitou o desafio e abraçou essa proposta, e tem buscado trabalhar pela dignidade através da educação. Nessa sociedade que responsabiliza o sujeito pela sua situação social, a educação, enquanto processo emancipatório para uma realidade mais justa e democrática precisa se estabelecer efetivamente, provocando ou desencadeando mudanças sociais.

Enfim, a importância da educação como ferramenta, está em nos conscientizar de que: “[...] ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, sem aprender a refazer, a retocar o sonho por causa do qual a gente se pôs a caminhar”. (FREIRE, 1992).

A população comunitária precisa conscientizar-se de que é uma maioria, e que, portanto, tem força suficiente para mudar situações, “... sonhando o sonho possível de mudar o mundo” (ANA MARIA FREIRE, 2000). Que melhor maneira, senão através da educação enquanto fomentadora de idéias novas, de visões diferentes, debatendo e discutindo através da prática educativa cotidiana, considerando as necessidades comuns pela própria sobrevivência humana. Assim, o ensinar e o aprender seguem se entrelaçando, visto que, educador são todos os sujeitos, desde que esteja engajado na luta social cotidiana, pois ninguém tem como profissão “educador”, posto que, os homens se educam entre si.

#### **4.1 – Agente Comunitário de Saúde: Educador e Agente Transformador numa sociedade conservadora, reprodutora de desigualdades sociais, injusta e excludente.**

“Há pessoas que fazem nascer flores onde não se pensava que fosse possível”

(FREIRE, 1992).

O Agente Comunitário de Saúde, enquanto educador social que busca ser, visando promover transformações sociais em uma sociedade totalmente contrária a sua prática, tem como desafio diário resistir e perseverar na instauração da conscientização pela educação e reeducação dos indivíduos, construindo e reinventando estratégias capazes de formatar um outro projeto de sociedade, que trabalhe pela produção da igualdade social, mais justa e incluyente. Como fora ressaltado em entrevista com agentes comunitários de saúde “... o trabalho do ACS é para somar saberes e mudar para melhor a situação da comunidade”.

O ACS é um educador do mundo, seu espaço de ensino-aprendizagem é amplo e vasto, por isso ele é alguém que busca abrir cotidianamente horizontes de possibilidades novas e promissoras, para aqueles cuja desesperança já faz parte integrante da cotidianidade: “[...] fica claro que o papel do trabalhador social se dá no processo de mudança”(FREIRE, 1979). Como mesmo ressalta o relato a seguir: “...penso que a maior parte das ações foram realmente construídas a partir de nossa própria experiência dentro da comunidade, estamos sempre aprendendo algo novo”.

O Agente Comunitário de Saúde tem como missão, levar os indivíduos à compreensão de que todos podemos e devemos ser agentes de mudanças, fomentadores de transformações sociais de acordo com as circunstâncias apresentadas ou vividas no cotidiano a qual se está inserido e envolvido. Ressaltando que o importante na mudança é à parte de mobilização, que provocará, indubitavelmente, muitas outras mudanças. Isto pode ser melhor visualizada através dos relatos dos moradores a seguir: “...já mudou muita coisa na comunidade”, “Mudou bastante minhas atitudes, depois das palestras e dos conselhos. Agora não faço mais bobagens, parei de beber e não perco mais noites de sono”, “Eu tenho sido muito bem orientada pacientemente”.

Dentro das concepções educacionais de Paulo Freire, o ACS é um guerreiro, um ativista de sonhos, um semeador de idéias e ideais, norteando ações e fomentando reações no seio desta sociedade, minando pouco a pouco suas estruturas e modelos impostos a população de forma antidemocrática, um gerador de mobilizações, participação, mudanças, dignificando e ressignificando a qualidade de vida dos indivíduos em geral. Ou seja, é um profissional que está comprometido com as mudanças possíveis e as transformações cabíveis, isto é:

Estamos convencidos de que o momento histórico exige de seus profissionais uma séria reflexão sobre sua realidade, que se transforma rapidamente, e da qual resulte sua inserção nela. Inserção essa que sendo crítica, é compromisso verdadeiro[...] compromisso com o seu povo. Com o homem concreto. Compromisso com o ser mais deste homem (FREIRE, 1979).

Esse profissional assume o compromisso coletivo de regar dia após dia o ser mais dessa comunidade, dessa sociedade, desse país, direcionando o indivíduo "... em seu papel de sujeito e não de mero e permanente objeto" (Paulo Freire, 1979). Até porque ele respeita o contexto cultural em que está inserido, como bem disse a ACS Beatriz: "É necessário respeitar "as verdades" das pessoas, saindo do pedestal e da arrogância de um saber único". Ele segue auxiliando, através da educação, a libertar pela conscientização, ajudando assim, os indivíduos a organizar e reorganizar reflexiva e criticamente seus pensamentos, e conseqüentemente, suas ações. Côncios, porém, de que nós educadores não somos iluminados, portanto, não pensamos que iremos "iluminar" a "santa<sup>?</sup> ignorância" dos sujeitos envolvidos nesse contexto, e sim ensinar e aprender em conjunto. Como diz Freire, "Ninguém educa ninguém, os homens se educam entre si" (Paulo Freire, 1987).

#### **4.2 – Educação Popular: Ferramenta valorosa na construção da identidade e no resgate da cidadania da população comunitária.**

A educação popular possibilita aos excluídos sociais a se inserirem e tornarem-se atores ativos neste contexto por eles vivido, sendo capaz de construir identidades, respeitando as subjetividades particulares. Porém, balizada sobre valores humanos e humanizadores, valores éticos e morais, que primem pelo respeito ao próximo, pela solidariedade, pela colaboração, na tentativa de gerar no interior humano a esperança que motiva a continuidade do caminhar.

As mudanças e transformações necessárias à sociedade são resultado de ações e práticas do trabalho do homem, exercidas sobre seu próprio mundo, a partir da leitura que faz do mesmo, este comentário de um ACS ilustra essa questão, “Este trabalho é de grande valia, pois através da educação em saúde se busca empregar uma série de transformações em benefício de nossa comunidade”. A educação popular pode e deve fazer o que importa: “O que importa, realmente, ao ajudar o homem é ajudá-lo a ajudar-se. É fazê-lo agente de sua própria recuperação. É, repitamos, pô-lo numa postura conscientemente crítica diante de seus problemas”. (FREIRE, 2000).

A educação popular se torna, então, mui valorosa, e fundamental nessa tarefa cotidiana de ressocialização das comunidades de baixa renda, justamente porque ela inclui. Visto que, é uma das peças chave para o resgate da cidadania da população comunitária. Sendo, portanto, importante veículo interventor e promotor de mudanças e transformações sociais, levando os indivíduos a tornarem-se “criticamente otimistas, fazendo com que suas desesperanças se convertam em esperanças, utopias, sonhos, e lutem para transformá-los em realidades, ou seja, sonhos possíveis: “[...] começam a se ver com os seus próprios olhos e se tornam capazes de projetar” (Freire, 2000). Começam a caminhar com seus

próprios pés, pensar seus próprios pensamentos, agir suas próprias ações, e a articular suas próprias reações.

Esta educação gera indivíduos com possibilidades, com direito à atividade intelectual, cultural, com direito à fala ou a voz, com direito ao respeito à diversidade de forma geral, com direito a ser educado de forma participativa e democrática. E todo esse processo educativo, gera e constrói passo a passo, a cidadania deste povo. Afinal, nossas vozes precisam se fazer ouvir.

A cidadania faz com que o ser humano passe a existir, tenha voz e vez. Faz com que saíamos da acomodação, da inércia produzida culturalmente em nosso âmago, e trilhemos caminhos, caminhos que poderão levar-nos ou não a conquistas de nossos objetivos, sonhos, ideais, utopias, mantendo assim, viva a esperança e as expectativas que são o combustível principal de nosso percurso.

Enfim, a educação popular, torna os sujeitos cidadãos do mundo, de seu mundo, compreendendo que, a educação “não é toda poderosa”, ou que sozinha não pode nada, porém, compreendendo e assumindo a educação em suas limitações, procurando realizar o que é possível ser realizável com e através da educação histórica e socialmente falando. Sem esquecermos que, “As transformações sociais se fazem na coincidência entre a vontade popular, a presença de uma liderança lúcida e o momento histórico propício”. (FREIRE, 1992). Estamos convictos que, o estilo participativo implica em desafios, e por vezes os impasses, o desenvolvimento do trabalho, a diversidade de idéias, os comportamentos individuais e situações conjunturais, são geradores de desânimo, porém, jamais fatores de desistência.

#### 4.3 – Pedagogia da Esperança – Por um trabalho conjunto com a Universidade.

A esperança existente em nós, atores sociais que compomos o contexto comunitário, é a de que a universidade construa um trabalho conjunto com estes espaços sócio-educacionais, ricos em conhecimentos, subjetividades, criatividade e diversidade, em questão de construção e troca de saberes. Faz-se necessário, instituir uma parceria entre universidade e tais comunidades, como forma de trabalho de extensão universitária que venha abalzar suas práticas de pesquisas, epistemologicamente falando, beneficiando-se desse contexto e de toda sua riqueza cultural e educacional, para que pautado em suas realidades, necessidades e possibilidades de crescimento, se possa criar estratégias capazes de auxiliar os cidadãos a suprirem suas necessidades básicas de sobrevivência na luta pelas transformações sociais.

Os profissionais vinculados à educação e a saúde, que desempenham suas atividades no âmbito comunitário, necessitam de uma educação continuada, uma certa qualificação, que os dê condições de unir o científico ao popular, o acadêmico aos saberes de experiências feitas; E que deste conjunto chegue-se aos resultados referentes as demandas sociais surgidas em tal contexto. Como diria Paulo Freire: “Debateremos a práxis educativa no seio da luta mesmo”.

Somente trabalhando conjuntamente, é possível compreender-se que, “De maneira nenhuma, porém, mesmo tratando-se do empenho de salvar vidas humanas, no esforço de superar o saber do senso comum, seria legítimo diminuí-lo, menosprezá-lo, mas respeitá-lo. Sua superação, já dizia naquela época, passa por ele”. (FREIRE, 1992). Afinal se não houver parcerias, não há como construir nada novo, e ficaremos presos na mesmice costumeira.



Qualidade social é algo que construímos penosamente no cotidiano, no coletivo, e cremos, que esse deve ser o papel social das Universidades, em parceria com a sociedade, tendo a comunidade como companheira na formação dos educadores do mundo. A Universidade precisa estar comprometida sim, com a formação plena dos indivíduos, e não continuar, como diria Althusser, “Aparelho Reprodutor do Estado”, é tempo de mudanças e não se pode continuar sendo coniventes com a manutenção do poder centralizado, que domestica e destrói a sociedade na qual estamos inseridos. Como fora relatado por um dos ACS, sobre a questão da qualificação, “Acredito ser extremamente necessário que estejamos sempre reciclando nossos conhecimentos, pois assim, estaríamos melhores capacitados para suprir todo e qualquer tipo de demanda trazida com o nosso trabalho”.

Na verdade, se não em todas, mas em grande parte delas, se buscava igualmente inovar na chamada “extensão” que, em lugar de se limitar a uma ida puramente assistencial da Universidade a áreas populares, vinha tornando-se um meio através do qual a Universidade procurava encontrar-se com os movimentos sociais, os grupos populares. (FREIRE, 1992).

Só assim, existirá uma articulação no que se refere às discussões e debates sobre a construção epistemológica neste contexto, isto é, vincular a Universidade na prática de um entendimento crítico e reflexivo das relações existentes, ou que possam vir a existir entre a ciência acadêmica e a consciência das classes populares. Ou seja, a relação entre saber popular, senso comum e conhecimento científico.

A Universidade deve isso à sociedade! Trabalhar acreditando na possibilidade de uma educação que não esteja vinculada a domesticação, a opressão, dando ao educador, enquanto sujeito de sua prática, condições de formar-se cotidianamente, recriando continua e progressivamente em meio à diversidade dos contextos da ação educadora que aplica, beneficiando-se da reflexão sobre a práxis na práxis, para nortear e estruturar seu ensinar e aprender, construindo assim, conhecimentos, compreensões, entendimentos e diversas

leituras destes mundos, para então buscar transformar sem caminhos prontos e impostos, mas construídos conjuntamente, de maneira dialógica e comunitária. Como ressaltou a diretora da unidade de saúde em seu relato: “A educação modifica atitudes por ampliar a visão, melhorar o entendimento, facilitando a compreensão das coisas. A Universidade tem a OBRIGAÇÃO de preparar bem o seu aluno, dando ótimas condições de estudo e incentivo a pesquisa”.

### **5 – Somando Olhares... Um olhar sobre outro Projeto.**

#### **PSE: Programa Saúde na Escola – Um breve histórico**

O Programa Saúde na Escola foi iniciado em agosto de 2000, em 99 CIEPs (Centros Integrados de Educação Pública do Estado do Rio de Janeiro), contando com médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e auxiliares de consultório dentário. A equipe gestora construiu todas as fases do desenvolvimento (modelo teórico, implantação, implementação e avaliação). O primeiro período do Programa (2000/2001) apresentou caráter observacional, visando a reavaliar, freqüentemente, as ações e as formas de gerenciamento (supervisão e coordenação). O segundo período (2002) caracterizou-se por:

- Aumento da abrangência do programa de 99 para 317 escolas.
- Incremento das atividades de prevenção e promoção da saúde escolar.
- Implantação dos Pólos Especiais de Saúde Escolar.
- Desenvolvimento da Assessoria de Epidemiologia e Pesquisa.

O ano de 2003, por sua vez, traduz-se em acelerado desenvolvimento de conhecimento científico através de pesquisas desenvolvidas nos CIEPs e elaboração do livro de Saúde Escolar.

A Saúde Escolar ou a Educação em Saúde na Escola tem sido objeto de discussões quanto a sua abrangência, dimensões, abordagens e estratégias entre outras questões. Mas, sem dúvida, o conceito de “promoção da saúde” coloca-se como central na presente proposta de trabalho. O movimento atual de promoção da saúde originou-se na Carta de Ottawa (WHO, 1986) e está associado inicialmente a um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais. Ou seja, trabalha com a idéia de responsabilidade múltipla; A promoção da saúde não se dirige a uma doença ou desordem específica. Compreende ações destinadas a aumentar a saúde e o bem-estar gerais. Com este objetivo são realizadas ações educativas e sanitárias cujo enfoque principal é a promoção da saúde. Entretanto, a partir da segunda revolução epidemiológica – movimento da prevenção das doenças crônico-degenerativas – a promoção da saúde passou a associar-se a medidas preventivas sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida.

Na proposta pedagógica dos CIEPs (Ribeiro, 1986), assim como, na das Escolas Promotoras de Saúde (OMS, 1986), a promoção da saúde no âmbito escolar pressupõe o desenvolvimento de conteúdos diversificados de saúde de interesse da população escolar através de:

- 1) atividade de ensino e de vivência da escola;
- 2) capacidade de profissionais da saúde, da educação, alunos, familiares e comunidade;
- 3) atendimento clínico, encaminhamento e educação em saúde.

Em 1986, com base na carta de Ottawa, surgiu o conceito de “Escolas Promotoras de Saúde”, através da Iniciativa Global de Saúde na Escola, lançada pela Organização Mundial de Saúde, cuja área de atuação é muito mais ampla quando comparada ao conceito de “Saúde Escolar”. Estas escolas devem estar constantemente fortalecendo sua capacidade de oferecer os meios para garantir a vida, o aprendizado e o trabalho e para tanto devem procurar parcerias com órgãos públicos ligados diretamente à saúde, educação, organizações não-governamentais, professores, diretores de escolas, pessoal lotado nos estabelecimentos de ensino e comunidade. A participação conjunta de todo este contingente é fundamental para o êxito do programa, cujo objetivo é atuar em diferentes pontos considerados prioritários em qualquer lugar do mundo.

O objetivo do Programa Saúde na Escola (PSE) é desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde do escolar dos CIEPs da rede oficial do Estado Rio de Janeiro. Atuando assim sobre a melhoria da saúde, das condições de desenvolvimento, do rendimento escolar, da auto-estima e da autoconfiança dos alunos. Contribuindo para a redução da evasão, repetência e absenteísmo escolar. Estimulando a adoção de estilos de vida saudáveis, com repercussões favoráveis ao longo da vida.

Os alunos, as famílias dos alunos e a comunidade são o público alvo sendo atendidos através de ações de prevenção de agravos e promoção da saúde.

### **5.1 – Escolas Promotoras de Saúde: Complementando as ações do PACS em nosso contexto comunitário.**

Entendido está que, sem parcerias nada se faz, nada se constrói. A semente lançada pelo trabalho desenvolvido no contexto escolar do CIEP 241 Nação Mangueirense, e que tem sido regada cotidianamente pelos profissionais do Programa Saúde na Escola (PSE),

objetivam somar, e certamente, complementam as ações promovidas pelo agente comunitário de saúde (ACS) através do PACS neste contexto comunitário.

É um somatório de esforços e olhares que se fazem, no sentido de promover uma melhor qualidade de vida da população comunitária de forma geral, realizando um trabalho inclusivo, com alunos e familiares. Este trabalho conjunto tem sido oportuno no sentido de que uma ação reforça a outra, ou seja, as ações preventivas e promotoras de saúde disseminadas no âmbito escolar, são somadas àquelas que são promovidas cotidianamente no âmbito comunitário, isto é, as mesmas ações direcionadas aos familiares destas crianças e adolescentes, diretamente em seus domicílios, se unem às informações e ações vividas por tais sujeitos no contexto escolar. O que resulta em tomada de consciência, reflexão, ação e mudança comportamentais que somatizam em transformações sociais e melhores índices de qualidade de vida.

Portanto, as Escolas Promotoras de Saúde, tem sido um complemento fundamental para o desenvolvimento das atividades do ACS, visto que se têm dado poucos subsídios para a efetivação do trabalho social em questão, por parte do poder público que deveria ser responsável pela qualidade de vida saudável da população no sentido amplo do conceito de saúde. Porém, como isso não tem acontecido, unir forças é preciso, e é assim que concebemos o trabalho dos profissionais do PSE no CIEP 241 Nação Mangueirense.

## **5.2 – Projeto Bombeiro Mirim – Multiplicando Idéias e Cidadania**

### **Um breve histórico**

A Secretaria de Estado da Defesa Civil, através da Subsecretaria Adjunta Operacional e o Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, por intermédio de seus grupamentos, Subgrupamentos e Destacamentos, resolve reiniciar o Projeto Bombeiro

Mirim no ano de 2003. O Projeto visa levar conhecimentos aos jovens estudantes do Ensino Fundamental (antigo primeiro grau) dos municípios do estado do Rio de Janeiro, instruindo-os com informações básicas relacionadas ao campo de atuação da defesa Civil e do Corpo de Bombeiros.

A principal intenção deste projeto é preparar os alunos para as atividades voluntárias da Defesa Civil, despertando também a consciência coletiva de preservação do meio ambiente, proteção de vidas e bens, noções de saúde e higiene, ensinamentos acerca de prevenção contra incêndio e pânico, educação no trânsito, drogas e seus malefícios, segurança pública, cidadania e atividades recreativas. Este aprendizado será transmitido por profissionais da Defesa Civil e do Corpo de Bombeiros e de outros segmentos da sociedade, a fim de transformar os participantes em “cidadãos do Amanhã”.

A finalidade deste projeto é despertar nos jovens o pleno senso de cidadania, preparando a criança e o adolescente para serem cidadãos críticos e conscientes dos seus direitos e deveres. Tendo como objetivos gerais, capacitar os participantes com conhecimento de defesa civil, proteção comunitária, conservação do meio ambiente, saúde e higiene, cidadania, civismo, prevenção contra incêndio e pânico. Evitar e minimizar os riscos de acidentes e perdas de vidas e bens. Incentivar a introdução da cultura dos serviços voluntários na população jovem de forma que eles se tornem multiplicadores de informações para suas famílias e comunidade.

Seus objetivos específicos são:

- Estimular a aquisição de estilos de vida saudáveis pelos jovens.
- Semear uma mentalidade coletiva de proteção ao meio ambiente, a fim de que sejam evitados deslizamentos, desabamentos e desmoronamentos.

- Proporcionar ao jovem conhecimento básico para atendimento a um companheiro ou a si mesmo, em caso de ferimentos ou inalação de corpos estranhos e gases tóxicos.
- Mostrar ao pequeno cidadão os sinais de perigo e percepção do momento correto de evadir-se de um local sinistrado, ao perceber fogo, cheiro de gás, vazamento de combustível ou qualquer outro material que cause danos físicos.
- Desenvolver nos jovens o espírito de solidariedade.
- Estimular nos jovens a disciplina, os direitos e os deveres do cidadão através das atividades de ações comunitárias.
- Proporcionar fundamentalmente aos jovens o exercício da cidadania.
- Proporcionar melhor integração entre a Secretaria de Estado de Defesa Civil e o Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro com a comunidade local.
- Proporcionar aos jovens informações e estabelecer um início de discussão a respeito das drogas.
- Facilitar as relações profissionais com espírito empreendedor.
- Apresentar, incentivar e introduzir a prática da cultura do voluntariado, a fim de desenvolver o sentimento da organização dos grupos de agentes de Defesa Civil.

O Projeto Bombeiro Mirim tem como paradigma o desenvolvimento da cidadania em crianças e adolescentes. Há necessidade de união entre os participantes que, direta ou indiretamente, estão engajados no processo, para que o Projeto ganhe maior abrangência e alcance social, fluindo da melhor forma possível em todas as suas etapas.

A juventude deste país está carente de uma melhor perspectiva de vida para o seu futuro... o futuro é agora! Pelo exposto, a nossa responsabilidade aumenta à medida que temos vontade de fazer, realizar, construir e conquistar.

O Governo somos todos nós. Há necessidade de que cada cidadão faça sua parte. Cabe não só as autoridades, mas a todos nós contribuirmos para o engrandecimento da juventude e melhoria das condições de vida da nação brasileira.

### **Somar olhares...**

...é sem sombra de dúvidas estreitar parcerias. É buscar unir conhecimentos, trocar saberes, construir coletivamente caminhos viáveis para as conquistas de cada um, histórico-social-culturalmente falando se torne um sonho possível.

Os Bombeiros Mirins de nossa comunidade assumiram seu papel de jovens cidadãos, e tem unido seus saberes e novos conhecimentos adquiridos, aos saberes e conhecimentos dos agentes comunitários de saúde, e juntos tem trabalhado para promoverem ações educativas e preventivas que possam contribuir para a conquista de uma melhor qualidade de vida comunitária, somando na luta pela educação e reeducação de tal população. Estimulando a outros jovens a se engajarem nesta luta social da qual todos somos peças importantes, luta essa que é de todos nós, e que somente através de nosso compromisso verdadeiro com o acesso à cidadania dos indivíduos que nos cercam, conseguiremos produzir, construir ou gerar resultados que nos satisfaçam socialmente.

Este trabalho compartilhado, conjunto, tem como pano de fundo a comunidade, e como parceiros e companheiros os voluntários Bombeiros Mirins, tem mostrado à juventude comunitária antes tão sem esperanças e horizontes, que existem possibilidades de crescimento, ou seja, que cada indivíduo tem seu valor enquanto ator social que faz



parte de um contexto sócio-histórico-cultural, suscitando um levante na auto-estima dessas crianças e adolescentes, fazendo-os sonhar com um amanhã melhor, mais justo, onde haja uma oportunidade de serem alguém, de serem reconhecidos, valorizados, e de se tornarem capazes de promoverem mudanças e transformações comunitárias, que reunidas tornar-se-ão sociais e abrirão novos horizontes de possibilidades para a comunidade em questão.

Essa parceria tornou-se fundamental, tanto para nós ACS, quanto para os agentes multiplicadores de idéias, de sonhos, de esperanças, de mudanças, de cidadania e de uma melhor qualidade de vida, agentes Bombeiros Mirins.

### **5.3 – Bombeiros Mirins em ação: Nossas Ações Conjuntas**

- Educação em saúde bucal;
- Primeiros socorros;
- Prevenção de incêndios e acidentes domésticos;
- Cuidados com queimaduras
- Prevenção contra drogas;
- Educação ambiental;
- Primeiras dúvidas (sexualidade).

### **6 – Saúde – Ser ou Não Ser: Eis a questão?!?**

Na realidade a questão é referente às práticas em saúde, essa prática é ou deveria ser uma prática educativa? Porque?

Bem, se focalizarmos as práticas de saúde de algum tempo atrás, poderíamos constatar que essa prática era pura e exclusivamente curativa, voltada para o indivíduo “máquina”, quebrou uma peça é só consertá-la e pronto. É, talvez, tenha sido por essa prática que a saúde do ser humano chegou ao caos que temos hoje. Muita gente com doenças irreversíveis necessitando cuidados permanentes. Foi então que as pesquisas neste campo se fizeram necessárias, e constatou-se que, “É melhor prevenir do que remediar” como diz o dito popular, não só é melhor, como é mais barato, mais eficaz e mais viável.

A partir de estudos e pesquisas realizados no âmbito da saúde, tornou-se evidente que, todas as práticas relativas à saúde devem ser práticas preventivas, com o objetivo de educar, reeducar ou conscientizar os indivíduos para a aquisição e adoção de estilos de vida mais saudáveis através de seu próprio comportamento, isto é, a partir da aquisição de conhecimentos práticos e saudáveis, somados a seus saberes de experiências feitas – reflexão – ação, além de cuidar da situação que porventura já esteja estabelecida.

A prática educativa em saúde procura levar o indivíduo a compreender as dimensões de seu contexto social, considerando as questões históricas e culturais estabelecidas nesse contexto, levando-o ao entendimento dos “porquês”, Porquê necessita agir dessa ou daquela maneira, porquê evitar esse ou aquele jeito de olhar, porquê se alimentar de maneira diferente, etc..., somente assim, os “porquês” não ficarão no ar atravancando a saúde e o trabalho exaustivo e árduo das práticas e ações educativas.

As ações preventivas e promotoras no âmbito da educação e saúde precisam fundamental e principalmente, tornarem-se efetivas práticas educativas. Desde a visita ao consultório do médico, que em seu atendimento não deve olhar seu paciente como mais um número, mas como um indivíduo que precisa de sua orientação e auxílio para obter ou manter sua saúde e uma qualidade de vida saudável, até o acs na outra extremidade, lá

dentro dos domicílios não só “levando informações”, mas buscando demonstrar na prática a importância das atitudes e comportamentos preventivos, como cuidados com a água, com o ambiente, com o corpo, com a vida de forma geral.

Todavia, a prática em saúde deve ser sempre, permanentemente, uma prática educativa.

### **6.1 – Educação e Saúde disseminando sonhos possíveis**

Trabalhar com esse binômio significa cotidianamente lidar com a possibilidade de desafiar os indivíduos a perceberem a necessidade de se “rebelarem” para construir e reconstruir seus mundos.

Confesso, assim como Freire, que isso não é uma tarefa fácil, mas plenamente possível. Fácil seria, dar continuidade a aceitação dos indivíduos às situações por eles vividas, a acomodação frente aos problemas que surgem cotidianamente, a manutenção da inércia frente a miséria, o preconceito, a desigualdade, a injustiça, a descrença, a desesperança, que mata os sonhos individuais e coletivos de forma avassaladora.

A educação e a Saúde, juntas, seguem indicando caminhos que possam, ao serem seguidos, conduzir a população comunitária à conquista da cidadania plena, ao resgate das suas identidades perdidas, ampliando as oportunidades, os sonhos, os objetivos, as utopias. O binômio Educação/Saúde prossegue disseminando sonhos possíveis no coração daqueles cujas as esperanças se apagam pouco a pouco em meio as dificuldades cotidianas, que os fazem sentirem-se menos gente, relegando-os a uma condição cada vez mais desumanizante. Porém, juntos, indignando-nos diante das irresponsabilidades do poder público que tem deixado tanto a desejar, ressaltando sempre que devemos lutar democraticamente contra tudo isso que tenta nos aprisionar e impede o crescimento das pessoas. Devemos acima de tudo, manter vivas as nossas utopias, alimentar nossas

esperanças cotidianamente, construir sonhos, reconstruir e reinventar caminhos, até porque:

Esta construção é um sonho por que devemos lutar todas e todos os que apostamos na seriedade, na liberdade, na criatividade... a luta coerente por este sonho exige de nós respeito pelos outros, assunção de dever cumprir nossas tarefas, de brigar por nossos direitos, de não fugir a obrigação de intervir. (FREIRE, 2001).

Afinal, o amanhã será sempre um novo dia de batalha rumo as nossas conquistas, visto que, “não existe um amanhã sem projetos, sem sonhos, sem utopias, sem esperança, sem o trabalho de criação e desenvolvimento de possibilidades que viabilizem a sua concretização”. (FREIRE, 2000).

O trabalho realizado através da junção entre educação e saúde tem procurado mobilizar os indivíduos a se incluírem na incansável luta por sonhos que se tornem possíveis, assumindo pessoalmente um duplo compromisso, de denunciar as injustiças e desigualdades de nossa social realidade excludente, e o compromisso de pensar e anunciar estratégias que possibilitem a democratização e concretização destas possibilidades. Entendendo que,

“Sonhar é imaginar horizontes de possibilidades; sonhar coletivamente é assumir a luta pela construção das condições de possibilidade. A capacidade de sonhar coletivamente, quando assumida na opção pela vivência da radicalidade de um sonho comum, constitui atitude de formação que orienta-se não apenas por acreditar que as situações-limites podem ser modificadas, mas, fundamentalmente, por acreditar que essa mudança se constrói constante e coletivamente... e possui um grande potencial transformador”. (FREIRE, 2001).

Acreditamos que essa idéia, o binômio Educação/Saúde tem conseguido disseminar nos corações mangueirenses, tem potencializado através da educação popular, em suas práticas educativas, que integradas a um movimento social bem mais amplo, vem assumindo a tarefa política de tornar possível o impossível como um desafio a cumprir.

Sejamos, portanto, pois, advertidos por Freire:

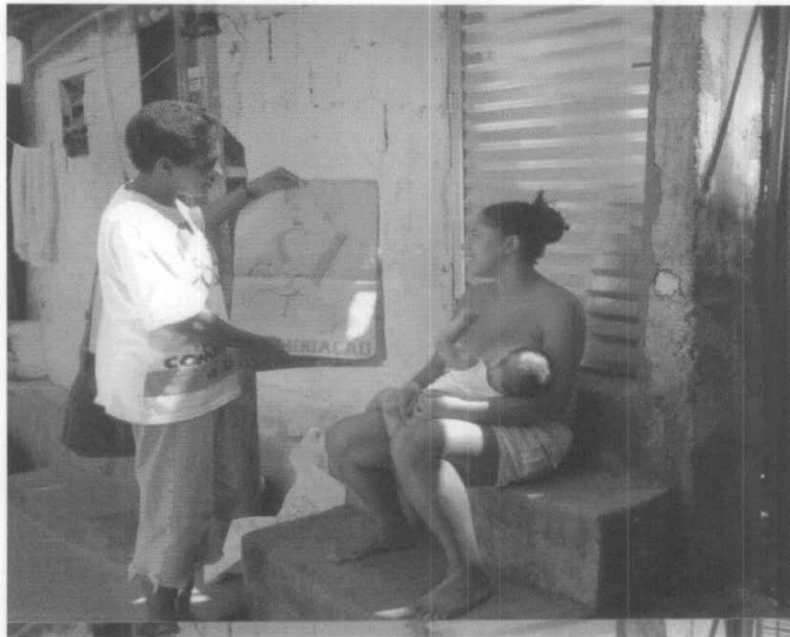
[...] ai daqueles e daquelas, entre nós, que pararem com sua capacidade de sonhar, de inventar a sua coragem de denunciar e anunciar; sonhar coletivamente é, pois, um desafio que se coloca a todos (as) que lutam pela reinvenção da educação (e de seus mundos). (FREIRE, 2001).

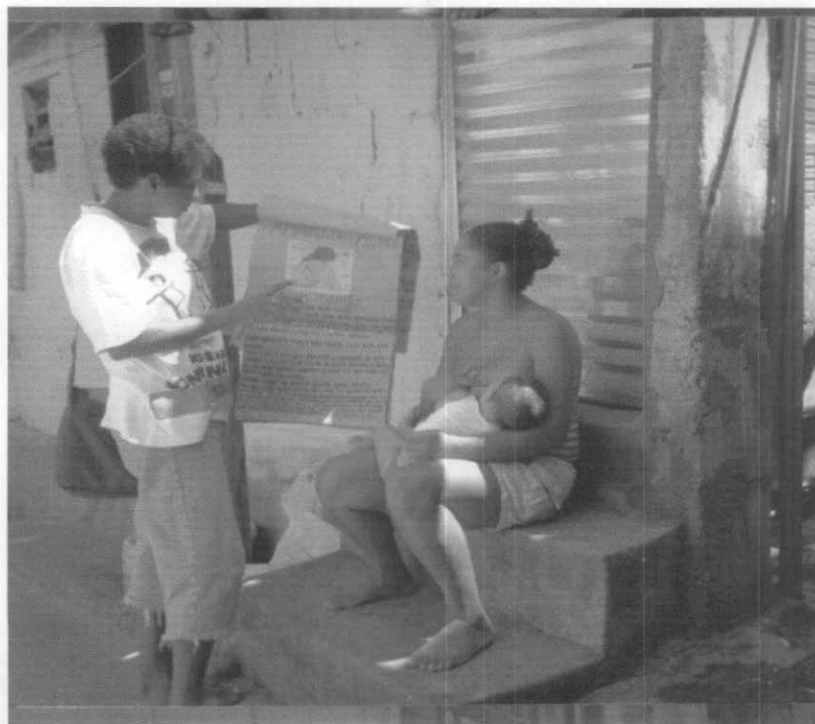
#### **6.2 – Fatos e Fotos: Cotidiano retratado, ações contextualizadas.**

Aqui, estaremos visualizando através de fotografias, como se dão as práticas educativas que são exercidas diariamente na comunidade da Mangueira pelos Agentes comunitários. Ou seja, veremos os agentes em ação.

## AGENTES EM AÇÃO

### Aleitamento materno





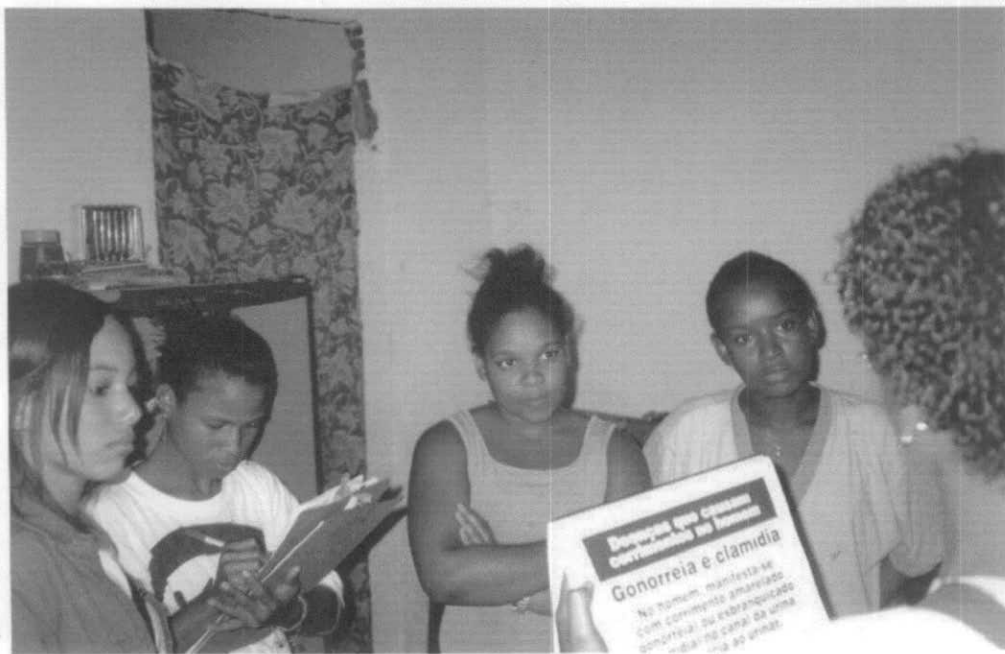
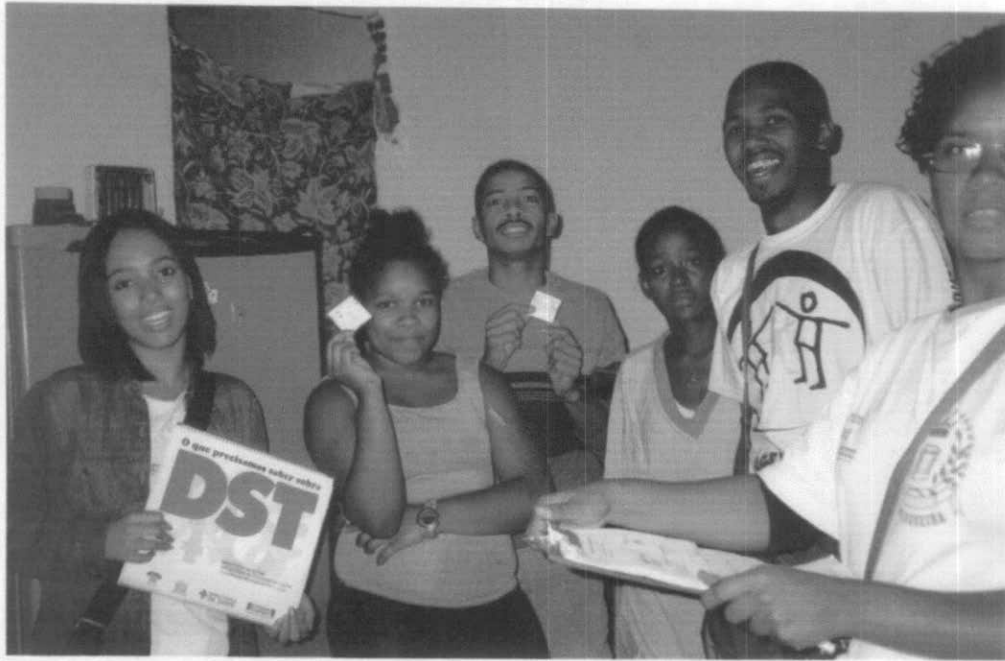


**PESAGEM (avaliação nutricional)**





DST/AIDS



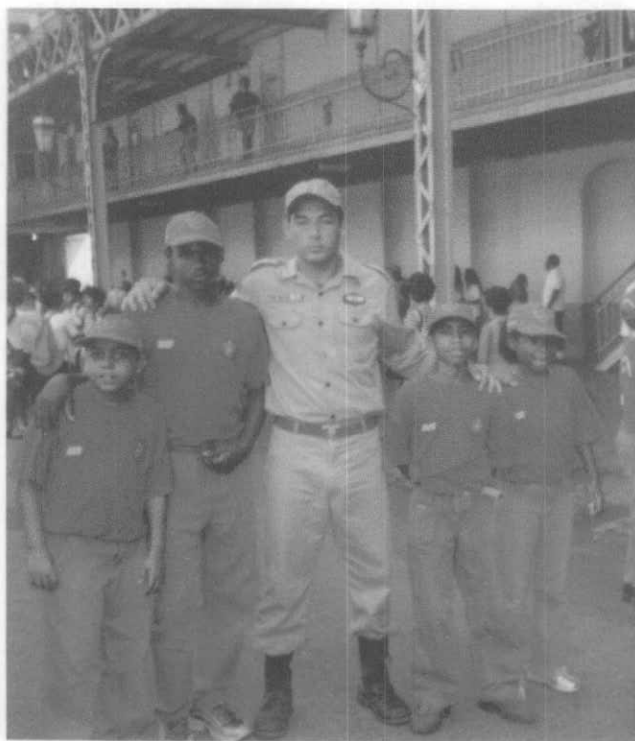


### PRIMEIRAS DÚVIDAS

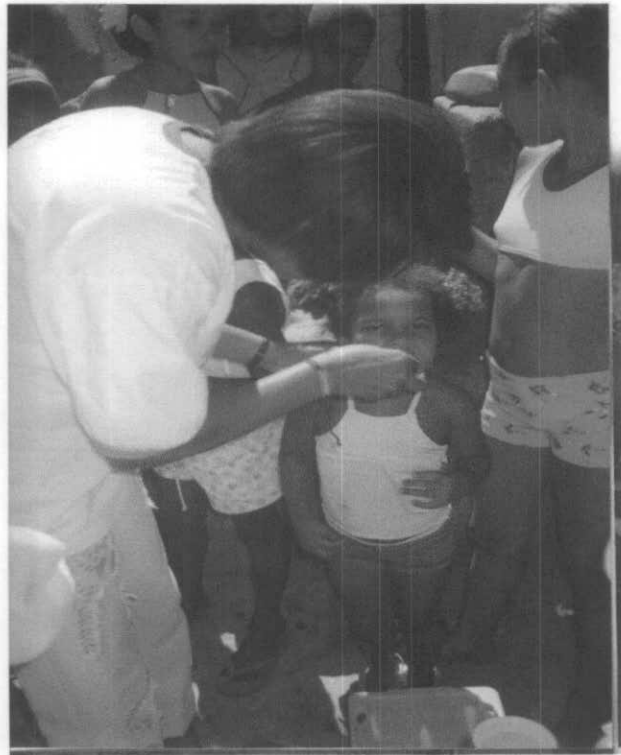


**DST/AIDS**



**Agentes comunitários e Bombeiros Mirins em ação**















**Alguns Materiais Educativos**



## DROGAS

São substâncias que agem no Sistema Nervoso Central (SNC), produzindo alterações no comportamento, humor e percepção, causando dependência.

Algumas drogas são permitidas por lei, como o álcool e a nicotina (presente nos cigarros). Outras drogas como a Anfetamina e LSD, são ilegais.

## O lixo

O lixo como restos, alimentos, armadilhas, metais, plásticos descartáveis, etc., devem ser depositados em locais adequados para que não haja contaminação do ar ou de objetos que são de grande importância, levando uma preocupação para nossa saúde e conforto, sendo assim a priorização dos restos e rejeitos.





**Equipes de trabalho**







### **6.3 – Diferentes Olhares... Possíveis Caminhos**

Quando somamos olhares, conscientemente reunimos esforços no sentido de construirmos caminhos coletivamente. As diferentes visões e leituras de mundo que os indivíduos trazem consigo como contribuição, conseguem nos conduzir a outras releituras de nossos espaços de vivência cotidiana, fazendo com que crescamos e aprendamos mutuamente, uns com as experiências dos outros.

Aqui, apresentamos alguns olhares, de atores sociais que de formas diferenciadas encontram-se inseridos no contexto do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Complexo Mangueira, A começar pelo nosso olhar enquanto Agente Comunitário de Saúde:

#### **“Múltiplos Olhares”**

**Olhos azuis de expectativas, castanhos de sonhos, verdes de esperanças, pretos de movimentação... cores que se encontram e se misturam em pensamentos e ações! Somando olhares, sonhos, vidas e desejos que se unem tornando-se esforços em prol de transformação!**

**Cirlene Marques**

### Direção



“O ACS tem uma função muito importante... eles são como as formigas. Não fiam, nem tecem, mas fazem seu trabalho silenciosamente disseminando a educação em saúde. E imagine, um “formigueiro” deste no mundo”. (Dr<sup>a</sup>. Evódia)

### Supervisão



“Um ACS consciente tem a capacidade de realizar incríveis mudanças... ele é um educador nato”. (Carla Rocha)

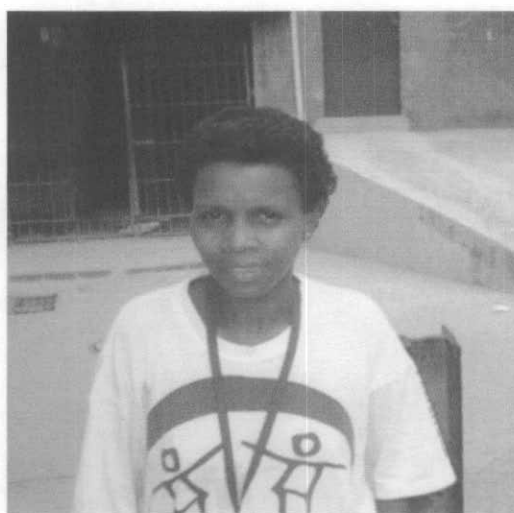


### Agentes Comunitários de Saúde



“Ter essa responsabilidade e esse compromisso representa, um lugar privilegiado, pois estamos sempre lutando para obter melhores condições de saúde para nossa comunidade”.

(Angele Vieira)



“Acredito que tenho que buscar a cada dia, dentro do meu trabalho conhecimentos que possam orientar a comunidade nessas mudanças”. (Neide Nazareth)



“Minha responsabilidade é muito grande, já que o trabalho deveria ser acompanhado de políticas públicas...”. (Beatriz de Souza)



“... a educação produz mudança de pensamentos e conseqüentemente de ações”.

(Roselene Marques)

### **Sonhos que se tornaram... Possíveis!!!**

Procurei contextualizar as mudanças que já se tornaram possíveis em nossa comunidade a partir do desenvolvimento deste trabalho e ressaltamos estes relatos referentes a mudanças ocorridas:

“Oportunizou aos mais humildes, aos impossibilitados de locomoção, aos sós, e a toda comunidade, melhores chances no tratamento de sua vida. E a nós profissionais da Unidade de Saúde, maior envolvimento na resolutividade do paciente como ser humano (na sua totalidade)”. (Dr<sup>a</sup>. Evódia).

“Muito melhorou o perfil da comunidade com a entrada dos ACS. Os moradores são bem mais orientados a respeito de vacinação, realização de preventivo, acompanhamentos de doenças crônicas e a mortalidade infantil está zerada”. (Carla Rocha)

“A nossa unidade era bastante elitizada, com a entrada dos ACS passamos a realmente atender os que necessitam na Mangueira, e os moradores passaram saber que tinham direito ao posto médico. A taxa de mortalidade infantil está zerada, aumento do número de mulheres que realizam preventivo (este nº cresceu tanto que hoje não damos conta de atender todas), 98% de crianças vacinadas aproximadamente, aumento da frequência escolar, maior conscientização a cerca do pré-natal, tratamento de hipertensão e diabetes”. (Carla Rocha)

“Muitas pessoas passaram a integrar os grupos de acompanhamento (doenças crônicas), interessando-se mais por sua saúde”. (Angele Vieira).

“Quando minha filha nasceu, o ACS conseguiu acompanhamento com o pediatra durante um ano (puericultura), mostrando a importância dessa prática”. (Sineide de oliveira).

“Uma senhora gestante recém chegada da Paraíba, grávida de seis meses e não queria fazer o pré-natal, e através de nossas visitas, paciência e orientação aceitou fazer o acompanhamento e no final correu tudo bem”. (Roselene Marques).

“As senhoras acima de 50 anos antes não achavam necessário fazer o preventivo (Papa Nicolau) por não terem vida sexual ativa. Depois do trabalho do ACS, esse quadro mudou” (Neide Nazareth).

“Tenho cinco filhos o ACS me orientou a fazer o planejamento familiar, fiz e fiquei sabendo da vasectomia, falei com o meu marido ele se interessou, fez o planejamento familiar na comunidade, foi encaminhado para o P.S. em Bangu e está fazendo os exames para a cirurgia”. (Neide Almeida).

#### **6.4 – Horizonte de Possibilidades – Análise dos Dados Coletados**

Analisando os dados coletados, através das respostas dadas pelos profissionais que exercem funções diferenciadas dentro do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, e da opinião de alguns moradores do Complexo Mangueira atendidos pelo programa, os aspectos a investigar resumiram-se em: **1) Visão geral dos atores sociais envolvidos com o PACS (profissionais e comunidade); 2) Contribuições do PACS para a melhoria da qualidade de vida da comunidade mangueirense; 3) A importância da educação enquanto ferramenta interventora e promotora de transformação e mudança social; 4) A importância do trabalho do ACS; 5) Dificuldades e empecilhos para a efetivação do trabalho do ACS; 6) Apoio técnico do poder público responsável pelo desenvolvimento do PACS.** Em meio a minha análise, compreendi que a educação permite a cada indivíduo ir construindo seu conhecimento em busca de sua cidadania, isto olhando progressivamente. Entendi que o educador não deve abrir mão de valores como a

generosidade humana, o coletivo, a solidariedade, porém, atentando para a questão do conhecimento ser uma arma poderosa quando nos permite distinguir o que sabemos, e para quem serve o que sabemos. Muitas vezes sabemos, mas não sabemos que sabemos. A busca da educação para qualificar uma leitura adequada da sociedade em que estamos inseridos, também é fundamental.

Temos que ter uma relação dialógica com o nosso meio, temos, portanto, que resistir aos não, e construirmos muitos sim. Como aceitar toda essa injustiça e exclusão calada. Porque não questionar?

Claro está que, não existe ação humana que não seja política, portanto, os educadores ou agentes sociais têm que refletir nas ações (quando fazem), e sobre a ação (porque fazem). Numa sociedade que exclui e discrimina, a receita proposta por esses atores através de seus discursos, é a mudança através da consciência crítica. Porém, essa consciência crítica que se torna em consciência política, não é ensinável só se aprende na prática. Só a partir da reflexão do que acontece conosco inseridos no contexto em que vivo. Uma prática reflexiva individual que unida a outras se torna em prática coletiva e nos ajuda a dar saltos de qualidade enquanto educadores dentro do espaço educativo comunitário, para sermos agentes transformadores para a construção de uma melhor sociedade.

O ACS passou a ser um valioso instrumento para retratar a realidade social de sua comunidade, funcionando como mediadores das necessidades reais desta comunidade e das carências do serviço público. Aprendi que a participação da comunidade é importante para desenvolver qualquer estratégia, tornando-a co-responsável, sabe dos limites e briga por aquilo junto com você, compartilhando dos sucessos e das dificuldades, sempre ajudando. Mas, em tudo isso, o importante é saber ouvir as outras pessoas, que também têm seus conhecimentos específicos, e, com isto, trocar informações e saberes.

Aprende-se com os colegas, comunidade, é um constante aprendizado de vida e de novas formas de trabalhar e melhorar a saúde.

Pode-se não conseguir mudar tudo, mas está se fazendo tudo para mudar!!!

## **7 – UMA UTOPIA A PERSEGUIR: Mudar é difícil, mas é possível e urgente.**

### **Considerações Finais**

Depois de muito refletir, concluí que, mudar é difícil, porém a cada passo dado vai se tornando possível e urgente. Essas devem ser as palavras que seguirão norteando nosso caminhar na construção de caminhos viáveis, pensando e repensando estratégias e possibilidades de efetuar transformações e mudanças sociais e pessoais, capazes de tornar nossos sonhos individuais em sonhos coletivos, nossas utopias em sonhos possíveis.

Entendido está que, torna-se impossível a tarefa de nossa existência sem sonhos... posto que, sonhar é imaginar, construir e reconstruir novos horizontes de possibilidades. E concordo com Paulo Freire quando nos adverte que, a educação é e sempre será prioritária, visto que, em uma análise geral da vida humana, o processo educacional é totalmente fundamental: “A educação não é a chave de tudo, mas sem ela nada é feito”. (FREIRE, 2001.). E se os educadores não forem valorizados e amparados em suas práticas e ações, serão poucas as possibilidades de fazermos do Brasil um país melhor para se viver. Devemos estar atentos às possibilidades de anunciar e denunciar, e desta forma estarmos dispostos e comprometidos com a ruptura, prontos para romper, optar, decidir e assim, provocar mobilizações críticas e conscientes que gerem mudanças, isto é, consiga transformar.

Portanto, é preciso se propor cotidianamente, e também aos que nos cercam, a semearmos a esperança em cada passo que dermos, para que quando sonharmos, sonhemos alto, bem longe... mas acreditando em nossas sementes que forem lançadas, que unidas aos aspectos positivos resultantes das forças que emanam da coletividade, vão se ampliando na relação dialógica com o mundo.

Compreendo que, o crescimento dos sujeitos no âmbito comunitário, através da atuação do ACS, dentro do contexto do PACS, está vinculado a uma forma de olhar mais completa e complexa, que leva em consideração e procura incorporar as várias visões de mundo que possam existir nesse contexto, em sua construção diária de conhecimento.

É preciso, estarmos sempre prontos para criar e recriar nosso pensar e fazer democráticos, estimulando a mobilização comunitária e social que esteja intimamente ligada à produção de mudanças através de nossas ações transformadoras. A construção de uma sociedade ética e justa requer participação de todos no poder, na fomentação de idéias, na luta por direitos e deveres, e a mobilização popular é um dos caminhos viáveis, tendo como ponto de partida o que os atores sociais envolvidos neste contexto sentem e acreditam como necessidade ou como problema.

É o ideal que abre espaços para as utopias, para a definição de um futuro pleno de sonhos possíveis. Por isso, necessário se faz construir em conjunto. Todos os sujeitos precisam se envolver responsabilmente com esse processo sócio-educativo, contribuindo cada um com o seu saber, suas experiências, seus conhecimentos da realidade vivida, suas idéias e seus ideais, que deverão nortear as ações coletivas em favor da melhoria da qualidade de vida comunitária.

A verdadeira e efetiva construção conjunta une e reúne esforços, soma olhares e transforma a realidade existente, ressaltando sempre a riqueza que consiste no ato de compartilhar idéias e apontar caminhos coletivos com uma postura educacional que vise a contribuir para a erradicação das desigualdades sociais.

Projetos envolvem vontades, sonhos e ousadia, portanto, devemos sempre acreditar que podemos nos aproximar da conquista, sem esquecer que o homem não está sozinho,



não vive sozinho e só nada faz. Tenhamos certeza que unidos com determinação e esperança teremos uma realidade melhor.

Tenho plena consciência que, mudar comportamentos é uma tarefa extremamente difícil e complexa, mas nossas reflexões, certamente vão influenciando nossa cotidianidade até torná-la “dia perfeito”, nos fazendo acreditar na possibilidade de transformação e principalmente assumir-nos como ferramentas para que tais possibilidades se efetivem em nossos mundos reais. Visto que, como Freire seguimos compreendendo a história como possibilidade. Lutamos e combatemos pelo respeito às pessoas que posicionam seus olhares de modo a verem a sua história como possibilidade que pode deixar de ser mera possibilidade, tornando-se concretude. Todavia, também creio na potencialização das relações verdadeiras, ou seja, na relação dialógica entre as pessoas na soma de esforços que são feitos no sentido de reinventar as realidades sociais, pessoais e do mundo. E é tão somente no “olhar” da história como possibilidade, que assumiremos o papel fundamental de sujeitos e não apenas de objeto das transformações do mundo, principalmente de nosso mundo. Somente assim, o crescimento efetivo dos resultados da atuação do ACS e do desenvolvimento do PACS apresentará crescentes, melhores e mais satisfatórios índices em relação à qualidade de vida social de forma geral.

Tomei emprestado, as palavras de uma grande mulher e educadora progressista, que nos motiva a ensinar e aprender a “rebeldia”, a “insubmissão” aos poderes estabelecidos, ensinando que podemos e devemos ir aprendendo com o mundo a nossa volta, no sentido de se ter objetivos e não descansarmos enquanto não realizá-los, uma pessoa que segue seu caminho regando sementes de Paulo Freire por aí a fora com uma poetiza de si mesma, “[...] é preciso lançar as sementes, mesmo que o terreno não nos pareça fértil”. (Malvina Tuttmann). E seguindo tal conselho, prosseguimos repensando, ressignificando e buscando

manter viva a utopia, os sonhos e, principalmente, a luta encorajadora de Paulo Freire, que hoje se tornou “nossa” luta.

E, para finalizar, no sentido de inspirar o trabalho cotidiano a prover e promover o que é necessário, ressaltarei aqui algumas palavras do grande professor Darcy Ribeiro:

É hora de lavar os olhos para ver nossa realidade. É hora de passar o Brasil a limpo, para que o povão tenha vez. No dia em que todo brasileiro comer todo dia, quando toda criança tiver um primeiro grau completo, quando cada homem e mulher encontrar um emprego estável em que possa progredir, se edificará aqui a civilização mais bela deste mundo. É tão fácil; estendendo os braços no tempo, sinto na ponta dos dedos esta utopiazinha nossa se realizando. (DARCY RIBEIRO. TRECHOS DE APRESENTAÇÃO DE AOS TRANCOS E BARRANCOS, 1985).

**REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA**

**LIBERAL, Edson Ferreira. Construindo Escolas Promotoras de Saúde.** São Paulo: Atheneu, 2003.

Revista Brasileira de Saúde da Família/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da saúde, 1999. Ano 5, n.7, edição especial, jan. 2003 a abr. 2004.

Revista Brasileira de Saúde da Família/ Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Ano 2, n. 5, edição especial, mai. 2002.

**FREIRE, Paulo. Educação e Mudança.** 27 ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1979.

**FREIRE, Paulo. Educação como prática de liberdade.** 24 ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 2000.

**FREIRE, Paulo. Pedagogia da esperança: Um reencontro com a pedagogia do oprimido.** 11 ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1992.

Revista Saúde em foco. **Informe epidemiológico em saúde coletiva.** Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, n.23, jul. 2002.

**FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido.** 17 ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1987.

**FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa.** 41 ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1996.

**RIBEIRO, Darcy. Aos Trancos e Barrancos: Trechos de apresentação.** In: **Revista saúde em foco.** N. 23, jul.2002, p. 01.

**FREIRE, Ana Maria Araújo (Org.). Pedagogia dos sonhos possíveis.** São Paulo: UNESP, 2001. Série Paulo Freire.

Ministério da Saúde 2000. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde.** 3 ed. Revista, ampliada e atualizada. Brasília: Secretaria de políticas de Saúde, 2000.

Histórico da Mangueira. In: **Trabalho em grupo realizado em curso de formação continuada.** Rio de Janeiro, 2004.

*norma da ABNT?*

## INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS QUESTIONÁRIO DO DIRETOR

Nome: Dr<sup>a</sup> Evódia

Função: Diretor de unidade de saúde

Formação: Ginecologista (doutorado)

1. Você acredita que educação e saúde possam caminhar juntas?  
Justifique sua resposta.
2. A educação pode produzir saúde? Como isso se dá?
3. Em sua opinião, enquanto profissional de saúde, a educação é um instrumento ou ferramenta fundamental para a inicialização das transformações sociais?
4. Em sua visão qual a importância da prática cotidiana promovida pelo agente comunitário de saúde na busca pela obtenção de uma melhor qualidade de vida?
5. Como você entende o compromisso da universidade com o processo de aprendizado além das salas de aula, e sua importância para a democratização social?
6. É possível que o senso comum seja capaz de acrescentar algo ao conhecimento científico? Justifique sua resposta.
7. Você concorda com a visão do agente comunitário de saúde como "educador do mundo"? Porquê?
8. Como o trabalho do agente comunitário de saúde reflete no cotidiano desta unidade de saúde onde o programa está inserido?
9. Descreva o que mudou na unidade de saúde após a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde?

## QUESTIONÁRIO DO COORDENADOR

Nome: Carla Rocha

função: coordenador/supervisor

Formação: Superior (enfermagem c/especialização)

1. Como você compreende sua posição de coordenador de ações que produzem transformações sociais?
2. Para quê as mudanças se efetivem e a qualidade de vida seja uma realidade, em sua opinião o que é necessário ser feito?
3. Em sua opinião o poder público tem contribuído de forma satisfatória para o bom andamento deste trabalho? Justifique sua resposta.
4. Em sua visão de profissional da saúde, porque a prática em saúde é ou deveria ser uma prática educativa?
5. Em seu entender, de que forma a educação pode produzir saúde?
6. O agente comunitário de saúde é um agente de transformação social? porque?
7. Você, enquanto coordenadora tem visto mudanças a partir da atuação dos acs? de que forma?
8. Você acredita que o poder público poderia contribuir de maneira mais eficaz para maior êxito do desenvolvimento do trabalho dos acs? Justifique sua resposta.
9. Quais são os maiores impecilhos ou dificuldades encontradas na efetivação do trabalho do acs na comunidade?
10. O material educativo utilizado facilita o processo de aprendizado e de troca de conhecimento?
11. Dê exemplos de mudanças na comunidade e na unidade de saúde a partir do trabalho desenvolvido pelo acs:

## QUESTIONÁRIO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Nome:

Função:

Formação:

Tempo de atuação:

Comunidade:

1. O que você entende por educação que produz saúde?
2. Você acredita que sua prática educativa produza saúde?
3. Em sua opinião a educação é uma ferramenta importante para a produção de resultados reais em seu cotidiano profissional? Porquê?
4. Em sua opinião o acs dispõe de mecanismos de trabalho que os auxiliem a validar suas ações na comunidade? Justifique sua resposta.
5. Como é para vc ter a responsabilidade e o compromisso de promover mudanças sociais como melhor qualidade de vida?
6. Como é trabalhar e viver no complexo Mangueira?
7. Qual a importância deste trabalho para você em relação a sua comunidade?
8. Você acredita ser importante respeitar e considerar os saberes "só de experiências feito", e usa-lo para enriquecer ou auxiliar suas ações?
9. Quais as maiores dificuldades e impecilhos encontrados pelo acs na busca diária de efetivação de seu papel?
10. Em sua compreensão, é necessário que haja em você (acs) capacidade científica e formação permanente para que seja possível efetivar as mudanças sociais necessárias à comunidade em relação a sociedade?
11. Relate um ou dois casos em que você reconhece a transformação das pessoas ou situações a partir de sua atuação enquanto agente social.

## QUESTIONÁRIO DE MORADOR

Nome:

Tempo de moradia:

Comunidade:

Formação:

Profissão:

1. Qual a importância do trabalho do acs para você?
2. Você acredita que o trabalho do acs pode trazer mudanças ou ajudar-lhe no seu dia-a-dia?
3. Como é para você saber que sua qualidade de vida depende mais de sua participação do que de outros?
4. Em sua opinião, transformar sua comunidade em um lugar melhor para se viver é um sonho possível ou uma utopia (sonho impossível)?
5. Seu comportamento, atitudes, pensamentos, etc, mudaram de alguma maneira a partir do trabalho realizado pelo acs? Como?
6. Você enquanto morador atendido pelo PACS, acredita que devemos considerar e respeitar os saberes, as crenças, as histórias de vida das pessoas da comunidade, valorizando suas contribuições para a melhoria da saúde e qualidade de vida geral das pessoas?
7. Você reconhece e concorda que cada pessoa da comunidade tenha força, capacidade e possibilidades de ajudar a mudar a realidade comunitária e até social em que está inserida? Porque?
8. Para voce é importante que a educação e a saúde caminhem juntas?
9. Em sua opinião o poder público, tem dado condições reais para que o trabalho dos acs se concretize? Justifique sua resposta.
10. A sua realidade está muito distante do ideal de qualidade de vida que deseja? Justifique.
11. Você poderia citar alguma situação vivida por você ou sua família e que o acs ajudou-lhes a encontrar estratégias/meios de resolver? (uma ou duas)

SITUAÇÃO E MORADIA DAS FAMÍLIAS

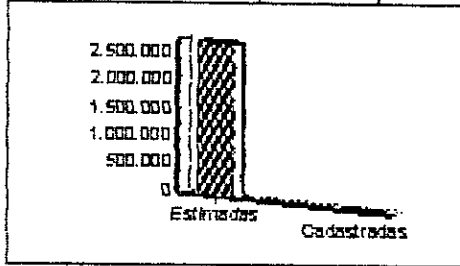
MANGUEIRA (CEP: 911)

MANGUEIRA

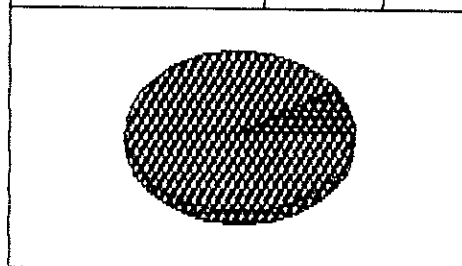
DEZEMBRO 2004

100,00

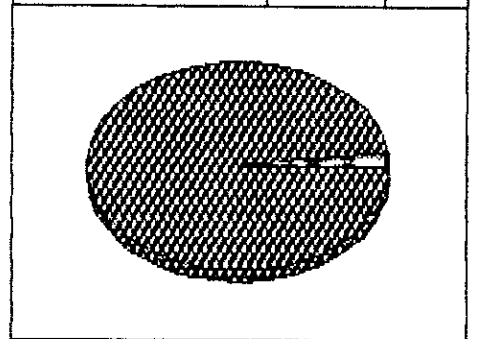
| FAMÍLIAS    | QTD       | %    |
|-------------|-----------|------|
| Estimadas   | 2.800.000 |      |
| Cadastradas | 2.973     | 0,11 |



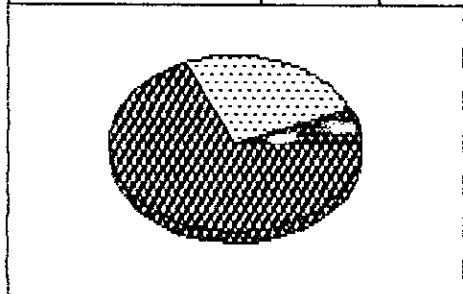
| ENERGIA ELÉTRICA | QTD   | %     |
|------------------|-------|-------|
| Sim              | 2.704 | 90,85 |
| Não              | 269   | 9,05  |



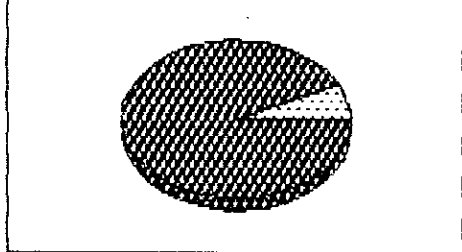
| TIPO DE COBERTURA    | QTD   | %     |
|----------------------|-------|-------|
| Tijolo               | 2.909 | 97,85 |
| Taipa Revestida      | 27    | 0,91  |
| Taipa não Revestida  | 7     | 0,24  |
| Madeira              | 20    | 0,67  |
| Material Aproveitado | 8     | 0,27  |
| Adobe                | 1     | 0,03  |
| Outros               | 1     | 0,03  |



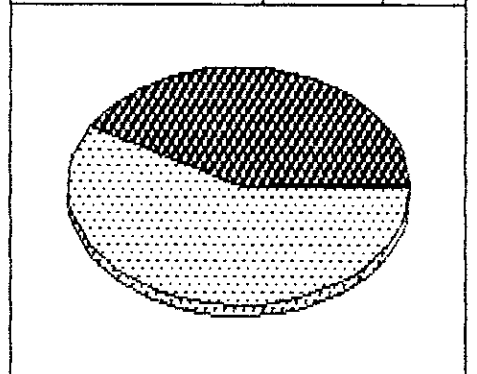
| TRATAMENTO DE ÁGUA | QTD   | %     |
|--------------------|-------|-------|
| Filtração          | 1.900 | 63,91 |
| Fervura            | 87    | 2,93  |
| Cloração           | 99    | 3,33  |
| Sem Tratamento     | 684   | 23,01 |



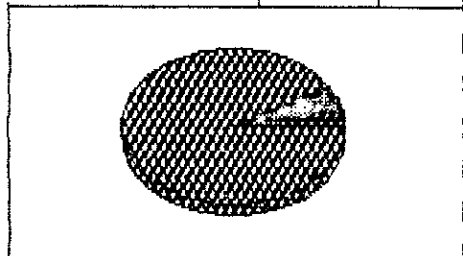
| ABASTECIMENTO DE ÁGUA | QTD   | %     |
|-----------------------|-------|-------|
| Rede Pública          | 2.746 | 92,36 |
| Poço ou Nascente      | 1     | 0,03  |
| Outros                | 228   | 7,60  |



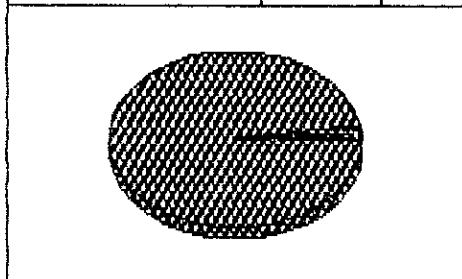
| PONTO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA | QTD   | %     |
|--------------------------------|-------|-------|
| No Domicílio                   | 1.228 | 41,31 |
| No Terreno                     | 10    | 0,34  |
| Fora do Terreno                | 2     | 0,07  |
| Não Informado                  | 1.733 | 58,29 |



| DESTINO DO LIXO    | QTD   | %     |
|--------------------|-------|-------|
| Coleta Pública     | 2.720 | 91,49 |
| Queimado/Enterrado | 1     | 0,03  |
| Céu Aberto         | 252   | 8,48  |



| DESTINO DE FEZES E URINA | QTD   | %     |
|--------------------------|-------|-------|
| Sistema de Esgoto        | 2.896 | 97,41 |
| Fossa                    | 40    | 1,35  |
| Céu Aberto               | 37    | 1,24  |





SITUAÇÃO E MORADIA DAS FAMÍLIAS - OUTRAS INFORMAÇÕES

Estadística Municipal

MANGUEIRA (EQP 021)

MANGUEIRA

DEZEMBRO/2004

101,00

| RENDA FAMILIAR                | QTD | %     |
|-------------------------------|-----|-------|
| Até 1/2 Salário Mínimo        | 10  | 0,45  |
| Mais de 1/2 até 1 Sal. Mínimo | 123 | 5,52  |
| Mais de 1 até 2 Sal. Mínimos  | 680 | 30,53 |
| Mais de 2 até 5 Sal. Mínimos  | 741 | 33,27 |
| Mais de 5 Salários Mínimos    | 132 | 5,93  |
| Ocupações                     | 113 | 5,07  |
| Ignorada                      | 174 | 7,81  |
| Não Respondeu                 | 95  | 4,27  |
| Não Informado                 | 159 | 7,14  |



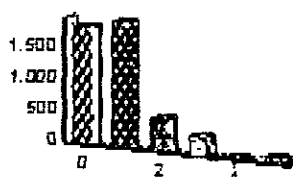
| PLANTAS MEDICINAIS | QTD   | %     |
|--------------------|-------|-------|
| Cultiva            | 78    | 3,50  |
| Não Cultiva        | 1.290 | 57,93 |
| Não Informado      | 859   | 38,57 |



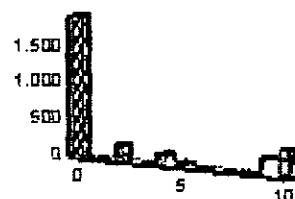
| PLANTAS MEDICINAIS | QTD   | %     |
|--------------------|-------|-------|
| Utiliza            | 107   | 4,80  |
| Não Utiliza        | 970   | 43,56 |
| Não Informado      | 1.150 | 51,64 |



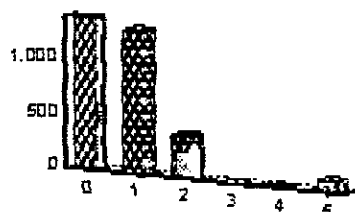
| MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA | QTD   | %     |
|---------------------------------------|-------|-------|
| Rádio                                 | 1.850 | 83,07 |
| Televisão                             | 1.887 | 85,22 |
| Jornal                                | 534   | 23,98 |
| Revista                               | 313   | 14,05 |
| Internet                              | 37    | 1,66  |
| Outros                                | 101   | 4,54  |



| MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA | QTD   | %     |
|--------------------------------------|-------|-------|
| Ônibus                               | 1.955 | 87,79 |
| Caminhão                             | 6     | 0,27  |
| Carro                                | 250   | 11,23 |
| Carroça                              | 0     | 0,00  |
| Trem                                 | 157   | 7,05  |
| Metrô                                | 62    | 2,78  |
| Bicicleta                            | 19    | 0,85  |
| Animal                               | 0     | 0,00  |
| Marítimo                             | 1     | 0,04  |
| Alternativo                          | 247   | 11,09 |
| Outros                               | 376   | 16,88 |



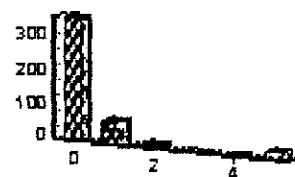
| EM CASO DE DOENÇA PROCURA | QTD   | %     |
|---------------------------|-------|-------|
| Hospital Público          | 1.428 | 64,12 |
| Unidade de Saúde          | 1.354 | 60,80 |
| Rede Privada              | 389   | 17,47 |
| Farmácia                  | 7     | 0,31  |
| Apoio Espiritual          | 3     | 0,13  |
| Outros                    | 112   | 5,03  |



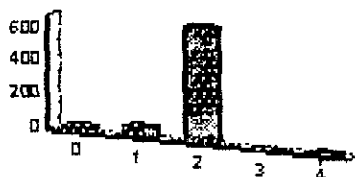
| POSSUI ANIMAIS DOMÉSTICOS | QTD   | %     |
|---------------------------|-------|-------|
| Sim                       | 430   | 19,31 |
| Não                       | 1.077 | 48,36 |
| Não Informado             | 720   | 32,33 |



| ANIMAIS DOMÉSTICOS | QTD | %     |
|--------------------|-----|-------|
| Cão                | 372 | 16,70 |
| Gato               | 72  | 3,23  |
| Galinha/Pato       | 15  | 0,67  |
| Porco              | 2   | 0,09  |
| Cavalo             | 0   | 0,00  |
| Outros             | 23  | 1,03  |



| PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS | QTD | %     |
|----------------------------------|-----|-------|
| Cooperativas                     | 35  | 1,57  |
| Associações                      | 66  | 2,96  |
| Grupos Religiosos                | 693 | 31,12 |
| Conselhos Comunitários           | 4   | 0,18  |
| Outros                           | 22  | 0,99  |



| SÃO MOROEBOS POR MOROEBOS | QTD   | %     |
|---------------------------|-------|-------|
| Sim                       | 8     | 0,36  |
| Não                       | 1.445 | 64,89 |
| Não Informado             | 774   | 34,76 |

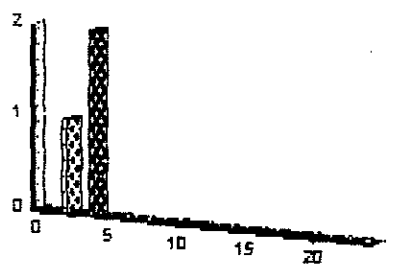
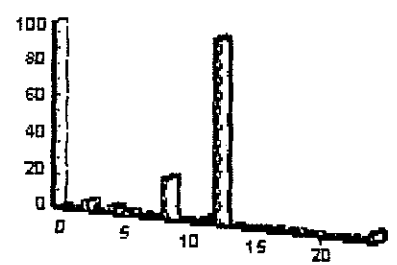


| ANIMAIS DOMÉSTICOS | QTD | %     |
|--------------------|-----|-------|
| Cão                | 372 | 16,70 |
| Gato               | 72  | 3,23  |
| Galinha/Pato       | 15  | 0,67  |
| Porco              | 2   | 0,09  |
| Cavalo             | 0   | 0,00  |
| Outros             | 23  | 1,03  |



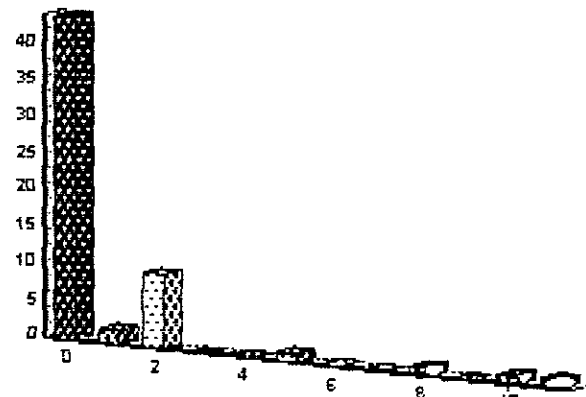
DOENÇAS OU CONDIÇÕES REFERIDAS

|                            | 0 a 14 Anos | 15 Anos e mais | Total     | TOTAL |
|----------------------------|-------------|----------------|-----------|-------|
| Alcoolismo                 | 0 0,00      | 1 0,69         | 1 0,68    |       |
| AIDS                       | 0 0,00      | 0 0,00         | 0 0,00    |       |
| Câncer                     | 1 33,33     | 4 2,76         | 5 3,38    |       |
| Chagas                     | 0 0,00      | 0 0,00         | 0 0,00    |       |
| Def. Física                | 2 66,67     | 2 1,38         | 4 2,70    |       |
| Def. Mental                | 0 0,00      | 3 2,07         | 3 2,03    |       |
| Def. Visual                | 0 0,00      | 1 0,69         | 1 0,68    |       |
| Def. Auditiva              | 0 0,00      | 0 0,00         | 0 0,00    |       |
| Diabetes                   | 0 0,00      | 23 15,86       | 23 15,54  |       |
| Distúrbio Mental           | 0 0,00      | 1 0,69         | 1 0,68    |       |
| Epilepsia                  | 0 0,00      | 0 0,00         | 0 0,00    |       |
| Gestante                   | 0 0,00      | 3 2,07         | 3 2,03    |       |
| Hipertensão Arterial       | 0 0,00      | 103 71,03      | 103 69,59 |       |
| Hanseníase                 | 0 0,00      | 0 0,00         | 0 0,00    |       |
| Malária                    | 0 0,00      | 0 0,00         | 0 0,00    |       |
| Tuberculose                | 0 0,00      | 0 0,00         | 0 0,00    |       |
| Violência Doméstica        | 0 0,00      | 0 0,00         | 0 0,00    |       |
| Tentativa de Suicídio      | 0 0,00      | 0 0,00         | 0 0,00    |       |
| Usuário de Drogas Ilícitas | 0 0,00      | 0 0,00         | 0 0,00    |       |
| Usuário de Psicofármacos   | 0 0,00      | 0 0,00         | 0 0,00    |       |
| Intem. Psiq. Ult. 12 Meses | 0 0,00      | 0 0,00         | 0 0,00    |       |
| Asma                       | 0 0,00      | 0 0,00         | 0 0,00    |       |
| Sintomática Respiratória   | 0 0,00      | 0 0,00         | 0 0,00    |       |
| Sintomática Dermatológica  | 0 0,00      | 0 0,00         | 0 0,00    |       |
| Outros                     | 0 0,00      | 4 2,76         | 4 2,70    |       |



GRUPOS DE SAÚDE

|                               | QTD | %     |
|-------------------------------|-----|-------|
| Hipertensão                   | 44  | 73,33 |
| Pré-Natal                     | 2   | 3,33  |
| Diabetes                      | 10  | 16,67 |
| Hanseníase                    | 0   | 0,00  |
| Tuberculose                   | 0   | 0,00  |
| Idosos                        | 1   | 1,67  |
| Aleitamento                   | 0   | 0,00  |
| Desnutrição                   | 0   | 0,00  |
| Obesos                        | 1   | 1,67  |
| AIDS                          | 0   | 0,00  |
| Acomp. Cresc. Desenv. Criança | 1   | 1,67  |
| Outros                        | 1   | 1,67  |



DOENÇAS OU CONDIÇÕES REFERIDAS

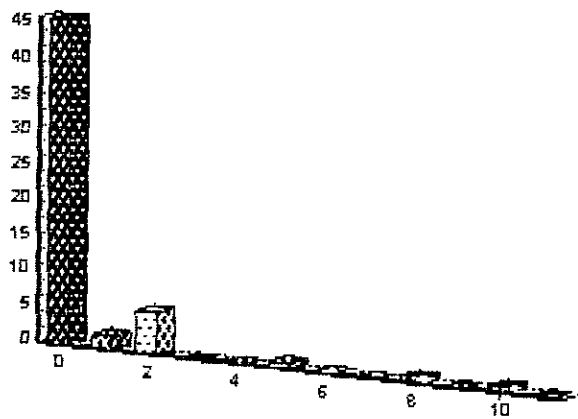
|                              | 0 a 14 Anos | 15 Anos e mais | Total    | TOTAL |
|------------------------------|-------------|----------------|----------|-------|
| Alcoolismo                   | 0 0,00      | 1 0,96         | 1 0,92   |       |
| AIDS                         | 0 0,00      | 0 0,00         | 0 0,00   |       |
| Câncer                       | 0 0,00      | 1 0,96         | 1 0,92   |       |
| Chagas                       | 0 0,00      | 0 0,00         | 0 0,00   |       |
| Def. Física                  | 1 20,00     | 0 0,00         | 1 0,92   |       |
| Def. Mental                  | 1 20,00     | 2 1,92         | 3 2,75   |       |
| Def. Visual                  | 0 0,00      | 4 3,85         | 4 3,67   |       |
| Def. Auditiva                | 0 0,00      | 0 0,00         | 0 0,00   |       |
| Diabetes                     | 0 0,00      | 14 13,46       | 14 12,84 |       |
| Distúrbio Mental             | 0 0,00      | 1 0,96         | 1 0,92   |       |
| Epilepsia                    | 0 0,00      | 0 0,00         | 0 0,00   |       |
| Gestante                     | 0 0,00      | 3 2,88         | 3 2,75   |       |
| Hipertensão Arterial         | 0 0,00      | 70 67,31       | 70 64,22 |       |
| Hanseníase                   | 0 0,00      | 0 0,00         | 0 0,00   |       |
| Malária                      | 0 0,00      | 0 0,00         | 0 0,00   |       |
| Tuberculose                  | 0 0,00      | 1 0,96         | 1 0,92   |       |
| Violência Doméstica          | 0 0,00      | 0 0,00         | 0 0,00   |       |
| Tentativa de Suicídio        | 0 0,00      | 0 0,00         | 0 0,00   |       |
| Usuário de Drogas Ilícitas   | 0 0,00      | 4 3,85         | 4 3,67   |       |
| Usuário de Psicofármacos     | 0 0,00      | 0 0,00         | 0 0,00   |       |
| Intern. Psiqu. Ult. 12 Meses | 0 0,00      | 0 0,00         | 0 0,00   |       |
| Asma                         | 1 20,00     | 2 1,92         | 3 2,75   |       |
| Sintomático Respiratório     | 0 0,00      | 1 0,96         | 1 0,92   |       |
| Sintomático Dermatológico    | 0 0,00      | 0 0,00         | 0 0,00   |       |
| Outros                       | 2 40,00     | 0 0,00         | 2 1,83   |       |

0 A 14 ANOS

15 ANOS E MAIS

GRUPOS DE SAÚDE

|                               | GRUPO | %     |
|-------------------------------|-------|-------|
| Hipertensão                   | 46    | 80,70 |
| Pré-Natal                     | 2     | 3,51  |
| Diabetes                      | 6     | 10,53 |
| Hanseníase                    | 0     | 0,00  |
| Tuberculose                   | 0     | 0,00  |
| Idosos                        | 1     | 1,75  |
| Aleitamento                   | 0     | 0,00  |
| Desnutrição                   | 0     | 0,00  |
| Obesos                        | 1     | 1,75  |
| AIDS                          | 0     | 0,00  |
| Acomp. Cresc. Deserv. Criança | 1     | 1,75  |
| Outros                        | 0     | 0,00  |



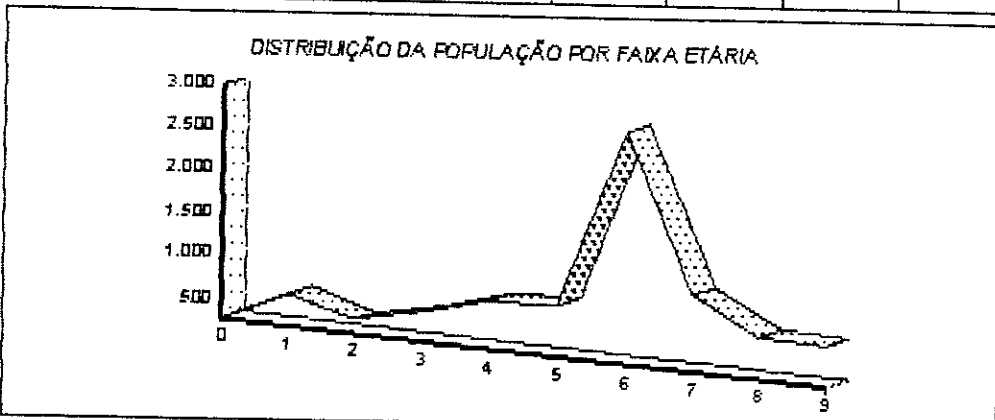


SITUAÇÃO DOS CIDADÃOS

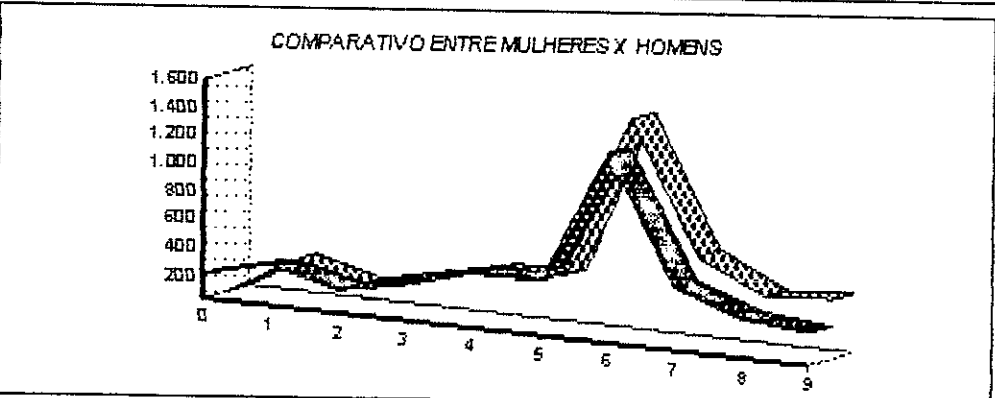
|                    |           |               |        |
|--------------------|-----------|---------------|--------|
| MANGUEIRA (EGP-02) | MANGUEIRA | DEZEMBRO/2004 | 101:00 |
|--------------------|-----------|---------------|--------|

| SEXO      | < 1         | 1 a 4       | 5 a 9       | 10 a 14     | 15 a 19     | 20 a 29     | 30 a 39        | 40 a 49        | 50 a 59     | > 60        | TOTAL          |
|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------|----------------|-------------|-------------|----------------|
| Feminino  | 54<br>0,57  | 327<br>3,43 | 219<br>2,30 | 303<br>3,18 | 418<br>4,38 | 439<br>4,60 | 1.616<br>16,95 | 686<br>7,19    | 451<br>4,73 | 483<br>5,07 | 4.996<br>52,39 |
| Masculino | 229<br>2,40 | 337<br>3,53 | 230<br>2,41 | 313<br>3,28 | 436<br>4,57 | 451<br>4,73 | 1.408<br>14,77 | 508<br>5,33    | 334<br>3,50 | 294<br>3,08 | 4.540<br>47,61 |
| Total     | 283<br>2,97 | 664<br>6,96 | 449<br>4,71 | 616<br>6,46 | 854<br>8,96 | 890<br>9,33 | 3.024<br>31,71 | 1.194<br>12,52 | 785<br>8,23 | 777<br>8,15 | 9.536          |

| POPULAÇÃO  | QTD       | %    |
|------------|-----------|------|
| Estimada   | 5.595.000 |      |
| Cadastrada | 9.536     | 0,17 |



|           |       |       |
|-----------|-------|-------|
| Feminino  | 4.996 | 52,39 |
| Masculino | 4.540 | 47,61 |



| DE 7 A 14 ANOS | QTD   | %     |
|----------------|-------|-------|
| Na Escola      | 1.311 | 89,18 |
| Fora da Escola | 159   | 10,82 |

| DE 15 ANOS OU MAIS | QTD   | %     |
|--------------------|-------|-------|
| Alfabetizados      | 6.034 | 90,46 |
| Analfabetos        | 636   | 9,54  |

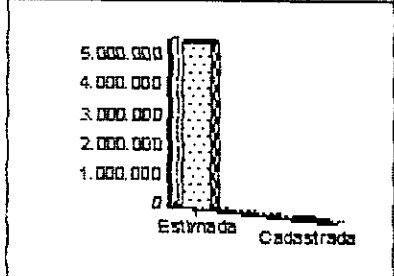
| PLANO DE SAÚDE | QTD   | %     |
|----------------|-------|-------|
| Possuem        | 881   | 9,24  |
| Não Possuem    | 8.655 | 90,76 |

| ESCOLARIDADE           | QTD   | %     | ESCOLARIDADE        | QTD   | %     |
|------------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
| Não sabe ler/escrever  | 798   | 8,37  | Superior Incompleto | 48    | 0,50  |
| Alfabetizado           | 602   | 6,31  | Superior Completo   | 113   | 1,18  |
| Fundamental Incompleto | 4.548 | 47,69 | Espec/ Residência   | 4     | 0,04  |
| Fundamental Completo   | 708   | 7,42  | Mestrado            | 1     | 0,01  |
| Médio Incompleto       | 724   | 7,59  | Doutorado           | 0     | 0,00  |
| Médio Completo         | 731   | 7,67  | Não Informado       | 1.259 | 13,20 |

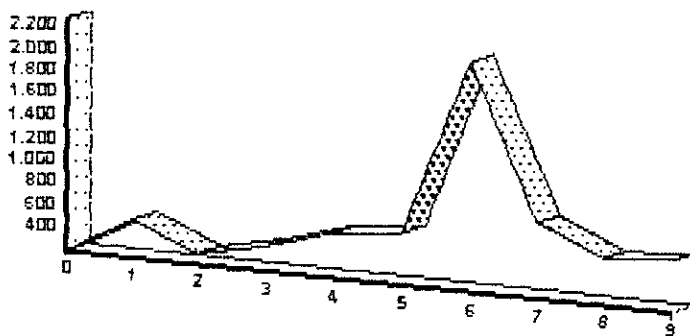


|           | 0 a 4       | 5 a 9       | 10 a 14     | 15 a 19     | 20 a 29     | 30 a 39     | 40 a 49        | 50 a 59      | > 60        | TOTAL       |                |
|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------|--------------|-------------|-------------|----------------|
| Feminino  | 56<br>0,77  | 262<br>3,60 | 138<br>1,89 | 235<br>3,23 | 299<br>4,10 | 377<br>5,17 | 1.220<br>16,74 | 490<br>6,73  | 364<br>5,00 | 402<br>5,52 | 3.843<br>52,74 |
| Masculino | 150<br>2,06 | 284<br>3,90 | 169<br>2,32 | 205<br>2,81 | 327<br>4,49 | 306<br>4,20 | 1.064<br>14,60 | 397<br>5,45  | 270<br>3,71 | 271<br>3,72 | 3.443<br>47,26 |
| Total     | 206<br>2,83 | 546<br>7,49 | 307<br>4,21 | 440<br>6,04 | 626<br>8,59 | 683<br>9,37 | 2.284<br>31,35 | 887<br>12,17 | 634<br>8,70 | 673<br>9,24 | 7.286          |

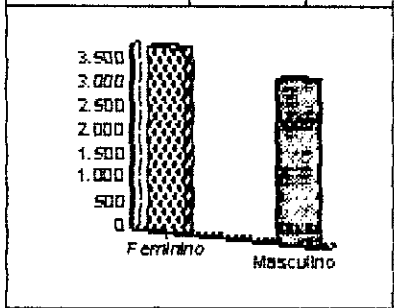
| POPULAÇÃO  | QTD       | %    |
|------------|-----------|------|
| Estimada   | 5.595.000 |      |
| Cadastrada | 7.286     | 0,13 |



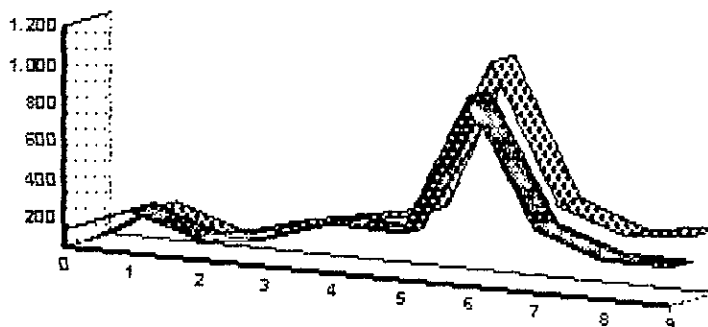
DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA



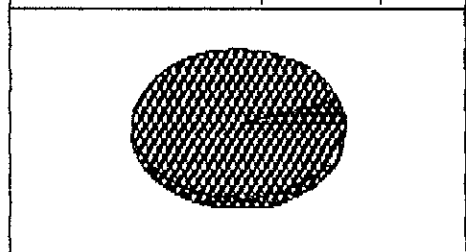
|           |       |       |
|-----------|-------|-------|
| Feminino  | 3.843 | 52,74 |
| Masculino | 3.443 | 47,26 |



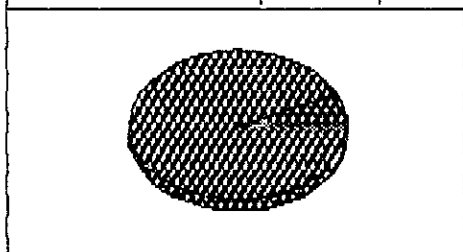
COMPARATIVO ENTRE MULHERES X HOMENS



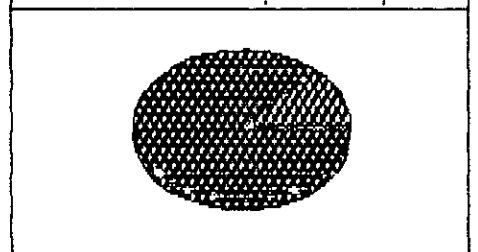
| DE 7 A 14 ANOS | QTD   | %     |
|----------------|-------|-------|
| Na Escola      | 1.010 | 94,75 |
| Fora da Escola | 56    | 5,25  |



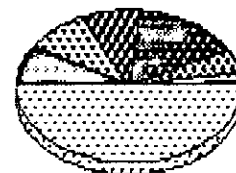
| DE 15 ANOS 60 ANOS | QTD   | %     |
|--------------------|-------|-------|
| Alfabetizados      | 4.793 | 92,87 |
| Analfabetos        | 368   | 7,13  |



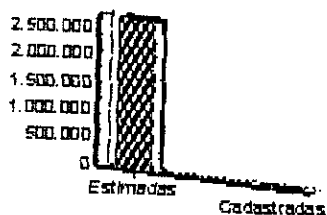
| PLANO DE SAÚDE | QTD   | %     |
|----------------|-------|-------|
| Possuem        | 959   | 13,16 |
| Não Possuem    | 6.327 | 86,84 |



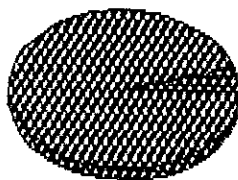
| ESCOLARIDADE           | QTD   | %     | ESCOLARIDADE        | QTD | %    |
|------------------------|-------|-------|---------------------|-----|------|
| Não sabe ler/escrever  | 541   | 7,43  | Superior Incompleto | 75  | 1,03 |
| Alfabetizado           | 382   | 5,24  | Superior Completo   | 123 | 1,69 |
| Fundamental Incompleto | 3.653 | 50,14 | Espec/ Residência   | 2   | 0,03 |
| Fundamental Completo   | 590   | 8,10  | Mestrado            | 0   | 0,00 |
| Médio Incompleto       | 625   | 8,58  | Doutorado           | 0   | 0,00 |
| Médio Completo         | 626   | 8,59  | Não Informado       | 669 | 9,18 |



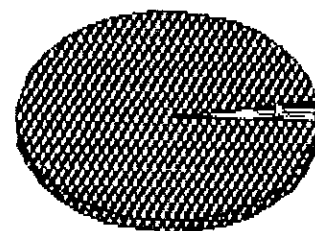
| FAMÍLIAS    | QTD       | %    |
|-------------|-----------|------|
| Estimadas   | 2.800.000 |      |
| Cadastradas | 2.227     | 0,08 |



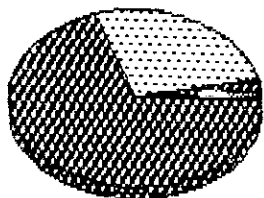
| ENERGIA ELÉTRICA | QTD   | %     |
|------------------|-------|-------|
| Sim              | 2.115 | 94,97 |
| Não              | 112   | 5,03  |



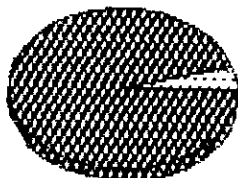
| TIPO DE CONSTRUÇÃO   | QTD   | %     |
|----------------------|-------|-------|
| Tijolo               | 2.163 | 97,13 |
| Taipa Revestida      | 12    | 0,54  |
| Taipa não Revestida  | 18    | 0,81  |
| Madeira              | 18    | 0,81  |
| Material Aproveitado | 9     | 0,40  |
| Adobe                | 0     | 0,00  |
| Outros               | 7     | 0,31  |



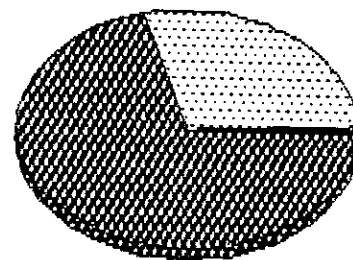
| TRATAMENTO DE ÁGUA | QTD   | %     |
|--------------------|-------|-------|
| Filtração          | 1.482 | 66,55 |
| Fervura            | 45    | 2,02  |
| Cloração           | 40    | 1,80  |
| Sem Tratamento     | 558   | 25,10 |



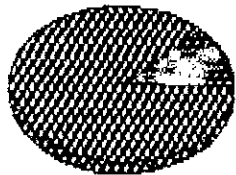
| ABASTECIMENTO DE ÁGUA | QTD   | %     |
|-----------------------|-------|-------|
| Rede Pública          | 2.117 | 95,06 |
| Poço ou Nascente      | 0     | 0,00  |
| Outros                | 110   | 4,94  |



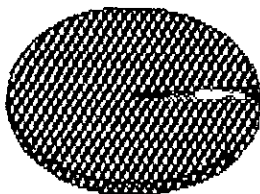
| PONTO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA | QTD   | %     |
|--------------------------------|-------|-------|
| No Domicílio                   | 1.571 | 70,54 |
| No Terreno                     | 15    | 0,67  |
| Fora do Terreno                | 3     | 0,13  |
| Não Informado                  | 638   | 28,65 |



| DESTINO DO LIXO    | QTD   | %     |
|--------------------|-------|-------|
| Coleta Pública     | 1.945 | 87,34 |
| Queimado/Enterrado | 24    | 1,08  |
| Céu Aberto         | 258   | 11,59 |



| DESTINO DE FEZES E URINA | QTD   | %     |
|--------------------------|-------|-------|
| Sistema de Esgoto        | 2.179 | 97,84 |
| Fossa                    | 8     | 0,36  |
| Céu Aberto               | 40    | 1,80  |





SITUAÇÃO E MORADIA DAS FAMÍLIAS - OUTRAS INFORMAÇÕES

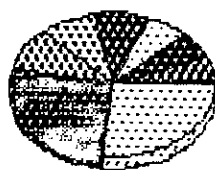
MANUEIRA (EQP-011)

MANUEIRA

DEZEMBRO/2004

100,00

| RENDA FAMILIAR                | QTDE | %     |
|-------------------------------|------|-------|
| Até 1/2 Salário Mínimo        | 39   | 1,31  |
| Mais de 1/2 até 1 Sal. Mínimo | 267  | 8,98  |
| Mais de 1 até 2 Sal. Mínimos  | 788  | 26,51 |
| Mais de 2 até 5 Sal. Mínimos  | 789  | 26,54 |
| Mais de 5 Salários Mínimos    | 176  | 5,92  |
| Doações                       | 270  | 9,08  |
| Ignorada                      | 202  | 6,78  |
| Não Respondeu                 | 152  | 5,11  |
| Não Informado                 | 290  | 9,75  |



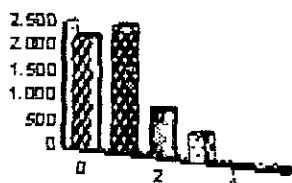
| PLANTAS MEDICINAIS | QTDE  | %     |
|--------------------|-------|-------|
| Cultiva            | 66    | 2,22  |
| Não Cultiva        | 774   | 26,03 |
| Não Informado      | 2.133 | 71,75 |



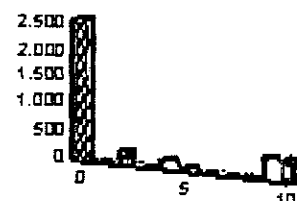
| PLANTAS MEDICINAIS | QTDE  | %     |
|--------------------|-------|-------|
| Utiliza            | 148   | 4,98  |
| Não Utiliza        | 565   | 19,00 |
| Não Informado      | 2.260 | 76,02 |



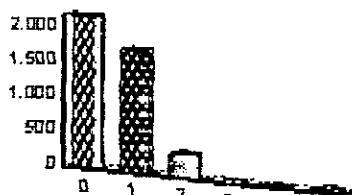
| MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA | QTDE  | %     |
|---------------------------------------|-------|-------|
| Rádio                                 | 2.379 | 78,00 |
| Televisão                             | 2.567 | 86,34 |
| Jornal                                | 971   | 32,66 |
| Revista                               | 547   | 18,40 |
| Internet                              | 7     | 0,24  |
| Outros                                | 42    | 1,41  |



| MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA | QTDE  | %     |
|--------------------------------------|-------|-------|
| Ônibus                               | 2.621 | 88,16 |
| Carro                                | 270   | 9,08  |
| Carroça                              | 0     | 0,00  |
| Trem                                 | 189   | 6,36  |
| Metrô                                | 67    | 2,25  |
| Bicicleta                            | 12    | 0,40  |
| Animal                               | 1     | 0,03  |
| Marítimo                             | 0     | 0,00  |
| Alternativo                          | 445   | 14,97 |
| Outros                               | 420   | 14,13 |



| EM CASO DE DOENÇA PROCURA | QTDE  | %     |
|---------------------------|-------|-------|
| Hospital Público          | 2.219 | 74,64 |
| Unidade de Saúde          | 1.793 | 60,31 |
| Rede Privada              | 320   | 10,76 |
| Farmácia                  | 4     | 0,13  |
| Auxílio Espiritual        | 3     | 0,10  |
| Outros                    | 40    | 1,35  |



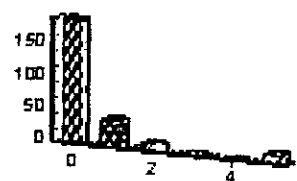
| PESSOAS ANIMAIS DOMÉSTICAS | QTDE  | %     |
|----------------------------|-------|-------|
| Sim                        | 233   | 7,84  |
| Não                        | 642   | 21,59 |
| Não Informado              | 2.098 | 70,57 |



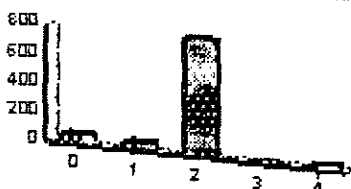
| SÃO MORDEDORES POR MORDEBOS | QTDE  | %     |
|-----------------------------|-------|-------|
| Sim                         | 7     | 0,24  |
| Não                         | 240   | 28,25 |
| Não Informado               | 2.126 | 71,51 |



| ANIMAIS DOMÉSTICOS | QTDE | %    |
|--------------------|------|------|
| Cão                | 191  | 6,42 |
| Gato               | 41   | 1,38 |
| Galinha/Pato       | 11   | 0,37 |
| Porco              | 2    | 0,07 |
| Cavalo             | 0    | 0,00 |
| Outros             | 15   | 0,50 |



| PARTICIPA DE GRUPOS DOMINIÁRIOS | QTDE | %     |
|---------------------------------|------|-------|
| Cooperativas                    | 66   | 2,22  |
| Associações                     | 51   | 1,72  |
| Grupos Religiosos               | 801  | 26,94 |
| Conselhos Comunitários          | 13   | 0,44  |
| Outros                          | 37   | 1,24  |





UNIRIO

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
ESCOLA DE EDUCAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE DIDÁTICA  
DISCIPLINA : MONOGRAFIA II

ALUNO(A) : Cirlene Marques do Nascimento

TÍTULO DO TRABALHO MONOGRÁFICO : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ORIENTADOR : Professor Edson Ferreira Liberal

**FICHA DE AVALIAÇÃO FINAL**

Primeiro avaliador : \_\_\_\_\_

Professor convidado: Manoel Antonio Cardoso

Nota : 9,5

Considerações:

→ Poderia ser mais "EXATTO" (ver resumo)  
- faltou contextualizar os dados.

Segundo avaliador :

Professor orientador : Edson Ferreira Liberal

Nota: 10,0 (dez)

Considerações:

O trabalho da aluna criei respeito a sua atuação. O trabalho dentro de uma comunidade é desafiador. A aluna tem essa característica e tem desenvolvido com qualidade o seu trabalho e um grande prazer e para a comunidade.

*Edson Ferreira Liberal*

Terceiro avaliador :

Professor da disciplina Monografia II: Ligia Martha C. de Costa Coelho.

Nota : 10,0

Considerações:

O trabalho apresenta os principais, ou melhor,  
contempla os principais pontos de um trabalho científico (normas  
da ABNT)

**RESULTADO FINAL**

| Avaliador 1 | Avaliador 2 | Avaliador 3 | Pontos | Nota final |
|-------------|-------------|-------------|--------|------------|
| 9,5         | 10,0        | 10,0        | 29,5   | 9,8        |
|             |             |             |        |            |

Rio de Janeiro, 15/03/2005

*LCC*