

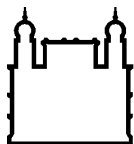
MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO OSWALDO CRUZ

Doutorado em Ensino em Biociências e Saúde

DIÁLOGOS EM SAÚDE:
A OUVIDORIA COLETIVA NA FORMAÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

CARLA MOURA PEREIRA LIMA

Rio de Janeiro
Novembro de 2014



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

INSTITUTO OSWALDO CRUZ

Programa de Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde

CARLA MOURA PEREIRA LIMA

“Diálogos em Saúde: a Ouvidoria Coletiva na formação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família.”

Tese apresentada ao Instituto Oswaldo Cruz
como parte dos requisitos para obtenção do título
de Doutor em Ensino de Ciências e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Navarro Stotz

RIO DE JANEIRO
Novembro de 2014

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca de Ciências Biomédicas/ ICICT / FIOCRUZ - RJ

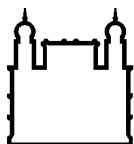
L732 Lima, Carla Moura Pereira

Diálogos em saúde: a Ouvidoria coletiva na formação dos profissionais da estratégia de saúde da família / Carla Moura Pereira Lima. – Rio de Janeiro, 2014.
xviii,135 f. : il. ; 30 cm.

Tese (Doutorado) – Instituto Oswaldo Cruz, Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde, 2014.
Bibliografia: f. 124-135

1. Ouvidoria coletiva. 2. Ouvidoria comunitária em saúde. 3. Participação social. 4. Educação popular em saúde. 5. Educação não formal. 6. Formação dos profissionais de saúde. 7. Estratégia de saúde da família. I. Título.

CDD 362.10425



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

INSTITUTO OSWALDO CRUZ

Programa de Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde

AUTOR: CARLA MOURA PEREIRA LIMA

DIÁLOGOS EM SAÚDE: A OUVIDORIA COLETIVA NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ORIENTADOR: Prof. Dr. Eduardo Navarro Stotz

Aprovada em: 28/08/2014

EXAMINADORES:

Prof. Dr. Francisco Romão - Presidente – (IOC/Fiocruz)

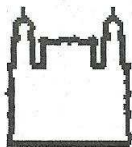
Prof. Dr. Gil Sevalho (ENSP/Fiocruz)

Prof. Dr. Helena Maria Scherlowski Leal David (UERJ/Fiocruz)

Prof. Dr. Sonia Acioli de Oliveira (UERJ/Fiocruz)

Prof. Dr. Lucia de La Rocque (UERJ/Fiocruz)

Rio de Janeiro, 28 de agosto de 2014



Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Oswaldo Cruz

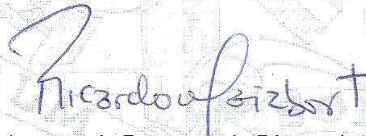
DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins curriculares, que Carla Moura Pereira Lima, sob orientação do Dr. Eduardo Navarro Stotz, foi aprovada em 28/08/2014, em sua defesa de tese de doutorado intitulada: **“Diálogos em Saúde: a Ouvidoria Coletiva na formação dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família.”**, área de concentração: Ensino Não Formal em Biotecnologia e Saúde, na linha de pesquisa: Representações Sociais, Saberes Populares, Ciência e Saúde (NF). A banca examinadora foi constituída pelos Professores: Dr. Francisco Romão Ferreira – UERJ/RJ (presidente), Dr. Gil Sevalho – FUNED/MG e Dr^a. Helena Maria Scherlowski Leal David – UERJ/RJ; e como suplentes Dr^a. Lucia Rodriguez de La Rocque – IOC/Fiocruz e Dr^a. Sonia Acioli de Oliveira – UERJ/RJ.

A Pós-graduação *Stricto sensu* em Ensino em Biotecnologia e Saúde (Mestrado e Doutorado) está credenciada pela CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, de acordo com Portaria n° 1652, de 03.06.2004, do CNE-Ministério da Educação, tendo validade no Brasil para todos os efeitos legais, e alcançando conceito 5 (cinco) na última avaliação trienal da CAPES.

Informamos ainda que, de acordo com as normas do Programa de Pós-graduação, a **liberação do Diploma e do Histórico Escolar está condicionada à entrega da versão definitiva da dissertação/tese em capa dura (2 cópias), juntamente com o termo de autorização de divulgação da dissertação *on line* e o CD-rom com a dissertação completa em PDF.**

Rio de Janeiro, 28 de agosto de 2014.


Coordenação do Programa de Pós-graduação
Instituto Oswaldo Cruz / Fiocruz

RICARDO FRANCISCO WAIZBORT
Coordenador do Programa de
Pós-Graduação *Stricto sensu* em Ensino
em Biotecnologia e Saúde
Instituto Oswaldo Cruz - FIOCRUZ
SIAPE 13533011

Dedico esse trabalho aos meus filhos Pedro e João, pois suas existências inspiradoras trouxeram luz para esse caminho na direção de um mundo onde todos e todas possam bem viver.

AGRADECIMENTOS

Uma das maiores virtudes que um ser humano pode expressar é a gratidão. A tarefa de citar pessoas nesse espaço destinado aos agradecimentos torna-se um desafio para mim, na medida em que tão mais valorizo a gratidão, maior o temor de não conseguir ser suficientemente justa com estes agradecimentos. As minhas palavras tornam-se limitadas para abarcarem o significado que essas pessoas possuem para a minha caminhada, mas mesmo assim expresso...

Gratidão aos meus ancestrais, em especial aos meus pais, Carlos Terra Pereira (*in memoriam*) e Maria Moura Pereira, cuja existência me proporcionou as bases para que eu chegasse até aqui.

Gratidão àqueles que vieram antes de mim na Academia e que com suas atitudes corajosas e acolhedoras abriram suas portas a pessoas como eu, que jamais sonhariam em entrar. No meu caso, ter conhecido os Profs Victor Valla e Eduardo Stotz no final da década de 1980, fez toda a diferença.

Gratidão novamente ao Prof. Eduardo Stotz pela parceria e apoio por todos esses anos, desde quando expressei a vontade de entrar para o Mestrado, em 2003, até os dias de hoje. Por onde eu passar pretendo demonstrar que vim de uma boa Escola, pois a oportunidade de conviver por muitos anos com Eduardo que considero uma das pessoas mais brilhantes, bem educadas, éticas e solidárias que já conheci.

Gratidão aos queridos professores que tive no Doutorado e levo como exemplo de excelência profissional e humana, possível na vida acadêmica: Lucia de La Rocque e Francisco Romão.

Gratidão a muitos amigos que fiz em Itaboraí desde 2008, cuja convivência me motivou ao desafio dessa investigação, pois sua garra e resiliência eternamente me servirão de inspiração. Cito os membros da Associação de Agentes Comunitários de Saúde de Itaboraí Diretoria: Benvinda Uchoa e Carlos Albuquerque.

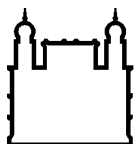
Gratidão as presenças parceiras e motivadoras do trabalho em Itaboraí de: Marcia Florentino e Rosangela Gomes, além de outras profissionais que se mantiveram firmes em seus posicionamentos de contribuírem para a melhoria da cidade.

Gratidão especial ao meu grande companheiro de todas as horas Roberto da Costa Lima, cuja presença tornou possível minha chegada até aqui.

Gratidão a todos e todas que contribuíram para este trabalho.

***“Sim, todo amor é sagrado
E o fruto do trabalho é mais que
sagrado.”***

*(Amor de Índio,
Beto Guedes e Ronaldo Bastos)*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

INSTITUTO OSWALDO CRUZ

DIÁLOGOS EM SAÚDE: A OUVIDORIA COLETIVA NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

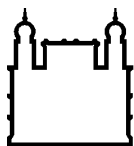
RESUMO

TESE DE DOUTORADO EM ENSINO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE

Carla Moura Pereira Lima

O presente trabalho se propõe a estudar a participação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um processo de educação – a Ouvidoria Coletiva (OC). Esta é uma instância organizada para diagnosticar problemas de saúde e identificar soluções por meio do diálogo com atores sociais vinculados às parcelas mais pobres da população. Trata-se de um processo de educação não formal, ou seja, que implica na aprendizagem feita ao longo deste tipo de participação. Saber como atua a OC é a questão orientadora da pesquisa. Para tentar responder a esta pergunta, partimos do pressuposto de que a OC funciona como uma metodologia de formação dos profissionais de saúde na medida em que o diálogo com representantes comunitários e agentes sociais da população requer diferentes saberes sobre problemas de saúde e formas de seu enfrentamento. A presente pesquisa se iniciou a partir da inserção da pesquisadora que elaborou a pedido da Secretaria Municipal de Saúde, uma capacitação em Ouvidoria Coletiva, envolvendo as 44 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Itaboraí, em 2008. A OC baseia-se nos trabalhos de Victor Valla, pesquisador da ENSP/Fiocruz que propôs a OC para a ampliação da participação popular no Sistema Único de Saúde (SUS) e da mobilização social na busca de soluções para os impasses gerados pelos determinantes sociais do processo saúde-doença. Objetiva-se com essa pesquisa entender o processo de educação não formal dos profissionais de saúde pela OC enquanto método de construção partilhada de conhecimento, baseada na perspectiva da Educação Popular em Saúde. Os procedimentos metodológicos são: coleta de dados por meio de Observação Participante e nos Fóruns de Ouvidoria Coletiva, bem como análise dos resultados com base na metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. A conjuntura municipal a partir de 2009 envolveu profundas mudanças na saúde pública, em especial da Estratégia de Saúde da Família, e modificou o desenho metodológico inicial do trabalho de campo, com vistas a fazer frente aos desafios. Os resultados levaram à concentração da investigação na formação dos agentes comunitários de saúde. Outras definições importantes foram a imposição da discussão de categorias como a dimensão do cuidado e humanização na perspectiva da Educação Popular sistematizada por Paulo Freire, especialmente. O papel do pesquisador como mediador na construção de conhecimentos também é analisado, tendo em vista os resultados do trabalho. A Ouvidoria Coletiva tem se mostrado um instrumento importante na construção dos sujeitos, tanto do ponto de vista cognitivo, como social e até mesmo existencial para os agentes comunitários de saúde.

Palavras-chave: Ouvidoria Coletiva; Ouvidoria Comunitária em Saúde; Participação Social; Educação Popular em Saúde; Educação Não formal; Formação dos profissionais de saúde; Estratégia de Saúde da Família.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

INSTITUTO OSWALDO CRUZ

DIALOGUES ON HEALTH: THE COLLECTIVE OMBUDSMAN IN THE FORMATION OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY PROFESSIONALS

ABSTRACT

PHD THESIS IN TEACHING IN BIOCENCES AND HEALTH

Carla Moura Pereira Lima

The present work proposes to study the participation of professionals of the Family Health Strategy (FHS) in a process of education – the Collective Ombudsman (CO) . This is an organized body to diagnose health problems and identify solutions through dialogue with social actors linked to the poorer segments of the population . This is a non- formal education process, in other words , which implies the learning taken over this type of participation. Knowing how acts CO is the guiding research question . To try to answer this question, we assume that the CO functions as a methodology for the formation of health professionals in that dialogue with community representatives and agents of social population requires different knowledge about health problems and ways of solving them . This research began with the insertion of the researchers who prepared, by the request of the Municipal Health Department , a training course in Public Ombudsman , involving 44 teams of the FHS of Itaboraí in 2008 . The CO is based on the works of Victor Valla and Eduardo Stotz , ENSP / Fiocruz researchers who proposed the CO for the expansion of popular participation in the Unified Health System (UHS) and social mobilization in finding solutions to the problems generated by social determinants of health-disease process . This study aims to understand the process of non-formal education of health professionals by the CO as based on the perspective of Popular Education in Health Methodological procedures are : collecting data through participant observation and Collective Forums Ombudsman and as analysis of the results based on the methodology of the Collective Subject Discourse . The municipal environment from 2009 involved profound changes in public health, especially of the Family Health Strategy , modified the initial methodological design of fieldwork , in order to meet the challenges . The results led to the concentration of research in training community health workers , and other important settings were discussing the imposition of categories such as size and humanization of care from the perspective of Popular Education systematized by Paulo Freire , especially . The role of the researcher as mediator in the construction of knowledge , is also analyzed in view of the results of the work . CO has been an important tool in the construction of subjects, both from the cognitive perspective , as social and even existential for community health workers .

Key-words: Collective Ombudsman; Community Ombudsman in health; Social Participation; Popular health Education; Non-Formal Education; Health Professionals Formation; Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Divisão administrativa do Município de Itaboraí – 2010 56

Gráfico 1: Distribuição da população pelos distritos..... 56

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Cobertura dos municípios de próximos com mais de 200 mil habitantes..... | 60 |
| Tabela 2 - Ouvidoria Coletiva em Pachecos..... | 77 |

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| RESUMO | IX |
| ABSTRACT | X |
| APRESENTAÇÃO | XV |
| 1 INTRODUÇÃO | 21 |
| 2 OBJETIVOS | 31 |
| 2.1. Objetivo Geral | 31 |
| 2.2. Objetivos Específicos | 31 |
| 3 REFERENCIAL TEÓRICO | 32 |
| 3.1. Educação Não Formal | 32 |
| 3.2. Educação Popular | 34 |
| 3.3. Educação Popular em Saúde no Brasil | 38 |
| 3.4. Educação Popular como Abordagem de Pesquisa | 50 |
| 3.5. Pesquisa Participante | 51 |
| 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 55 |
| 4.1. O universo da pesquisa como definidor Metodológico | 55 |
| 4.2. O percurso da pesquisa “Movimentos Sociais e Saúde” | 63 |
| 4.2.1. Construção coletiva de uma publicação | 64 |
| 4.2.1.1. Grupos Focais | 64 |
| 4.2.1.2. Trabalho de Campo na Unidade de Saúde de Pachecos | 67 |
| 4.3. Observação Participante | 68 |
| 4.4. A Ouvidoria Coletiva (OC) | 71 |
| 4.5. O Discurso do Sujeito Coletivo | 74 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 76 |
| 5.1. | A Ouvidoria Coletiva em Pachecos | 76 |
| 5.2. | A Ouvidoria Coletiva em momentos distintos | 77 |
| 5.2.1. | Primeiro momento: problematização do CTR e recuo do processo | 81 |
| 5.2.2. | A Ouvidoria Coletiva e a Associação de Moradores | 83 |
| 5.2.3. | Uma situação-limite: desconfiança, medo e insegurança | 84 |
| 5.2.4. | Segundo momento: disputa, luta e vitória | 89 |
| 5.2.5. | Terceiro momento: avaliação e aprendizagem dos profissionais de saúde | 93 |
| 5.2.6. | Aprendizado com a Ouvidoria Coletiva: lutar, ter paciência e perseverança | 93 |
| 5.3. | Escuta Sensível | 96 |
| 5.3.1. | Diálogo respeitoso e solidário como formador do profissional de saúde na Ouvidoria Coletiva | 100 |
| 5.4. | Participação e aprendizagem por meio da Ouvidoria Coletiva | 106 |
| 5.5. | A humanização <u>com</u> o profissional de saúde | 110 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 113 |
| 7 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 124 |
| 8 | ANEXO: Publicação “Por uma Itaboraí Saudável” | 137 |

APRESENTAÇÃO

Apresento abaixo um recorte da minha trajetória profissional e acadêmica no intuito de esclarecer o caminho trilhado até o encontro com o desejo de me aproximar da questão que se transformou em uma investigação de Doutorado.

Quando tinha duas matrículas e era diretora da única escola pública da Vila Cruzeiro, à época, e cursava formações em Terapias Vibracionais, como também atendia, fui convidada a assessorar um grupo de Agentes Comunitárias de Saúde que atendia a 16 comunidades do complexo do Alemão, denominado Sementinha Serviços Comunitários, a partir de 1987. Esse grupo articulado por dois padres ligados à perspectiva da Teologia da Libertação, constituía-se de membros das Pastorais da Saúde e do Enfermo. Esses dois padres moravam no complexo do Alemão e as reuniões, bem como as atividades que eu oferecia, como aulas de Yoga extensivas às comunidades, Oficinas de Reaproveitamento de Alimentos, Iniciação a Arte de Massagear, entre outras, aconteciam em sua casa e em salão emprestado por uma igreja católica próxima.

Nesta mesma época passei também a assessorar o Movimento Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, a partir de uma aproximação feita no intuito de articular o Grupo Sementinha com esse Movimento mais amplo e assim o fiz durante três anos, viajando o Brasil e conhecendo a realidade das cidades onde já havia movimentos expressivos de ACS.

A partir de 1989, conheci os Profs Victor Valla e Eduardo Stotz que foram conhecer o grupo Sementinha e fizeram o convite para participar da fundação de uma ONG, cujo objetivo era aproximar o saber técnico-científico do saber popular, para o enfrentamento da precariedade das condições de saúde da população da Leopoldina¹, - o Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina (CEPEL). Após contribuir por algum tempo antes e depois da fundação do CEPEL, passei a me dedicar a outros trabalhos, mas a manutenção do contato com o Prof. Valla, de outra forma, trouxe-me de volta, pois o trabalho que eu fazia dialogava com o tema da sua próxima pesquisa.

¹ A região ou subúrbio da Leopoldina é a reunião de complexos de favelas e bairros como: Bonsucesso; Complexo de Manguinhos; Ramos; Complexo do Alemão; Olaria; Penha; Complexo da Maré; Brás de Pina; Cordovil; Vigário Geral e Jardim América, bairros estes localizados no eixo da antiga ferrovia Rio de Janeiro Northern Railway que passou a chamar-se Leopoldina Railway.

Em 2000, a convite do Prof. Victor Valla, iniciou-se minha participação numa pesquisa sobre Religiosidade Popular e Saúde, com o meu retorno ao CEPEL - o Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina. Em 2002 assumi a coordenação da pesquisa que existiu de fato, como tal até 2004. Além dos artigos publicados pelo Prof. Victor Valla (VALLA, 2001; 2002), outras produções foram elaboradas na tentativa de lidar com os resultados da pesquisa.

Um resultado foi a constatação da perplexidade dos profissionais de saúde diante da busca religiosa das camadas populares, em especial as denominações pentecostais e neopentecostais. Também foram percebidos questionamentos desses profissionais diante desse aspecto da cultura popular, ainda pouco estudado e tampouco contemplado em sua formação acadêmica. Os relatos dos profissionais priorizaram a problematização das atitudes tomadas por fiéis de abandono do tratamento medicamentoso à espera de milagres incentivados por sacerdotes, por vezes. Essas dificuldades aliam-se aos impasses ocasionados pela condição de pobreza e miséria das pessoas que buscam atendimento no serviço público (LIMA e VALLA, 2005). A publicação intitulada "Religiosidade Popular e Saúde" (LIMA e VALLA, 2003) fomentou o debate, principalmente com grupos populares organizados da região, profissionais de saúde e de educação.

A identificação da importância do apoio social recebido em denominações religiosas constituiu-se num conceito-chave para o diálogo com profissionais de saúde sobre o tema Religiosidade Popular e Saúde, originando diversas produções (LACERDA ET AL, 2006; 2007; 2008; LIMA e STOTZ, 2010; LIMA, 2011).

Mesmo com o fechamento do CEPEL, em 2004, continuei a participar da Linha de Pesquisa "Educação, Saúde e Cidadania" como pesquisadora-colaboradora/voluntária, porque minha sustentação financeira vinha de outros trabalhos de pesquisa, consultoria e intervenção social desenvolvidos junto a diversas instituições como: a Fundação Centro de Defesa de Direitos Humanos Bento Rubião; UNESCO e IBASE, que contribuíram para adaptação e desenvolvimento de metodologias participativas, entre 2000 e 2007 (LIMA, 2003; LIMA, 2007).

No tocante à vida acadêmica, meu vínculo formal havia sido interrompido desde o fim da Especialização em Educação em Saúde: Desenvolvimento e Aprendizagem, na UERJ no início da década de 1990. Os estudos empreendidos neste período me introduziram a novas perspectivas como o Sócio-construtivismo,

de Vygotsky (VYGOTSKY, 1989; 1989a), e aprofundamento da Educação Popular, de Paulo Freire (FREIRE, 1977; 1987) que já era vivenciada no trabalho de assessoria a grupos populares. Tais conhecimentos serviram de base para o desenvolvimento dos trabalhos de educação não-formal, em sua maioria, com movimentos sociais, grupos populares, profissionais de saúde e educação, entre outros.

Mestrado

O ingresso no Mestrado em Ensino em Biociências e Saúde surgiu da necessidade de aprofundamento de reflexões advindas de diversas experiências, cuja riqueza ainda pode gerar mais registros, devido as dificuldades de conciliação: do tempo de amadurecimento e estudo das grandes questões e dos resultados mais relevantes, com o tempo de gestão das instituições; o tempo dos financiadores, - geralmente internacionais e os desafios das conjunturas locais em favelas da cidade do Rio de Janeiro, nas cidades da Baixada Fluminense e em outras regiões do estado.

A investigação do mestrado em Ensino em Biociências analisou as relações entre saúde e pobreza, por meio dos discursos de moradores e profissionais de saúde acerca das condições de vida nos complexos de favelas da região da Leopoldina, e suas relações com os serviços públicos de saúde.

O trabalho de campo ocorreu em duas etapas. A primeira foi a participação em entrevistas coletivas, chamadas de fóruns, na pesquisa *vigilância civil da saúde na atenção básica - uma proposta de ouvidoria coletiva na ap3. 1, Rio de Janeiro* desenvolvida na ENSP/Fiocruz (dez/2003-dez/2004). Ocorreram 15 encontros e 2 seminários ampliados, com funcionários de 3 unidades de saúde, representantes religiosos e comunitários de três complexos de favelas na zona da Leopoldina no Rio de Janeiro: Mangueiras, Maré e Penha (GUIMARÃES *et. al*, 2011). Os roteiros das discussões nas reuniões da pesquisa Ouvidoria Coletiva foram previamente elaborados pela equipe da pesquisa, o que denominei na dissertação como “agenda prévia”. Nesses encontros foram discutidas questões como: o acesso a alimentos e aos serviços de saúde, as expressões do sofrimento da população e dos profissionais de saúde. Desde essa época, surgiu a necessidade de incorporação de uma agenda que emergiu naturalmente a partir das necessidades do grupo. Tal agenda emergente, como resultado da análise da Dissertação levou ao desafio do Doutorado.

Durante esse processo surgiu a necessidade de aprofundamento das percepções sobre a relação entre pobreza e saúde, já que os resultados da Ouvidoria Coletiva desde o seu início apontavam para diferentes impasses, tanto da população quanto dos profissionais de saúde.

A segunda etapa do trabalho de campo consistiu em entrevistas individuais com profissionais de saúde - assistentes sociais, enfermeiros e médicos, sobre suas representações sobre pobreza e saúde, sua formação para lidar com essas questões e sugestões para graduações e serviços públicos de saúde no sentido de preencher possíveis lacunas. Nesta etapa do trabalho foram utilizados elementos da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo para tabulação dos resultados. A pergunta desta pesquisa de Mestrado foi a pertinência da discussão de “Temas Sociais Contemporâneos” (TOBALDINI; FERRAZ; 2014) como pobreza, desigualdade social, religiosidade popular, violência e medo social nas formações em saúde e em ensino em educação. Os resultados propõem possíveis aplicações na formação dos profissionais de educação e saúde visando também a formulação de políticas públicas.

Na dissertação busquei refletir sobre quais são os impasses colocados pelas condições de vida adversas às quais estão submetidos muitos dos usuários dos serviços públicos de saúde. E também pensar como, a partir da experiência da Ouvidoria, atores com lógicas distintas podem contribuir para a solução de problemas para além deles (LIMA; STOTZ, 2010).

Ingresso no Doutorado

Após o término do projeto que coordenava no IBASE, a partir de 2007, passei a ser bolsista Técnico-Tecnologista na Fiocruz, orientada pelo Prof. Victor Valla, no período até 2008. Coordenei rodas de Terapia Comunitária com agentes comunitários de saúde na região da Leopoldina e outros grupos como: presidiários, mulheres, jovens das classes populares, entre outros.

A partir de 2008, passei a integrar a equipe do Escritório Técnico de Manguinhos, que posteriormente se chamou Assessoria de Cooperação Social da ENSP, com as tarefas de assessorar movimentos sociais da região da Leopoldina e a trabalhar com Saúde Ambiental (LIMA, 2009; 2010), Protagonismo de Gênero (LIMA, 2010) e processos de Educação Não Formal em instâncias de participação popular, além de permanecer no grupo de pesquisa coordenado pelos Profs Victor Valla e Eduardo Stotz. Como decorrência da minha inserção na Linha de Pesquisa

Educação, Saúde e Cidadania, integrei-me como coordenadora adjunta do Projeto Cidades Saudáveis: Itaboraí, com a responsabilidade de desenvolver a Ouvidoria Coletiva junto a algumas Unidades de Saúde, no intuito de identificar questões advindas das modificações em Itaboraí impostas pela construção do Complexo Petroquímico do Estado do Rio de Janeiro (Comperj).

Termino essa breve apresentação com uma poesia de Pablo Neruda que com sua maestria pode oferecer uma sintética noção do que subjaz a essa caminhada.

Assim é minha vida

(Pablo Neruda)

Meus deveres
caminham com meu canto.
Sou e não sou:
é esse meu destino.
Não sou,
se não acompanho as dores
dos que sofrem:
são dores minhas.
Porque não posso ser
sem ser de todos,
de todos os calados.
Minha poesia é cântico e castigo.
Me dizem:
“Pertences à sombra”.
Talvez, talvez,
Porém na luz do caminho.
Sou o homem
do pão e do peixe,
e não me encontrarão entre os livros,
mas com as mulheres
e os homens:
eles me ensinaram o infinito.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Justificativa e Relevância

O Sistema Único de Saúde (SUS) contempla a participação popular por meio de dois dispositivos oficiais, constituintes da estrutura do Sistema, definidos pela Lei 8.142: os Conselhos e as Conferências de Saúde, de forma que a população possa interferir defendendo os interesses da coletividade, para que estes sejam atendidos pelas políticas e ações do Governo. No âmbito do Sistema estes dispositivos são referenciados ao que é chamado “Controle Social”.

O SUS completou 20 anos de existência em 2008 e encontra-se em processo de estruturação em diversos aspectos, inclusive no que tange à efetivação do controle social e da participação popular na sua gestão. Acredita-se que o SUS cumpriria melhor sua vocação, se mecanismos de controle social e avaliação do seu funcionamento estivessem consolidados, com vistas à melhoria da qualidade de vida da população, sendo, então, o SUS visto também como um importante espaço social de construção da cidadania, já que esta supõe participação.

O conceito de cidadania abarca diversos campos do conhecimento, e como este também é um conceito importante para todo o enfoque do presente trabalho, cabe destacar alguns de seus aspectos. Do ponto de vista jurídico, cidadania expressa uma visão aristotélica de como alguém participa tomando decisões que regem a vida social, seja conformando-a, fazendo suas leis, seja materializando-a, executando suas leis. De um ponto de vista sociológico, cidadania pode ser conceituada como um arranjo para que destinos e projetos sejam historicamente compartilhados onde haja conquistas coletivas e igualdade, sem desconsiderar o princípio de alteridade, baseado na concepção da universalidade, cujo fundamento é o direito de ter direito.

Neste sentido, a cidadania não é um direito estabelecido, mas uma relação historicamente construída entre cidadãos, sociedade e Estado, com graus de liberdades e deveres específicos conquistados num processo sociopolítico institucionalizado ou não, sob a forma do direito.

No caso brasileiro é importante destacar que o conceito de cidadania por vezes confunde-se com a concessão de serviços públicos, traço do autoritarismo histórico do Estado, cujo clientelismo constitui-se num traço cultural e é um dos limites à cidadania ativa. Do ponto de vista individual, todos podem ser considerados cidadãos passivos, na medida em que estão sujeitos a intervenções e a sanções de uma ordem jurídica e a Constituição lhes atribui deveres e direitos. Porém, os cidadãos só se tornam ativos quando assumem responsabilidade efetivamente pela participação em esferas de poder, tanto em processos decisórios, quanto para reivindicação de direitos sociais, econômicos e culturais (BENEVIDES, 2000).

Outros limites à consolidação da cidadania são a baixa escolarização da população brasileira, e a conseqüente limitação do acesso à informação, e as associações feitas pelo poder público entre pobreza e criminalidade, instituídas na ação repressiva e nas leis, como por exemplo, o foro privilegiado para quem possui nível superior. A cidadania não é concedida, e sim fruto de uma construção social, de um processo onde os cidadãos assumem sua responsabilidade civil e tornam-se sujeitos da sua própria história.

Como uma conquista no campo da cidadania, o SUS prevê instâncias de controle social e de participação popular. No ideário do SUS a participação popular ocorre de diferentes formas, mas todas estruturalmente atreladas ao conceito de Controle Social, materializado na participação em Conselhos Distritais, Municipais e Conferências de Saúde.

A participação popular, no entanto, não se restringe à atuação nos conselhos e conferências de saúde, ela pode e deve ir além desta esfera, por meio de movimentos populares organizados e da implantação de formas de participação no nível local que envolvam diretamente os profissionais de saúde em diálogo com a população, e para tal é necessário a existência de processos educativos na formação desses profissionais que ofereçam instrumentos e dispositivos que possibilitem a efetiva contribuição para a ampliação da democracia no SUS.

Embora o reconhecimento da importância da participação popular no SUS seja amplamente ressaltado pelo poder público e pela sociedade civil, fica claro que existe um grande fosso entre a formação dos profissionais de saúde,

anterior ao seu ingresso no serviço, e os desafios encontrados na prática, na lida com a população no nível local, no enfrentamento das condições de vida adversas que determinam processos de adoecimento, que transcendem o âmbito da resolutividade na perspectiva individual, só sendo resolvida alcançando a organização e as lutas coletivas pela concessão e reivindicação de cumprimento de direitos.

No intuito de contribuir para a diminuição desse fosso entre a formação do profissional de saúde e a realidade local, foi desenvolvida a proposta da *Ouvidoria Coletiva* (OC) como uma prática do que se passou a denominar como *Vigilância Civil da Saúde na Atenção Básica* (GUIMARÃES *et al*, 2011).

1.2. A Ouvidoria Coletiva: metodologia inovadora na perspectiva da Educação Popular em Saúde

A Ouvidoria Coletiva baseia-se nos trabalhos de Victor Valla e Eduardo Stotz, pesquisadores da ENSP/Fiocruz que elaboraram e desenvolveram a OC para a ampliação da participação popular no Sistema Único de Saúde (SUS) e da mobilização social na busca de soluções para os impasses gerados pelos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Estes pesquisadores têm trilhado um longo percurso de análises críticas em relação ao envolvimento de instituições governamentais em territórios socialmente vulneráveis. Um exemplo é apresentado em um artigo do Prof. Valla, de 1985, que analisa as propostas institucionais para as favelas do Rio de Janeiro entre 1941 e 1980 (VALLA, 1985). Nele o autor identificou, nos relatórios das instituições investigados, as categorias: Responsabilidade/Moral; Relatórios/Estudos; Educação; Urbanização e Participação. Valla constatou a similaridade nos discursos oficiais quando ignoram haver história nesses territórios antes da chegada das instituições.

Ao aludirem, na formulação da categoria participação, expressões como “estudo em comum dos problemas”, “necessidades e aspirações dos moradores” e “planejamento de solução dos problemas” eram recorrentes nas abordagens das instituições. A condução dos técnicos responsáveis pelos projetos com a população se baseava na lógica da iniciativa privada, ou seja, responsabilizando indivíduos e grupos pelas melhorias das suas condições de

vida, eximindo o Poder Público da sua obrigação de devolver os recursos financeiros pagos com impostos com políticas públicas em benefício da população. Essa lógica exclui a luta da população por direitos sociais ao acesso a políticas públicas e a exigência de qualidade e gestão democrática destas. Essa condução levava os moradores a descobrirem recursos próprios, ou seja, no âmbito do privado para a solução dos problemas coletivos, desconsiderando a responsabilidade do poder público no âmbito das políticas públicas. Os técnicos encaminhavam os processos junto aos moradores baseados na lógica da iniciativa privada, ou seja, levavam os moradores a descobrirem recursos próprios, individuais e comunitários para resolverem os problemas, desconsiderando a responsabilidade do poder público na implementação de políticas sociais. Uma das conclusões do artigo é a de que em:

“períodos de fechamento político, as propostas tendem a ser mais autoritárias e ocorrem mais remoções, enquanto nos chamados períodos de ‘abertura’ as propostas procuram desenvolver mais atividades de ‘educação’ e ‘participação’ (VALLA, 1985, p. 292)”.

Embora inserida em contexto democrático, o desenvolvimento da Ouvidoria Coletiva como uma modalidade de pesquisa conforma uma alternativa crítica às atividades de educação e participação oficiais realizadas de forma verticalizada e prescritiva.

A metodologia da Ouvidoria Coletiva pressupõe a formação de pequenos grupos – fóruns, compostos por diferentes atores sociais. A OC foi praticada inicialmente como um método de pesquisa na Região da Leopoldina, junto a Unidades Básicas de Saúde, nos complexos de favelas da Maré, Manguinhos e Alemão, entre 2003 e 2004. A realização teve como objetivo principal compreender as condições de vida e de saúde da população de um determinado local, as formas encontradas por ela para lidar com seus problemas. Para tanto, privilegia o diálogo e a escuta da diversidade, analisando cada tema proposto para discussão – problema – por vários ângulos (LIMA e STOTZ, 2008; GUIMARÃES *et al.*, 2011).

Tal metodologia amplia a concepção das ouvidorias tradicionais, cuja história e concepção são brevemente aqui apresentadas.

1.2.1. Ouvidorias Tradicionais

A palavra *ouvidoria* no Brasil tem sido utilizada em substituição ao termo *ombudsman*. Ombudsman é um termo de origem sueca sendo a junção da palavra ombud (representante) e man (homem). Segundo Mendes (2006) Caio Túlio traduziu a palavra como “aquele que representa”, mas seu significado real é “pessoa encarregada de delegação”. Como alguns no Brasil consideram "ombudsman" uma palavra que pode causar estranheza no público, em instituições públicas tem se optado pela palavra "ouvidor" para designar a pessoa que é responsável por esse setor denominado "ouvidoria". O meio jornalístico utiliza com frequência o termo "ombudsman", que desempenha várias funções no veículo de comunicação em que trabalha. Ele é ouvidor, crítico interno, colunista e analista da mídia (MENDES, 2010b). Ombudsman e ouvidor atualmente no Brasil são consideradas sinônimos que designam pessoas com a mesma função, sendo ombudsman mais utilizado para instituições privadas e ouvidor para as públicas, de acordo com Edson Vismona - presidente da Associação Brasileira de Ouvidores/Ombudsman (CATHO, 2010).

A criação da primeira ouvidoria ou o primeiro Ombudsman no mundo data do século XVIII, surgiu na Suécia, no ano de 1713. O papel desempenhado desse primeiro ouvidor consistia em ouvir as queixas. Posteriormente foram criadas outras ouvidorias em países como: Dinamarca, França, Inglaterra e Alemanha. Nesses países o ouvidor era eleito pelo Parlamento, cujo mandato lhe conferia poderes para questionar as instituições públicas (MENDES, 2010a). Na América Latina as ouvidorias começaram a ser implantadas no século XX, nos anos 80, na Guiana, México, Costa Rica, Argentina, Chile, Peru e Colômbia. No Brasil a primeira Ouvidoria Pública foi implantada em 1986 no Paraná.

Historicamente, no Brasil, não se constatava uma cultura de ouvidoria. Porém, a partir 2002, o poder público passa a reconhecer a importância desse canal de comunicação, que permite a participação do cidadão na busca da eficiência da gestão pública, no sentido de corrigir e prevenir os problemas na prestação do serviço público e adequá-los melhor às demandas dos cidadãos, e, com isto, procurar reduzir os gastos públicos. A concepção é a de que em

um governo democrático e participativo, a parceria entre o cidadão, a sociedade civil e o Estado deva ser valorizada para que toda a sociedade seja beneficiada. O número de ouvidorias entre 2002 e 2006 passou de 41 para 110 unidades, atuando nos órgãos e entidades do Poder Executivo Federal. O sistema de ouvidoria adotado pode variar dependendo do órgão, as de maior porte dispõem de atendimento telefônico gratuito (0800), mas todas recebem manifestações por carta, fax, e-mail e atendimento pessoal (Em Questão, 2004). Segundo a Dra Eliana Pinto (2005) - Ouvidora Geral da União, dos 5565 municípios, apenas 100 possuem ouvidorias municipais e dos 26 estados, 10 implantaram ouvidorias estaduais.

1.2.2. Ouvidoria Coletiva

A denominação para a nossa metodologia ser Ouvidoria Coletiva, justifica-se na medida em que a “escuta” excede o âmbito dos serviços públicos de saúde, pois não se restringe a avaliar o atendimento oferecido, e obtém maiores informações sobre as condições de vida das comunidades, a partir da percepção de participantes representativos da situação investigada. A partir dos convites feitos pelos profissionais de saúde, participam dessas reuniões, denominadas “*fóruns*”, profissionais de saúde – em especial, agentes comunitários de saúde, pelo seu conhecimento da realidade local; representantes de grupos comunitários e de grupos religiosos, além de outros sujeitos identificados como capazes de vocalizar percepções coletivas das questões desafiadoras nos territórios trabalhados.

Nesse sentido, a OC se constitui como uma ouvidoria autônoma, isto é, não vinculada a um órgão público específico e, portanto, não responsável pelo serviço de atendimento ao consumidor. Mesmo que seus encontros se realizem em prédios públicos e que sejam propostas por trabalhadores do serviço público, ela mantém-se como um espaço de construção coletiva, por meio do diálogo entre diversos atores de instâncias governamentais e da sociedade civil, que protagonizam os encontros, dividem reflexões e responsabilidades por encaminhamentos. Tanto as decisões como as outras atividades e construções advindas desse processo são consideradas constructos de todos os participantes. Desta concepção metodológica provém a sua autonomia.

Durante o Curso de Mestrado em Ensino em Biociências procurei entender as relações entre saúde e pobreza, por meio dos discursos de moradores e profissionais de saúde acerca das condições de vida nos complexos de favelas da região da Leopoldina, e suas relações com os serviços públicos de saúde (LIMA e STOTZ, 2008). No desenvolvimento da pesquisa surgiu a necessidade de aprofundamento das percepções sobre a relação entre pobreza e saúde, já que os resultados da Ouvidoria Coletiva desde o seu início apontavam para diferentes impasses, tanto para a população quanto para os profissionais de saúde.

No trabalho de campo foram realizadas entrevistas individuais com profissionais de saúde - assistentes sociais, enfermeiros e médicos, sobre suas representações sobre pobreza e saúde, sua formação para lidar com essas questões e sugestões para graduações e serviços públicos de saúde no sentido de preencher possíveis lacunas. Nesta etapa do trabalho foram utilizados elementos da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo para tabulação dos resultados.

A pergunta orientadora desta pesquisa foi sobre a pertinência da discussão de Temas Sociais Contemporâneos como pobreza, desigualdade social, religiosidade popular, violência e medo social nas formações em saúde e em ensino em educação. Os resultados apontaram para possíveis aplicações na formação dos profissionais de educação e saúde visando também a formulação de políticas públicas (LIMA e STOTZ, 2008).

Em minha dissertação de mestrado (LIMA e STOTZ, 2010) busquei refletir sobre quais são os impasses colocados pelas condições de vida adversas às quais estão submetidos muitos dos usuários dos serviços públicos de saúde. E também pensar como, a partir da experiência da OC, atores com lógicas particulares distintas podem contribuir para a solução de problemas da comunidade onde atuam.

Em virtude do êxito dessa experiência de OC na região da Leopoldina, na cidade do Rio de Janeiro², participei de equipe que atendeu a um convite da

² Menção Honrosa no Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa (MS, 2007).

chefia do Departamento de Endemias da ENSP Sergio Arouca elaborando projeto para concorrer a um Edital interno da Fiocruz de financiamento de pesquisa para inovações, repetindo o método de pesquisa na cidade de Itaboraí investigando as transformações sociais advindas da instalação do Complexo Petroquímico do Estado do Rio de Janeiro (Comperj)³ no local.

A proposta inicial era a coordenação de fóruns de Ouvidoria Coletiva pelas quatro pesquisadoras de campo que compunham a equipe coordenada pelos profs. Valla e Stotz, tal como havia acontecido na região da Leopoldina.

Na experiência acontecida na área da Leopoldina, duas pesquisadoras coordenavam cada fórum que discutia uma agenda prévia, como relatado anteriormente. Em Itaboraí, após as reuniões iniciais em 2008 com atores sociais da cidade, a gestão da Secretaria Municipal de Saúde propôs a elaboração de uma Capacitação para a Atenção Básica que estabelecesse as bases para a implementação de fóruns de Ouvidoria Coletiva nas Unidades de Saúde da Família do município.

A capacitação ocorreu, assim como fóruns de Ouvidoria Coletiva coordenados pelos profissionais de saúde, como será detalhado posteriormente. Estas modificações na metodologia e seus desdobramentos, em especial, no trabalho dos profissionais de saúde envolvidos, apontaram para um aspecto ainda não identificado: sua potência como processo formativo de profissionais de saúde. A evidenciação deste potencial da nova Ouvidoria Coletiva desenvolvida em Itaboraí na formação dos profissionais de saúde trouxe o desafio de investigar esse processo, uma nova experiência metodológica, nesta tese de Doutorado.

1.3. Objeto de Estudo

No presente trabalho se propõe estudar a participação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um processo de educação – a Ouvidoria Coletiva (OC). Esta é uma instância organizada para diagnosticar problemas de saúde e identificar soluções por meio do diálogo com atores

³ O Comperj era anunciado como o maior investimento da Petrobrás de todos os tempos.

sociais vinculados às parcelas mais pobres da população. Trata-se de um processo de educação não formal, ou seja, que implica na aprendizagem feita ao longo da intervenção e seus desdobramentos. Saber como atua a OC neste contexto é a questão orientadora da pesquisa. Para tentar esclarecer esta questão, partimos do pressuposto de que a OC funciona como uma metodologia de formação dos profissionais de saúde na medida em que o diálogo com representantes comunitários e agentes sociais da população requer o concurso de diferentes saberes sobre problemas de saúde e formas de seu enfrentamento.

O presente projeto compreende a Ouvidoria Coletiva como um processo de educação e saúde por meio de uma prática social baseada no diálogo entre o saber técnico-científico (aqui representado pelos profissionais de saúde) e o saber popular (do discurso dos representantes comunitários e religiosos) na compreensão das condições de vida e saúde, dos impasses e caminhos que têm sido apontados no intercâmbio entre os dois tipos de saberes (BRICEÑO-LEÓN, 1996). Trata-se de um processo de educação não-formal, ou seja, da aprendizagem feita ao longo da participação na experiência.

1.4. Desenvolvimento da pesquisa

A nossa linha de pesquisa foi para Itaboraí desenvolver uma investigação semelhante à experiência vivida na Leopoldina, ou seja, escolher três ou quatro unidades de saúde para acompanhar as percepções dos moradores acerca das transformações em seus territórios trazidas pelo Comperj.

Tal iniciativa se deu no âmbito do Projeto *“Cidades Saudáveis: Saúde, Inovação Tecnológica e Desenvolvimento Urbano na Área de Implantação do Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro/ Itaboraí – Comperj”* apoiado pelo Programa de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Pública (PDTSP) da Fiocruz, e em especial com o subprojeto *“Vigilância Civil da Saúde na Atenção Básica: uma proposta de Ouvidoria Coletiva”* e, posteriormente o subprojeto *“Movimentos sociais e saúde: reconhecimento de práticas populares ao leste da Baía de Guanabara, R.J.”* Como já foi escrito anteriormente, a proposta se modificou e todos os profissionais da Atenção Básica participaram da

Capacitação em OC e o trabalho continuaria em 2009 com o nosso acompanhamento e aprofundamento do processo educativo em Ouvidoria Coletiva.

Após o lançamento da publicação “Por uma Itaboraí Saudável” houve a recondução da pessoa que escreveu sua apresentação ao cargo de Coordenadora da Estratégia de Saúde da Família. A partir de então houve possibilidade da continuidade da investigação de Doutorado por meio de Fóruns de Ouvidoria Coletiva.

Como encaminhamento foi acordado que essa experiência aconteceria em Pachecos, por ser um bairro com diversos, antigos e novos problemas e pela identificação da não existência de processos de participação popular para o enfrentamento desses problemas.

1.5. Organização da Tese

A presente tese está assim organizada nas seguintes partes: 1 e 2 apresentam sua Introdução e Objetivos; 3 apresenta um referencial teórico do campo da Educação Popular e da Educação Popular em Saúde no que estas se relacionam com a perspectiva da Pesquisa Participante; 4 explicita os procedimentos metodológicos utilizados na investigação e o universo da pesquisa; em 5 encontram-se os resultados e a discussão. Os resultados e sua análise levaram à discussão de categorias como a dimensão da Escuta Atenta e Sensível, a do Diálogo Respeitoso, mostrando a importância das dimensões sutis do sentir humano relacionando-se com a humanização na perspectiva da Educação Popular sistematizada por Paulo Freire, especialmente e em 6 se encontram as Considerações Finais. Neste item são retomados os principais pressupostos e achados da investigação.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Objetivamos com essa pesquisa entender o processo de educação não formal dos profissionais de saúde pela OC enquanto método inovador baseada na perspectiva da Educação Popular em Saúde.

Objetivos Específicos

Os objetivos específicos do trabalho são:

- realizar uma pesquisa na literatura sobre Educação Popular e Saúde e Pesquisa Participante com o sentido de contextualizar o presente estudo;
- analisar e sistematizar os discursos dos atores da OC;
- identificar o processo pelo qual se dá processo de ensino-aprendizagem dos profissionais de saúde participantes da OC.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Aqui vive um povo que merece mais respeito
Sabe, belo é o povo como é belo todo amor
Aqui vive um povo que é mar e que é rio
E seu destino é um dia se juntar
O canto mais belo será sempre mais sincero
Sabe, tudo quanto é belo será sempre de espantar
Aqui vive um povo que cultiva a qualidade
Ser mais sábio que quem o quer governar ¹

(Milton Nascimento e Fernando Brant. *Notícias do Brasil*)

3.1. Educação Não Formal

Educação na Lei de Diretrizes e Bases da Educação é definida como “aquela que abrange processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais” (Art. 1º, LDBEN, 1996).

O debate sobre a “crise da modernidade” trouxe para a Educação o reconhecimento de “novos campos de produção de conhecimento e áreas do saber que estavam invisíveis ou não tratadas como conhecimento ou saber educativo - recobertas de práticas pedagógicas e processos educativos” (GHON, 2010, p.30).

A expressão Educação Não Formal foi buscada por Maria da Glória Ghon (2010), na década de 1980, para “nomear um processo educativa que tratava da aprendizagem no interior dos movimentos sociais tentando diferenciá-lo” (GOHN, 2010, p.10). Trata-se de um campo não identificado pelo senso comum e pela mídia como sendo educacional, pois acontece fora da escola (GHON, 2010).

¹ Música *Notícias do Brasil* de Milton Nascimento e Fernando Brant do disco Caçador de Mim

Um dos pressupostos da Educação Não Formal (ENF) é o de que “os movimentos sociais e outras práticas associativas coletivas tinham um caráter educativo, para seus participantes, para aqueles que eram alvo dos protestos e demandas e para a sociedade em geral” (GOHN, 2010, p.10).

Em uma busca de diferenciação entre Educação Não Formal, Educação Formal e Educação Informal, a autora identifica a Educação Popular relacionada apenas com “os processos de alfabetização de adultos, sob modalidades alternativas” (GOHN, 2010, p.10), o que demonstra uma visão restrita da Educação Popular, cujos conceitos serão explicitados adiante. Moacir Gadotti inclui a Educação Popular como relacionada à Educação Não Formal (GADOTTI, 2008).

Para Gadotti, a Educação Não Formal é “mais difusa, menos hierárquica e menos burocrática. Seus programas, quando formulados, podem ter duração variável, a categoria espaço é tão importante quanto a categoria tempo”, pois o tempo da aprendizagem é flexível, respeitando-se diferenças biológicas, culturais e históricas, criando e recriando em múltiplos espaços (GADOTTI, 2008, p.2).

A ENF constitui-se por escolhas e há intencionalidades nos seus procedimentos. O processo de aprendizado não se dá espontaneamente e produz propostas (GOHN, 2010). Também propicia o auto-aprendizado, o autoconhecimento (GHON, 2009).

Geralmente o educador é conhecido como “educador social”, mas considera-se o principal educador aquele com o qual o educador social, o técnico, interage. A ENF geralmente ocorre fora da escola formal, se dá nos territórios que tem a ver com as trajetórias de vida e interesses dos grupos e indivíduos com os quais se interage, em locais informais. Neste caso, a participação das pessoas é opcional e as situações de interação são construídas coletivamente. No ato de participar, as pessoas aprendem, transmitem e trocam conhecimentos. Portanto, essa educação é adquirida e “capacita os indivíduos a se tornarem cidadãos do mundo, no mundo” (GOHN, 2010, p.18).

Os objetivos da ENF, segundo a autora se constroem em interação durante o processo educativo, cujos procedimentos se constroem voltados para necessidades e interesses dos participantes (GOHN, 2010). Essa forma de Educação trabalha com a subjetividade dos grupos, partindo da sua cultura política no intuito de contribuir para o desenvolvimento de sua identidade coletiva, bem como estreita sentimentos de pertencimento. Aqui a criatividade desempenha um papel importante o processo de ensino-aprendizagem, incluindo manifestações artísticas, como teatro e música (BIANCONI, CARUSO; 2005). A ENF associa-se muito à cultura (GADOTTI, 2005).

Já a Educação Formal pode ser considerada como aquela desenvolvida em instituições de ensino, cujos conteúdos estão gradual, hierárquica e cronologicamente estruturados (BIANCONI, CARUSO; 2005).

A educação informal é entendida como sendo adquirida por qualquer pessoa em ao longo da sua existência, no cotidiano, e é aquela que as pessoas aprendem durante o processo de socialização gerada em relacionamentos intra e extrafamiliares como: amigos, escola, adesões religiosas familiares, clubes, vizinhos, etc.). Essa modalidade de Educação incorpora valores e culturas próprias de sentimentos herdados, de sensação de pertencimento.

3.2. Educação Popular

A história da educação no Brasil se constrói de forma diferenciada da europeia, pois desde a sua chegada, em 1500, os portugueses movimentaram-se no sentido de "civilizar" aqueles que aqui habitavam há milênios, os índios. Desde então, constituíram-se basicamente duas propostas de educação: a oficial, nacional com pretensões universalistas; a educação particular, confessional ou não. Aqui no Brasil, a Educação Popular vem como uma perspectiva epistemológica a serviço das classes populares, historicamente oprimidas e, portanto, não privilegiadas em acesso, como também a qualidade e identidade cultural nas modalidades de educação constituídas (BRANDÃO, 2001).

Valla (2003), numa retrospectiva histórica da Educação Popular, afirma que:

“O projeto colonial, comandado pelos representantes do cristianismo europeu, deixou uma grande marca de dominação cultural e violência, eliminando fisicamente os primeiros moradores da América, e apropriando-se das suas riquezas de tal forma total que explica historicamente o rosto de pobreza dos descendentes até hoje (e) as propostas da Educação Popular são continuamente tentativas de resgatar as muitas injustiças que resultaram nas condições de vida que se procura modificar com a própria Educação Popular” (VALLA, 2003).

O questionamento proposto por Stotz (2005) parece reportar-se ao início da Educação Popular quando indaga se é possível uma educação universal subordinada a uma sociedade dividida em classes, marcada pela dominação? Se partirmos do princípio que há profundas diferenças sociais e culturais, além das econômicas, entre as classes sociais, a concepção de uma educação universal constitui-se em uma imposição de universalização, onde há profunda diferenciação que precisa ser contemplada em todos os processos educativos. Não se trata aqui de “uma educação pobre para os pobres”, nem tampouco do que ainda figuram nos discursos de muitos professores, o pressuposto de que a educação profissionalizante é a que deveria ser privilegiada para as classes populares e, que conteúdos de campos de conhecimento como, filosofia, sociologia deveriam ser abordados em processos educativos para quem vai continuar seus estudos e mesmo exercer atividades de comando no setor privado e público.

De fato, como observa Carlos Rodrigues Brandão, a Educação Popular inicia-se ainda no início do século passado, por meio das experiências de operários italianos e espanhóis nas décadas de 20 e 30 que, além de garantir o direito ao acesso à escola, por seus filhos, discutiam o seu currículo, no sentido de adaptá-lo para atender às demandas da classe operária que, por meio de seus sindicatos financiava as primeiras escolas libertárias, cujo objetivo era pensar e vivenciar uma educação a partir da vida do povo, da realidade cotidiana (BRANDÃO, 2001).

Tais experiências inspiraram modalidades do fazer educativo que se propunha a atender aos interesses das classes trabalhadoras na direção de

sua emancipação das diversas formas de opressão impostas pelo capitalismo em sua consolidação, no início do século XX. Neste sentido, o reconhecimento do papel da educação para libertação das futuras gerações alimentava os sonhos das gerações anteriores.

Por outro lado Fasheh (2004) afirma a necessidade “de se repensar qualquer coisa que se diz universal”, compreendendo que “a diversidade é elemento constituinte da natureza da vida” onde “cada pessoa é uma fonte de compreensão”, criadora, observadora e construtora e autora de uma realidade, e “toda experiência como tendo um valor a ser compartilhado” (FASHEH, 2004, p.166).

Paulo Freire, ao sistematizar sua experiência com Educação Popular, já no exílio, especialmente em seu livro “Pedagogia do Oprimido” trouxe a dimensão de conteúdo social para o processo educativo, deslocando-o da perspectiva individualista, incorporando “uma dimensão ativamente política e não mais simplesmente passiva e reprodutora do *status quo*” (FREIRE e NOGUEIRA, 1991, p.4). Essa perspectiva de Educação Popular incorpora simultaneamente “a consciência e o mundo, a palavra e o poder, o conhecimento e a política, a teoria e a prática” (FREIRE e NOGUEIRA, 1991, p.4). Uma perspectiva educativa entendida em relação com a transformação social.

Na América Latina, a partir da década de 1970, a Educação Popular passou progressivamente a ser considerada importante no processo organizativo das organizações política e de massa. Descobriu-se que o fundamental fator educativo não é processo pedagógico em si e sim as ações de luta consciente. Um processo pedagógico sim, mas que favoreça a luta consciente enquanto ela se dá, e não um momento prévio de tomada de consciência. Neste sentido, Educação Popular é um processo permanente de teorização sobre a prática indissociavelmente ligado ao processo de organização das camadas populares, o que se dá em diferentes intensidades e características em países como Peru, Bolívia, El Salvador, Guatemala e Panamá (JARA, 1984).

Cabe ressaltar que Educação Popular e mudança social são simultâneas, quando as pessoas são educadas em uma sociedade que se transforma e é transformada pela sua participação e se estabelece “uma visão ativa e criativa do conhecimento” (FREIRE e NOGUEIRA, 1991, p. 62).

Na gênese da Educação Popular havia crítica ao trabalho educativo visto como transmissor de conhecimento e contra a função domesticadora da educação. Na perspectiva da dominação, o aprendiz é semelhante a um depósito de informações, constituindo o que Freire chamou de “educação bancária” (FREIRE e NOGUEIRA, 1991, p.59).

Na perspectiva da Educação Popular a educação é vista como uma série de envolvimento. Educação e politização das pessoas andam juntas. Invocam-se reflexões sobre o mundo do trabalho, dos pensamentos escritos, ou seja, aproxima teoria e prática. Também se chamou esta de educação conscientizadora, pois sabe-se que consciência tem íntima relação com gestos coletivos dos grupos e movimentos populares (FREIRE e NOGUEIRA, 1991, p.63).

Tal perspectiva traz para nós o desafio da relação entre saber e poder, quando a construção do conhecimento sobre o mundo traz em si, maior poder sobre aquilo que se sabe. Freire conceitua Educação Popular como o “esforço de mobilização, organização e capacitação das classes populares; capacitação científica e técnica.” (FREIRE e NOGUEIRA, 1991, p.19).

Trata-se de um modo de conhecimento elaborado nas práticas do mundo. Essas práticas passam a ser percebidas com um outro modo de organização. Uma apreensão do conhecimento inicia-se com a reflexão do ser humano em relação. O conhecimento se dá pela via do corpo:

“E o intelectual pode se enriquecer ao aprender com essa forma de conhecimento. Ver a intimidade que existe entre (por exemplo) um favelado e os limites de sua alegria. Essas pessoas vão transando com os limites de sua existência e vão aprendendo e vão resistindo e vão realizando um saber corporal. É a água que não chega na casa, é o quarto que está faltando espaço, é o corpo que aprende em suas faltas. Eis ai uma forma de conhecimento direta” (FREIRE e NOGUEIRA, 1991, p.24).

Os profissionais em convívio enriquecem sua capacidade de criticidade quando consideram a relevância “da prática cognitiva de corpos humanos lutando e pelejando, resistindo e tendo esperança (...)”; então eles aprendem “com os corpos que superam limitações” (FREIRE e NOGUEIRA, 1991, p.25).

Há pessoas que expressam procedimentos cognoscentes com toques corporais afetivos de reconhecimento que muitas vezes não são percebidos pelos profissionais e estes não se somam a esses momentos de “proceder epistemológico” (FREIRE e NOGUEIRA, 1991, p.29).

Esse aprender pela via do corpo, dos afetos e da luta, tão considerados na Educação Popular, pode influenciar os profissionais de saúde e estes, por sua vez, podem contribuir com seus conteúdos técnico-científicos para na convivência com a população compartilharem seu modo de aprender e investigar. Assim surge um novo ator coletivo, do qual falaremos posteriormente.

3.3. Educação Popular em Saúde (EPS) no Brasil

A Educação Popular em Saúde constitui-se em uma vertente emancipatória da Educação em Saúde, com base nos princípios da Educação Popular na perspectiva de Paulo Freire.

As primeiras atividades do que se convencionou denominar de Educação Popular em Saúde surgem na segunda metade da década de 1970, com iniciativas de profissionais de saúde ligados a trabalhos junto às classes populares que valorizavam os saberes dos indivíduos e de seus coletivos. Quando havia o entendimento da necessidade de se superar práticas autoritárias que preconizam a supremacia do saber técnico-científico e dialogar com o saber popular, sociohistoricamente contextualizado.

Com a transformação das políticas de saúde pública no país surgiu a necessidade de incorporação de novas formas de trabalhar com a população. Nessas formas se insere mais claramente a dimensão educativa no trabalho dos profissionais de saúde, em especial com a emergência das perspectivas da Promoção da Saúde. O fato de os profissionais de saúde considerarem os os

itinerários terapêuticos trilhados pela população em busca da resolutividade de seus problemas de saúde trouxe uma abertura para a escuta atenta desses caminhos advindos de práticas tradicionais e populares em saúde, como também as perspectivas religiosas também emergentes como o neopentecostalismo, no final dos anos de 1970.

No Brasil, a partir do término da Ditadura Militar, fortaleceram-se também as práticas vindas da área da saúde, no bojo dos direitos sociais, ressaltando a saúde como direito essencial para a felicidade dos povos (BRANDÃO, 2001). Embora a saúde seja um direito do coletivo, há também responsabilidades no âmbito individual. Encontra-se aí uma dimensão pedagógica na qual se dá, por exemplo, o aprendizado do convívio com o próprio corpo, com o ambiente e com as pessoas, que são fundamentais para a saúde.

Revisitando a conjuntura política nacional nos anos 1980, na qual ocorre a "transição pactuada" entre militares e civis, na chamada Aliança Democrática, Stotz (2005) ressalta a importância das lutas populares na época:

"O capítulo político das lutas populares é, sem dúvida, mais grandioso, ainda que atravessado pelas divergências e disputas políticas e ideológicas. O trabalho de mobilização e organização popular, estruturado por uma aliança entre os profissionais e técnicos da saúde e as lideranças e os ativistas populares, faz avançar a luta pelo direito à saúde, afirmada em tentativas de organizar os serviços de modo alternativo que questionam o modelo vigente de atenção à saúde. São contribuições fundamentais ao processo da Reforma Sanitária, que se inicia na VIII Conferência Nacional de Saúde e culmina na Constituinte" (Stotz, 2005, p.23).

Segundo Marteleto e Valla (2003), essa diversidade de iniciativas veio a formular certos princípios e práticas comuns ou semelhantes que configuram uma nova maneira de prestação de serviços de saúde pública, e de relação entre os profissionais e a população, o que representa uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde.

O movimento da Educação Popular em Saúde (EPS) se constituiu no início da década de 1990 e se rearticulou no final desta década com características de movimento social (STOTZ, DAVID E WONG, 2004) A

EPS organizou-se, a partir de 2000, por meio de uma rede virtual de discussões, com encontros presenciais específicos, além de utilizar espaços oferecidos em diversos eventos da área da saúde. Também faz parte do movimento a produção de material bibliográfico.

Neste sentido, a proposta da EPS baseia-se na configuração de práticas de participação popular que contribuam também para a democratização do acesso ao conhecimento e a aproximação da ciência ao cotidiano das pessoas. Marteleto e Valla (2003) destacam ainda que para o conhecimento produzir sentido e orientar decisões e ações no campo das questões da saúde da população é importante fundar e organizar processos de construção compartilhada do conhecimento. Marteleto (2001) nomeia como "terceiro conhecimento" as diferentes combinações, provisórias e renováveis, entre conhecimento científico (ou informacional) e o conhecimento popular (ou prático).

Esse terceiro conhecimento advém de um processo de Educação Popular em Saúde denominado Construção Compartilhada de Conhecimento. A Construção Compartilhada do Conhecimento se trata de uma metodologia sistematizada no âmbito da ENSP/Fiocruz, resultante de uma investigação participativa desenvolvida pelo Núcleo de Educação, Saúde e Cidadania, no início da década de 1990. Metodologia esta que também é vista como um conceito que considera a experiência cotidiana dos atores envolvidos em práticas de educação e saúde e tem por finalidade a conquista, pelos indivíduos e grupos populares, de maior poder e intervenção nas relações sociais que influenciam a qualidade de suas vidas (LIMA, STOTZ, 2010). Os princípios da construção compartilhada do conhecimento estão fundamentados na Educação Popular e a referência para o conceito de aprendizagem vem do construtivismo, que concebe o sujeito como o construtor do conhecimento, na medida em que observa, analisa as experiências de forma particular buscando compreender o mundo (CARVALHO, 2007). Esta proposta implica num processo comunicacional, interativo e cooperativo e intencionalmente pedagógico, entre "pessoas ou grupos com experiências diversas, interesses, desejos, motivações coletivas" (CARVALHO *et al*, 2001).

A perspectiva da Educação Popular e Saúde contribui para o debate acerca do projeto de sociedade necessário para a diminuição das desigualdades sociais, de gênero, raciais, entre outras, e se apresenta, no país, como norteadora para as práticas e reflexões teóricas no campo da saúde por levar em conta as relações estabelecidas entre o mundo da cultura e o mundo da vida, os saberes produzidos a partir das experiências concretas de luta, possibilitando novas leituras da questão da saúde e potencializando a reflexão acerca da realidade (LIMA *et al*, 2008).

É importante destacar que a EPS carrega em si uma complexidade de relações em que estão presentes formas discursivas diversas e muitas vezes conflitantes entre si, numa arena de disputa simbólica, onde se revela a polifonia de vozes do Estado, da ciência, do mercado, das entidades civis, dos grupos comunitários, das lideranças dos movimentos sociais (MARTELETO e VALLA, 2003). Esta polifonia, revelada por meio de processos dialógicos, pode contribuir para aproximar a atenção nos serviços públicos de saúde da resolutividade das queixas dos usuários, na medida em que os profissionais de saúde da ponta, os gestores e pesquisadores se colocarem em atitude de permeabilidade à aprendizagem e modificação de seus processos de trabalho na convivência com a população.

Neste sentido, processos de Construção Compartilhada do Conhecimento podem contribuir por que:

"tem por finalidade a conquista, pelos indivíduos e grupos populares, de maior poder e intervenção nas relações sociais que influenciam a qualidade de suas vidas (...) implica um processo comunicacional e pedagógico entre sujeitos de saberes diferentes convivendo com situações de interação e cooperação, que envolve o relacionamento entre pessoas ou grupos com experiências diversas, interesses, desejos, motivações coletivas" (CARVALHO *et. al.* 2001, p.101).

Os desafios advindos da realidade adversa vivenciada pelas camadas populares no Brasil, que ainda figura como um dos campeões da desigualdade social do mundo, reiteram a importância da expansão dos diversos aspectos da Educação Popular, em especial a Educação Popular em Saúde. A conjuntura mostra-se favorável a novos movimentos sociais, onde há uma

profusão de construções em atividade popular sem precedentes, pois segundo Marilena Chauí (*apud* Brandão 2001), "o mundo agora é mais cruel, mais genocida, mais injusto do que na II guerra mundial".

Para facilitar a compreensão da importância da EP neste momento do país, cabe lembrar seus princípios essenciais, que para Brandão (2001) seriam:

"Que a educação seja vivida como um pensar um projeto de construção de mundo através das pessoas. Já que a educação é por vocação natural transformadora e libertária, a que Paulo Freire chamava de 'permanente inédito e viável'. Uma educação dirigida a todos os sujeitos indistintamente, mantendo a sua vocação popular, que nos ensina a criarmos entre nós os nossos próprios conhecimentos".

Freire (2003) acrescenta ainda que fatores dinamizadores e necessários para transformar os projetos de 'inéditos viáveis' em concretudes históricas podem ser encontrados na sua obra.

Embora Educação Popular seja fundamentalmente um trabalho educativo centrado nos interesses das classes trabalhadoras que se processa no interior do movimento popular, Betto (1999) destaca a existência contemporânea de uma discussão que questiona se a escola formal comporta a Educação Popular. E ele mesmo sinaliza as dificuldades do atual sistema educativo oficial como inviabilizador, sendo necessário subverter essa escola, introduzir novos conteúdos didáticos, redimensionar o tempo curricular e vincular teoria à práxis social. Com as reformas curriculares nacionais dos cursos da área de saúde, por exemplo, é esperado que cada vez mais as instituições de ensino consigam encontrar estratégias de introdução da EPS em suas matrizes curriculares.

Outro desafio que se coloca, segundo Brandão (2001), é o de impregnar os governos com essa visão cidadão/cidadã por um grande movimento de Educação Popular. Sabe-se que um caminho possível é o da participação popular em processos de gestão pública. Observam-se, principalmente no âmbito municipal, algumas experiências como a do orçamento participativo em Porto Alegre, cujo exercício de discussão da destinação de parte do orçamento

municipal, por representações dos movimentos sociais, têm se mostrado como importante para a efetivação da cidadania.

Estudos nas últimas décadas têm mostrado mudanças no perfil e atuação dos movimentos sociais que estariam mais voltados para as condições de vida da população, sendo que a articulação em redes constitui-se na construção de uma forma contemporânea de manifestação da sociedade civil. Marteleto e Valla (2003), já antecipando a enorme proliferação de redes dentro e fora do campo da saúde nesta década, bem como o surgimento de novas ondas de protestos sociais a partir de junho de 2013, classificam as redes como espaços privilegiados de produção e troca de conhecimento e informação, e colocam os atores sociais, movidos por um tipo de participação cidadã, como condutores dos processos de mudança social.

No cenário internacional, a relação entre cultura e saúde não é recente, pois desde a Conferência Internacional de Alma-Ata em 1978, a Atenção Primária em Saúde foi priorizada e a OMS enfatizou a necessidade de se estudar o contexto cultural das populações para uma melhor adequação das práticas de saúde. Vários autores têm seguido essa linha de pensamento ao longo da história da educação e saúde, chamando a atenção para o objetivo de todo processo educativo: a formação do sujeito crítico, consciente do que é ser cidadão. Procuram mostrar que a formação do cidadão é abrangente e sua realidade cotidiana deve ser considerada no processo ensino-aprendizagem (FREIRE, 1977; BRICEÑO-LEON, 1996; VALLA, 1998; FONSECA, 2000).

Briceño- Leon (1996) postulou sete teses sobre a educação sanitária inspiradas nos ideais de Paulo Freire, que enfatizam a valorização do indivíduo e a importância de se considerar o contexto social em sua plenitude, ou seja, a importância de se conhecer as crenças, religiosidade e os hábitos que estão intrinsecamente relacionados com fatores como idade, gênero e as circunstâncias de vida de cada um. A partir destes conhecimentos, devem-se compartilhar as construções. Hoje, nesta perspectiva, podemos refletir sobre o processo de formação de profissionais de saúde.

A perspectiva trazida pela EPS fertiliza esse debate ao levar em conta as relações estabelecidas entre o mundo da cultura e o mundo da vida, os

saberes produzidos a partir das experiências concretas de luta, possibilitando fazer novas leituras da questão da saúde e potencializando a reflexão. Por meio da prática educativa, como Educação Popular, construímos a cidadania e a dignidade e para tal necessitamos acreditar na nossa capacidade de nos tornar sujeitos individuais e coletivos com critérios de análise próprios (VASCONCELOS, 1998).

Várias questões têm sido apontadas em processos educativos: a falta de visão do “todo”; a fragmentação do conhecimento, muito bem abordada nas jornadas temáticas organizadas por Edgar Morin (2002); a necessidade de religação dos saberes. Paulo Freire (1996), em sua jornada pela educação, apontou também questões, entre elas a necessidade de reconhecimento e assunção da identidade cultural do educando, mostrando que toda prática educativa envolve a experiência histórica, política, cultural e social do ser humano.

Esses conceitos foram reforçados por Briceño-Leon (1996) nas suas sete teses a respeito da importância da participação popular nas campanhas de educação e saúde. O autor nos alerta para a necessidade de se conhecer o indivíduo como um todo, considerando seu contexto social, sua renda *per capita*, seu emprego ou atividade lucrativa, sua moradia, seu cotidiano etc, ressaltando a importância de se conhecer as suas crenças, pois as mesmas têm uma forte influência na sua vida, muitas vezes determinando-a.

A perspectiva de conhecimento das pessoas como um todo, incluindo também seus aspectos culturais e sociais é parte integrante da Educação Popular em Saúde. Embora haja uma grande diversidade de experiências moleculares atualmente em curso no país, a produção escrita acerca delas e mais ainda sobre pesquisas acadêmicas ainda não dá conta de espelhar tal riqueza. No entanto, nota-se que alguns autores do campo da EPS tem empreendido esforços nesse sentido. Dentre eles, devido a contribuição que trazem para o entendimento de aspectos relacionados ao objeto d estudo da presente tese, foram destacados alguns exemplos de reflexões acadêmicas (ÁVILA, 2011; OLIVEIRA, 2009; BORGES *et al* 2009; DARON, 2009; LAPERRIERE, 2008).

Analisando o Movimento de Mulheres Camponesas, Vanderléa Daron (2009) ressalta a dimensão educativa da luta dessas mulheres por saúde. Esse processo promove uma articulação entre a organização, as lutas, a construção de experiências e formação. Todos esses aspectos são parte do processo histórico no campo de resistência popular. Observa-se que essas mulheres vão se constituindo em sujeitos ativos da transformação das suas relações e vidas.

A fundamentação dessa práxis é a dimensão do ser humano de forma integral, constituindo-se em uma práxis, pois articula prática e reflexões teóricas constantes. O trabalho das mulheres conjuga práticas tradicionais de cuidado como chás e as discussões acerca da produção da vida e a importância das condições sociais para a saúde. Daron (2009) considera a capacidade de ouvir, de realização, de construção coletiva, de enfrentamento de contradições e conflitos, enfim, a participação ativa como elementos pedagógicos.

Outros aspectos também considerados como político-pedagógicos a atuação política na direção de uma nova sociedade mais democrática, tendo como base os fatores éticos como a solidariedade, a justiça e o resgate da dignidade humana. Daron (2009) ressalta que é educativo o processo de disputa hegemônica pela elevação cultural das massas populares. Buscar uma sociedade nova é em si auto-construção do ser humano em sua dimensão política.

Há duas frentes em educação desenvolvidas pelo Movimento, uma na direção do ensino formal, de elevação da escolaridade das mulheres e outra formação para a atuação no próprio MMC. No campo do ensino formal, o Movimento estabelece parcerias com instituições alfabetizadoras, como também de pós-graduação. Já a formação específica para o Movimento é desenvolvida de diversas formas tais como: cursos de formação para mulheres se tornarem multiplicadoras da promoção da saúde; encontros temáticos; debates; trabalhos específicos com casais, adolescentes e crianças; elaboração de materiais informativos, - panfletos, vídeos, jornais e cartilhas.

Como é inerente a qualquer processo, o MMC enfrenta desafios no que tange a efetivação da Educação Popular em Saúde. Aliar as práticas de cuidado do interior do Movimento com a colaboração para a construção de um

sistema público de saúde que considere a perspectiva da população, seja mais democrático, prime pela intersetorialidade, articule pessoas. Há ainda incorporadas as suas lutas o desafio da exigência ética de contribuir para que nos serviços de saúde haja maior reconhecimento das práticas de cuidado integrativas e tradicionais. Que deixem de ser consideradas práticas marginais e sim, legítimas. Tal reconhecimento colabora para o aumento da autonomia, na medida em que são utilizados instrumentos da educação popular que fomentem a reflexão, a articulação entre grupos, sujeitos e entidades com experiências afins, ou seja, práticas populares de saúde. E ir estabelecendo uma nova correlação de forças, onde se potencializem processos que promovam o aumento da dignidade e da qualidade de vida das camadas populares.

Neste sentido, o manejo de metodologias na perspectiva da Educação Popular em Saúde no interior de coletivos como o MMC contribui para o fazer pedagógico num direcionamento à libertação, a emancipação de homens e mulheres, o qual o diálogo “é o sentimento do amor tornado ação” (DARON, 2009, p.397).

O diálogo é também visto como elemento fundamental na Educação Popular e esta como um dispositivo para a realização da “Ecologia dos Saberes”, na medida em que contribuem para que os atores envolvidos desenvolvam a apropriação crítica da realidade (BORGES *et al*, 2009, p.373). Boaventura de Sousa Santos afirma ser um enorme desperdício da riqueza social o não aproveitamento da diversidade de saberes existentes na humanidade (SANTOS, 2004).

Quando refere-se ao conceito de saúde, Borges (2009) reconhece que o ser humano é ao mesmo tempo participante e protagonista da produção da sua própria saúde, na medida em que amplia sua capacidade de compreensão por meio da diminuição do desconhecimento de seus processos, por meio do acesso a informações fundamentais no campo da Educação em Saúde, para que se sinta co-produtor da sua própria saúde. Ao analisar representações de parteiras, Borges (2009) identifica a categoria “fazendo e aprendendo”. Observando a análise de uma parteira acerca da sua prática, as autoras identificaram em Sousa Santos que uma vivência como essa carrega em si a

construção de um saber empírico cujo conhecimento gerado possui legitimidade para participar do debate epistemológico com outros saberes (*apud* 2009). Tal legitimidade se coaduna com os princípios da Educação Popular em Saúde que traz no seu bojo de princípios a valorização de práticas como a das parteiras tradicionalmente deslegitimadas pelo modelo biomédico, tornando-as por vezes silenciada.

Os princípios da EPS também são apresentados no artigo de Maria Waldenez de Oliveira (2009) contidos nos trabalhos de pesquisa, ensino e extensão, de seu grupo, como a vivência e a construção cotidiana de “ações dialógicas de enfrentamento das desigualdades sociais e na recriação humanizadora do mundo. Forjamos espaços de sobrevivência, resistência, espaços de educação, de construção coletiva ou individual de conhecimentos e projetos” (OLIVEIRA, 2009, p. 310).

O grupo debruça seu olhar para as formas de construção e manutenção de práticas humanizantes coletivas e individuais. Seu objetivo é colaborar com a construção de práticas educativas dialógicas, seja em serviços de saúde, unidades de formação profissional ou de pesquisadores.

A autora apresenta como justificativa para o seu trabalho a constatação de que nesses espaços ainda prevalecem processos educativos autoritários que, no campo da saúde se expressam de forma prescritiva, opressora, que para ela, coaduna-se com o conceito de “Educação Bancária” de Paulo Freire e traduz sintetiza os discursos autoritários como:

“Palavra quase sempre acompanhada de uma falsa generosidade, e que nunca a ultrapassa. Palavra alienada, pois reconhece a ignorância apenas no outro. Palavra alienante, pois nega a vocação para a humanização de todos os seres humanos e absolutiza a ignorância do outro, vendo nela a razão da existência do educador” (OLIVEIRA, 2009, p. 312).

Segundo a autora, Paulo Freire em seu livro “Pedagogia do Oprimido” descreve a razão de ser da Educação Popular como sendo seu impulso inicial conciliador, na superação dessa contradição educador-educando.

O artigo defende a convivência como um imperativo metodológico para o reencontro do pesquisador com sua humanidade dos outros. Neste sentido, o diálogo se estabelece tendo como pressuposto que todos e todas são seres

inacabados, inconclusos e é desse lugar, de humildade. Neste processo o profissional se abre para uma escuta mais sensível e respeitosa.

Aponta a importância de que o compromisso ético e social seja o ponto de partida e o de chegada para a formação do profissional de saúde e também para qualquer prática deste *com* a população.

Tal compromisso é evidenciado no trabalho dos agentes comunitários de saúde, que sendo moradores e possuem a Visita Domiciliar entre suas principais atribuições, tem a oportunidade cotidiana de convivência com a população.

Ávila, 2011 anuncia uma pesquisa feita em município no interior do Ceará, na qual foram acompanhadas 19 agentes comunitárias de saúde (ACS), que ora a autora denomina apenas como agentes de saúde (AS).

Embora, o artigo tenha sido publicado em 2011, a autora utiliza o termo PSF, sigla de Programa de Saúde da Família, durante a maior parte do texto e somente nas considerações finais utiliza ESF – Estratégia de Saúde da Família, mesmo tendo sido feita a troca de Programa para Estratégia, desde 1997.

Após um breve resgate das histórias de iniciativas públicas em cidades de interior do Ceará, que contribuíram para o desenho atual da Estratégia de Saúde da Família. Tal resgate constitui-se num acréscimo a outras versões com as quais venho tendo contato durante meus estudos.

A análise do trabalho de campo da pesquisa junto à Estratégia de Saúde da Família de Uruburetama, em especial com os ACS e observando o seu trabalho junto a gestantes e mães de crianças, apontou algumas categorias empíricas.

Segundo Maria Marlene Ávila (2011), a principal característica das categorias empíricas entre as identificadas foi a de “Agentes de saúde com conhecimentos insuficientes”. Afirma que esse é o ponto mais crítico entre os observados em sua pesquisa. Essa pesquisa utilizou como procedimentos metodológicos: levantamento da Legislação e de outros documentos sobre formação de agentes comunitários de saúde, acompanhamento de reuniões de equipe, com e entre gestores, de visitas domiciliares e entrevistas individuais. Além da categoria descrita acima, as outras identificadas foram: “agente de saúde com conhecimentos insuficientes”, “agente de saúde impotente diante

dos determinantes socioeconômicos”, “agente porta de entrada do PSF” e “agente pau pra toda obra”. Entrevistas coletivas foram realizadas posteriormente à eleição destas categorias e durante tais entrevistas foram identificados os temas: “práticas de saúde descontextualizadas das condições sociais” e “uma relação de conflitos”, os quais foram identificados pela sua recorrência em cada uma das categorias empíricas.

A autora ressalta que a questão mais desafiadora é a formação dos ACS. Na discussão do artigo pareceu nítida a clássica “culpabilização da vítima”, isto é, a baixa escolaridade e a predominância de conhecimentos advindos do senso comum, no trato das doenças são por responsabilidade de cada agente e atribui o pior desempenho profissional a com menos anos de ensino formal.

Outra contradição identificada na discussão é a utilização do termo “estilo de vida”, quando a autora se refere à pobreza, mas por outro lado reconhece a importâncias dos condicionantes sociais e determinantes socioeconômicos para o processo saúde-doença das camadas populares.

Mais adiante, Ávila (2011) retoma a necessidade de mudanças sociais e ressalta a importância dos processos educativos e a urgência de implantação de aperfeiçoamento da formação dos ACS para o desempenho de uma de suas tarefas mais preconizadas nos documentos oficiais: a de educar.

A necessidade de formação profissional voltada para o trabalho na ESF e uma política consolidada de Educação Permanente são os principais pontos de convergência entre os trabalhos, ou seja, o reconhecimento de que todos os profissionais das unidades de saúde que possuem equipes de Estratégia de Saúde da Família, são potencialmente “Educadores em Saúde”.

Para dar conta de uma atuação profissional que considere a participação ativa da população se faz necessário, desde o início da formação dos profissionais de saúde, o contato com metodologias na perspectiva da Educação Popular em Saúde (EPS) e outras surgidas no seu interior como a da Problematização e a Construção Compartilhada do Conhecimento, anteriormente citada. O desenvolvimento dessas metodologias tem se dado em experiências locais, que podem ser consideradas ainda em pequena escala, devido à amplitude continental brasileira, entretanto já possuem acúmulo histórico suficiente para o oferecimento de elementos importantes na direção

do desenvolvimento de uma formação dos profissionais que aponta para a necessidade da valorização da diversidade e heterogeneidade dos grupos sociais (ALMEIDA, 2003).

É preciso percorrer um longo na direção da consolidação de processos educativos que contribuam para a formação desses profissionais para o diálogo com a população atendida e assim, implementar *com* ela, políticas públicas de saúde que realmente promovam saúde e contribuam para que todos e todas vivam e não apenas sobrevivam.

3.4. Educação Popular como abordagem de Pesquisa

O ato de pesquisar é considerado um dos momentos de processos educativos considerados atinentes a perspectiva da Educação Popular. Um exemplo é a concepção de um método desenvolvido no interior da Educação Popular: o Círculo de Cultura como círculo epistemológico. O Círculo de Cultura foi formulado por Paulo Freire para ser uma intervenção educativa, mas para ele todos no Círculo são considerados “sujeitos de pesquisa”.

Segundo Freire, “toda ciência é (cons)ciência”, neste sentido, não é possível ao pesquisador reivindicar qualquer tipo de “asepsia ideológica” e nem tampouco a supremacia do seu conhecimento. Para tal faz-se útil invocar três características que formam uma espécie de “ontologia universal” de todos os seres que compõem o Cosmos: a incompletude, a inconclusão e o inacabamento. E é na “tensão permanente entre a insatisfação de se que é (incompleto, inconcluso e inacabado) e a aspiração de ‘ser mais’ (completo, concluído e inacabado), (ROMÃO *et. al.* 2006, p. 178) que o ser humano se põe a refletir sobre a sua realidade individual e social que surgem os seus direcionamentos para investigações com a finalidade de elaboração de novos conhecimentos pessoal e coletivamente.

Neste sentido, como em outros métodos da Educação Popular, os Círculos de Cultura propiciam o surgimento do que Romão (2006) denominou de sujeito cognoscente coletivo, “mais suscetível a evolução dentro do ciclo gnosiológico”. Onde para é necessário “saber mais, para ser mais”, portanto “a epistemologia implica em ontologia e vice-versa” (ROMÃO *et. al.* 2006, p. 179).

3.5. Pesquisa Participante

A ciência moderna em seus quatro séculos de existência está “presa à contradição de ser produção do homem, de sua grandeza e de suas misérias” (HAGUETE, 1987, p. 11). E por falar em misérias, desde a elaboração marxista do materialismo histórico e do materialismo dialético, existe a crítica de que a ciência, com toda a sua produção não conseguiu diminuir a injustiça social. Pelo contrário, na maioria das vezes reforça o capitalismo contribuindo para o aumento das desigualdades sociais.

Neste sentido, surgem metodologias no campo das ciências sociais que se aplicam ao processo de desenvolvimento social, nas quais predomina a premissa epistemológica do materialismo dialético e do histórico na qual o contato com o real, com o concreto, com o trabalho produtivo é a base do conhecimento.

Haguete (1987) incorpora como um conjunto de metodologias qualitativas na sociologia o que chamou de “ação-pesquisa-participante”, como uma alternativa aos métodos de pesquisa tradicional. Essa perspectiva traz argumentações como: a necessidade de tomada de posição política por parte do investigador; e de sua intervenção no ambiente de pesquisa. O que significa romper com o discurso da neutralidade científica e do distanciamento artificial entre sujeito e objeto.

Esta vertente em virtude da consciência da influência de poucos nos destinos de toda a vida social, segundo Haguete, adota a “instância moral de opção pelos oprimidos” (HAGUETE, 1987, p. 13).

Há diferentes propostas de pesquisa participante e segundo Carlos Rodrigues Brandão se faz necessário que haja na literatura especializada críticas científicas e políticas das diferentes propostas desse tipo de pesquisa. Além disso, precisam ser explicitadas discussões sobre as múltiplas angústias e sentimentos de impotências vividos por quem se pretende comprometido com a justiça social e a equidade, tensionado pela necessidade de fazer este casamento com o rigor científico (HAGUETE, 1987, p. 13).

A Pesquisa Participante em sua multiplicidade de experiências surgiu entre os anos de 1960 e 1980 em alguns lugares da América Latina e se difundiu por diversos países dentro e fora do continente. Diferentes modalidades de pesquisa participante surgem nesses 20 anos com contribuições teóricas e metodológicas advindas da Europa e dos Estados Unidos (BRANDÃO, BORGES, 2007, p.53).

Atribui-se a Paulo Freire as primeiras postulações da Pesquisa Participante como um “estilo alternativo de pesquisa e ação alternativa” (BRANDÃO, 1999, p.17).

Não há um consenso entre os principais autores sobre um conceito de Pesquisa Participante, esta perspectiva se constitui em “processos onde coexistem raízes distintas, teorias diversas e estratégias metodológicas nem sempre condizentes com os postulados gerais (BRANDÃO, 1999, p.16).

Não obstante a isso, encontram-se tentativas de conceituação que contribuem para a construção de uma noção que componha um quadro mais preciso sobre Pesquisa Participante que a diferencia de outras modalidades de pesquisa consagradas nas Ciências Sociais.

Para Brandão e Borges, Pesquisa Participante constitui-se em “um instrumento, um método de ação científica ou um momento de trabalho popular de dimensão pedagógica e política” (BRANDÃO, BORGES, 2007, p.53).

A razão da Pesquisa Participante desafia o pesquisador a conhecer os contextos, a história das classes populares. Convida-o a rever constantemente tanto a sua pesquisa, quanto a sua inserção como pesquisador e como pessoa. Neste sentido, o trabalho científico torna-se parte do trabalho político e social junto as causas dos grupos populares participantes da pesquisa (BRANDÃO, 1999, p.13).

Brandão e Borges (2007) oferecem um elenco de princípios da Pesquisa Participante tais como: o ponto de partida de uma Pesquisa Participante deve estar situado em uma perspectiva da realidade social concreta e cotidiana dos sujeitos individuais e coletivos participantes do processo e mesmo que suas ações sejam bem locais, sempre se deve manter como “pano-de-fundo” para

as análises, as interações que compõem o todo das estruturas da vida social. Devem ser conceituados historicamente as organizações, as estruturas, os processos e os diferentes sujeitos sociais. A relação entre o investigador-educador e os grupos populares deve ser substituída da tradicional visão de sujeito-objeto para a relação entre sujeito-sujeito. Nessa interação entre os diferentes conhecimentos, o científico e o popular tornam-se partilháveis a construção e a compreensão da realidade social, na medida em que se articulam formando um novo e transformador conhecimento. Outro princípio é o da diminuição da distância, das fissuras entre teoria e prática, onde a teoria é reconstruída a partir da reflexão crítica e seqüencial das práticas de investigação social e educacional (BRANDÃO, BORGES, 2007, p.54; BRANDÃO, 1999, p.12).

A Pesquisa Participante possui influência do pensamento crítico de Marx que afirmou ser necessário que o pesquisador tenha um compromisso em primeiro lugar com a participação e a consideração do trabalho histórico do outro. Neste caso a pesquisa busca conhecer mais do que para explicar e sim compreender. O pesquisador busca participar da sua cultura e vida para se colocar a serviço da causa popular (BRANDÃO, 1999, p.12). Neste sentido, um dos princípios comuns da Pesquisa Participante é o da explicitação de uma intencionalidade política relacionada ao trabalho com os grupos mais “relegados da sociedade” (BRANDÃO, 1999, p.16).

Seu objeto de estudo é a realidade vivida e enfrentada pelas camadas populares primando pela integração entre investigação, educação e participação popular, sendo que cabe aos grupos decidirem o planejamento dos estudos e das ações advindas destes. Esse é um diferencial de outras abordagens de pesquisas, pois as atividades da Pesquisa Ação não culminam em respostas de ordem teórica e sim em propostas de ação que se dirijam a mudanças sociais (BRANDÃO, 1999, p.17).

Nas sistematizações de suas experiências, Freire afirmava haver sempre um pressuposto subjacente: “o de que qualquer ação educativa deveria ser entendida como um ato de produção de conhecimentos em consonância com a realidade (BRANDÃO, 1999, p.18).

Neste sentido, a Ouvidoria Coletiva em suas experiências no município de Itaboraí constituiu-se em um espaço educativo para todos os participantes, como também de produção de novos conhecimentos acerca da realidade local, bem como de possibilidades de superação coletiva de situações-limite como poderá ser visto no trabalho de campo da presente investigação focalizado no Bairro de Pachecos.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1. O universo de pesquisa como definidor do percurso metodológico

O processo que levou a esta investigação de Doutorado iniciou-se com o trabalho em 2008, em Itaboraí, para o desenvolvimento de um projeto institucional da ENSP na área de influência do Comperj em curso desde meados de 2008. Nesta ocasião O principal objetivo do subprojeto “Movimentos sociais e saúde”, do qual a autora participou, era o de identificar, acompanhar e analisar por dois anos as percepções de segmentos da população em situação de vulnerabilidade socioambiental em Itaboraí, contextualizando sua situação no cenário socioespacial do desenvolvimento do Comperj.

O Comperj – Complexo Petroquímico do Estado do Rio de Janeiro – faz parte do Programa de Aceleração do Crescimento do Governo Federal (PAC), anunciado em meados de 2007. As instalações do Comperj ocuparão uma área de 45 km² no Município de Itaboraí, Região Metropolitana do Rio de Janeiro. A escolha de Itaboraí para instalação do Comperj decorre das vantagens locacionais deste município: de acordo com o Relatório de Impacto Ambiental (CONCREMAT, 2007) está localizado a 103 quilômetros (km) dos Portos de Itaguaí e dos terminais de Ilhas d'Água e Redonda (30 km). É atendido por rodovias e ferrovias, além das sinergias com a REDUC (50 km), com as plantas petroquímicas das empresas Rio Polímeros e da Suzano (50 km) e com o Centro de Pesquisas e Desenvolvimento Leopoldo Américo Miguez de Mello - Cenpes (38 km). A ligação rodoviária entre o Comperj e o porto de Itaguaí será viabilizada pela construção do Arco Metropolitano do Rio de Janeiro.

O Comperj faz parte do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) do Governo Federal, anunciado em 2007 e formalizado em 31 de março de 2008. É fruto da parceria da Petrobrás com o Grupo Ultra e o BNDES (BIENESTEIN *et al*, 2009). É o maior investimento da Petrobrás, estimado em 8 bilhões de dólares. Está localizado no distrito de Porto das Caixas, no município de Itaboraí, nos limites com os municípios de Cachoeiras de Macacu e Guapimirim e será construído em um terreno com uma área total de 45 quilômetros quadrados, com a área industrial ocupando 26% da área total (LIMA *et al*, 2014).

Como a equipe era composta de apenas quatro pesquisadoras de campo, foi proposto à Secretaria Municipal de Saúde de Itaboraí que fossem realizados fóruns mensais de Ouvidoria Coletiva (OC) em Unidades Básicas de Saúde com realidades diferenciadas como: uma em área com características mais rurais; outra em área com maior adensamento populacional; outra com maior proximidade das obras do Comperj.

A importância da participação da equipe nesta iniciativa deve-se ao fato da Ouvidoria Coletiva ser uma proposta de descentralização de discursos, na qual as percepções dos moradores acerca das modificações das condições de vida e saúde em Itaboraí, a partir da influência do Comperj, serem privilegiadas em diálogo e escuta, organizadas pela equipe de pesquisa em parceria com os participantes e devolvidas para a sociedade

Tal proposta se modificou em virtude do convite da Secretaria Municipal de Saúde para que a experiência abrangesse toda a rede de Atenção Básica de Itaboraí. Para tal, foi preciso elaborar um processo intitulado na época de “Capacitação em Ouvidoria Coletiva” de forma que os próprios profissionais de saúde pudessem coordenar o processo em seus territórios, prescindindo da presença das pesquisadoras. Esta Capacitação ocorreu no segundo semestre de 2008 será apresentada como um dos resultados preliminares que levou a presente investigação até o território de Pachecos. Embora a descrição metodológica da Ouvidoria Coletiva seja feita posteriormente, adiantamos que a OC é por si só um procedimento de pesquisa.

A inclusão das organizações civis de caráter popular na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas é um imperativo quando se trata de dar conta de problemas tão complexos como os impactos de um mega-projeto de desenvolvimento industrial do tipo do Comperj, num contexto de acentuada desigualdade social como é o caso de Itaboraí. Contudo, viabilizar essa participação é sempre um desafio.

A elaboração de novas metodologias em educação e saúde pode contribuir para a constituição de uma sociedade composta por cidadãos com mais ‘ferramentas’ para pensar seus problemas e encontrar soluções para eles (ALVES, 2004).

A metodologia de Ouvidoria Coletiva encaminhada no âmbito da pesquisa assinalada deve este nome à idéia, elaborada por Victor Valla em 2003, de ampliar

a concepção das ouvidorias tradicionais, na medida em que a “escuta” excede o âmbito dos serviços públicos de saúde, pois não se restringe a avaliar o atendimento oferecido e sim pretende obter maiores informações sobre as condições de vida das comunidades a partir da percepção de participantes representativos da situação investigada. Nesse sentido, se constitui numa ouvidoria autônoma, isto é, não vinculada a um órgão público específico e, portanto, não responsável pelo serviço de atendimento ao consumidor.

A metodologia da Ouvidoria Coletiva é entendida como um processo de educação e saúde, a saber, como uma prática social baseada no diálogo entre os saberes científico e popular ou do intercâmbio entre o saber científico e popular (BRICEÑO-LEÓN 1996 *apud* TORRES H 2003) capazes de favorecer a compreensão do processo do sofrimento e das formas de se lidar com ele. A Ouvidoria Coletiva contribui para a construção compartilhada dos conhecimentos em saúde (CARVALHO *et al.* 2001): uma das suas finalidades consiste na maior aproximação dos atendimentos nos serviços públicos de saúde da resolutividade das queixas dos usuários.

A orientação dos serviços de saúde em busca da identificação e inclusão das necessidades de segmentos socialmente vulneráveis pode ser favorecida pela metodologia da Ouvidoria Coletiva.

A metodologia envolve a realização de diálogos através da organização de encontros, denominados fóruns, nos quais os grupos são constituídos geralmente em torno de centros de saúde. Cada grupo conta com 10 participantes em média, sendo eles: profissionais de saúde, em especial agentes comunitários de saúde; líderes religiosos locais, de várias denominações; representantes de instituições comunitárias; e outros convidados identificados como relevantes por cada grupo.

A importância de se ter representantes das diferentes denominações religiosas se justifica pela crescente busca das classes populares a estas instituições, tanto pelas queixas de problemas ‘físicos’ quanto em relação ao sofrimento psíquico.

As instituições religiosas são identificadas como provedoras de auxílios para um segmento social geralmente invisível, constituído pelos que vivem em situação de pobreza absoluta ou miseráveis. Como foi dito anteriormente, discussões acerca das condições de vida dos ‘mais pobres entre os pobres’ costumam ser excluídas de instâncias de participação social, pois eles não possuem os recursos mínimos para o cumprimento das exigências governamentais para o acesso aos programas

de transferência direta de renda como o programa 'Bolsa-família'. Sendo assim, só lhes resta pedir socorro nas instituições religiosas que em geral, promovem práticas de caridade e de solidariedade sem maiores exigências.

Para um melhor entendimento das razões que levaram a ida da Ouvidoria Coletiva para essa cidade, faz-se necessário situar Itaboraí na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Em seu retrato atual, Itaboraí assume o papel de uma cidade dormitório para a região metropolitana, principalmente para as cidades do Rio de Janeiro e Niterói. Itaboraí é uma cidade média da região metropolitana do Rio de Janeiro (SANTOS, 2004), contando com 218.090 habitantes (IBGE,2010).

O Município de Itaboraí dista 103 quilômetros (km) dos Portos de Itaguaí e dos terminais de Ilhas d'Água e Redonda (30 km) Angra dos Reis (157 km). É atendido por rodovias e ferrovias, além das sinergias com a REDUC (50 km), com as plantas petroquímicas das empresas Rio Polímeros e da Suzano (50 km) e com o Centro de Pesquisas e Desenvolvimento Leopoldo Américo Miguez de Mello - Cenpes (38 km).

O Comperj estará localizado no distrito de Porto das Caixas, no noroeste do município de Itaboraí, nos limites com os municípios de Cachoeiras de Macacu e Guapimirim e será construído em um terreno com uma área total de 45 quilômetros quadrados, com a área industrial ocupando 26% da área total. No mapa abaixo é possível localizar o Comperj na área norte do município:

Figura 1: **Divisão administrativa do Município de Itaboraí – 2010**

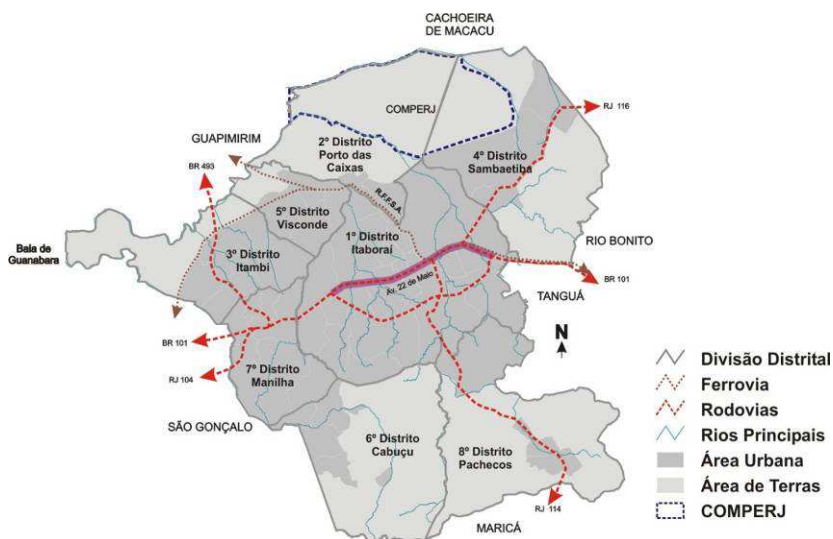
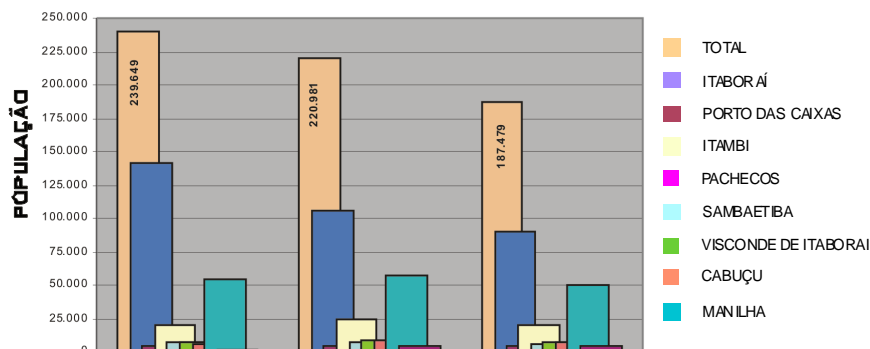


Ilustração: Rossana Souza

Fonte: dados fornecidos pela SEPLAM/PMI

Gráfico 1: **Distribuição da população pelos distritos**



Elaboração: Rossana Souza

Fonte: dados fornecidos pela SEPLAM/PMI

E IBGE 2000

No Gráfico 2, podemos observar que o 8º Distrito - Pachecos é o distrito menos denso, além de ter sofrido uma grande evasão.

A promessa da vinda de um grande empreendimento, como o Comperj, para Itaboraí gerou grandes expectativas na população, no que tange à geração de novas oportunidades de emprego e renda.

O Censo de 2000 registrou uma população composta predominantemente por pessoas com renda de até 5 salários mínimos (93%). Porém mais significativo foi o percentual das pessoas com renda que atingiam apenas 3 salários mínimos (85%). Apesar da formulação de indicadores a partir dos dados do IBGE nos impor limitações, com dados atualizados a cada 10 anos, vemos que Itaboraí já contava com uma expressiva parcela da população necessitando de atenção especial por parte do poder público, para terem garantidos os seus direitos sociais básicos, entre eles, a saúde, a educação, o lazer e a moradia digna.

Dessa forma, as condições de vulnerabilidade dessa população passam a ter um caráter emergencial no que tange as políticas públicas, se considerarmos que a precariedade da infraestrutura urbana, mesmo em bairros mais nobres (de alto poder aquisitivo) do município, será agravada pelo processo de adensamento em várias regiões do entorno do empreendimento do Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro - COMPERJ.

Mesmo tendo sofrido redução das expectativas iniciais a partir do seu anúncio, com diversos períodos de paralisação de obras por greves de trabalhadores e por auditoria devido a superfaturamento de aspectos do empreendimento, o Comperj não entrou em funcionamento ainda em 2014, mas para o melhor entendimento da presente investigação, alguns elementos históricos importantes devem ser destacados.

De acordo com o Relatório de Impacto Ambiental elaborado pela Concremat para a Petrobrás (CONCREMAT, 2007) – o Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro – Comperj – é tido como o maior empreendimento individual da história da Petrobrás, um investimento estimado em cerca de R\$ 15 bilhões, com o objetivo principal de refinar 150 mil barris diários de petróleo pesado proveniente da Bacia de Campos (Marlim). Estava previsto para entrar em operação em 2012, contribuindo para a redução da importação de fontes de matéria-prima petroquímica e para uma transformação ainda mais completa do petróleo, fornecendo plásticos e outros produtos petroquímicos. Prevê-se a geração de mais de 100 mil empregos diretos e indiretos em nível regional e nacional, durante os anos da obra e após a entrada em operação. Para atender parte desta demanda, a Petrobras, em parceria com as Prefeituras da região, anunciou que irá implantar Centros de Integração no município de São Gonçalo com o objetivo de capacitar cerca de 30 mil profissionais da região, em 60 tipos de cursos, onde 75% serão de

nível básico, 23% de nível técnico e 2% de nível superior, dentro do Programa de Mobilização da Indústria Nacional de Petróleo e Gás Natural – PROMINP.

Em 2005, depois da escolha do Rio de Janeiro, foram selecionadas três alternativas de localização: Itaguaí, Itaboraí e Campos dos Goytacazes. A avaliação do citado Rima (CONCREMAT, 2007) tomou como premissa uma área de terreno superior a 11 quilômetros quadrados, mínimo indispensável para acomodar o complexo. Do ponto de vista logístico, as alternativas Itaguaí e Itaboraí eram as que possuíam a melhor viabilidade, devido à malha portuária e rodoviária existente, e a proximidade aos mercados consumidores de São Paulo, principal centro urbano-industrial do País.

Informa ainda o Relatório (CONCREMAT, 2007) que, em termos ambientais, as alternativas de Campos/Travessão e Itaboraí também mostraram-se viáveis. Apenas Itaguaí apresentou restrições relacionadas à qualidade do ar, que impossibilitariam, inclusive, a expansão do empreendimento. Itaboraí foi considerada a localização mais adequada por: possuir área modificada em processo de degradação, sem grandes restrições geotécnicas, podendo, assim, acolher o empreendimento sem maiores danos ambientais; esta área não possui concentração de poluentes no ar, pois o seu relevo e correntes do vento contribuem para a dispersão, minimizando impactos diretos e indiretos na qualidade do ar; existência de tubos para abastecimento e escoamento de produtos; a histórica carência da água na região foi identificada como oportunidade para que o empreendimento contribua para a construção de soluções técnicas e políticas para o bem comum; dispor de infra-estrutura logística adequada, a ser potencializada pelo Arco Metropolitano – obra rodoviária que ligará a região metropolitana leste à Baía de Sepetiba; possuir área disponível para uma já prevista expansão do Complexo; apresentar um caráter estratégico para a recuperação da economia da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, e da sua porção leste em particular; dispor de mão-de-obra carente de oportunidades, e que será capacitada para inserção no empreendimento e nas empresas que surgirão.

Uma outra obra na esteira do Comperj é o o Arco Metropolitano. Trata-se de uma rodovia que ligará Itaboraí ao Porto de Itaguaí – um antigo e importante projeto do Estado do Rio de Janeiro. Ao longo do Arco Metropolitano poderão se instalar indústrias que serão consumidoras de matérias-primas produzidas pelas

indústrias de base situadas nas extremidades do Arco: aço em Itaguaí e plásticos em Itaboraí, no Comperj (CONCREMAT, 2007).

Além das obras do Arco Rodoviário Metropolitano, complementam o Projeto do Comperj o projeto do Corredor Ecológico, o Programa de Remanejamento e Monitoramento da População Deslocada, O Programa de Capacitação da Mão de Obra, as obras do Centro de Integração do Município de São Gonçalo, e outras obras, como a ocupação de duas ilhas na Baía de Guanabara e construção de um píer.

Os estudos iniciais indicaram que os impactos diretos e indiretos das obras ficarão restritos aos municípios em torno do Comperj, enquanto os impactos diretos e indiretos da fase de operação, do ponto de vista socioeconômico, poderão se estender à Região Metropolitana do Rio de Janeiro.

A decisão dos gestores da Secretaria Municipal de Itaboraí em solicitar a elaboração de um processo formativo para o seu pessoal se deveu à compreensão da necessidade do serviço público de saúde avançar e aprofundar o conhecimento sobre as mudanças nas condições de vida da população em virtude das aceleradas transformações na cidade iniciadas em 2008 com as obras de implantação do Comperj.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Itaboraí constituiu-se em um *lócus* privilegiado para a implantação da Ouvidoria Coletiva como metodologia inovadora em Educação Popular e Saúde, assim como para a obtenção de dados qualitativos até então invisíveis acerca das condições de vida da população, capazes de monitorar e avaliar os impactos do Comperj na sua saúde.

Havia como pressuposto, a partir da experiência realizada na Leopoldina, onde foi utilizada a OC, de que o diálogo entre os profissionais de saúde da ESF, com lideranças comunitárias, religiosas e outros profissionais inseridos nas localidades vocaliza situações vividas pela população mais pobre que, na maioria das vezes não chega aos serviços de saúde, devido à precariedade das suas condições de vida. Outro pressuposto é o de que a Ouvidoria Coletiva amplia a compreensão dessas situações uma vez que incorpora a visão de diferentes atores sociais.

Já em 2008, Itaboraí destacava-se como a cidade com mais de 200.000 habitantes com maior cobertura em ESF do estado do Rio de Janeiro, 76,23%.

Destacava-se, em relação à cobertura de ESF, dos demais municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro, como se observa na tabela abaixo.

Tabela 1 - Cobertura dos municípios de próximos com mais de 200 mil habitantes

| Município | População estimada – 2008 | Cobertura de ESF |
|-----------------------|----------------------------------|-------------------------|
| Itaboraí | 220.982/habitantes | 76,23% |
| São Gonçalo | 973.372/habitantes | 36,47% |
| Niterói | 476,671/habitantes | 25,34% |
| Rio de Janeiro | 6.136.656/habitantes | 6,77% |

Fonte: Ministério da Saúde/2008.

Em 2008, Itaboraí possuía 44 equipes de ESF alocadas em 36 unidades de saúde (TCE, 2007) e um Conselho Municipal de Saúde que contava com a participação ativa de lideranças comunitárias de diversas partes do município.

Mesmo com toda crise enfrentada pela Saúde Pública da cidade, Itaboraí fechou o ano 2013 com uma cobertura de 87,7% da sua população pela Estratégia de Saúde da Família, permanecendo como a cidade, entre as médias, com a maior cobertura de Saúde da Família da Região Metropolitana do Rio de Janeiro.

4.2. O percurso da pesquisa “Movimentos sociais e saúde”

O percurso da pesquisa sofreu redefinições e pode se desenvolver em duas frentes, após a minha entrada para o Doutorado que serão explicitadas a partir de agora.

4.2.1 Construção coletiva de uma publicação

Entre 2009 e junho de 2011 reuni-me com profissionais de saúde que haviam se destacado na Capacitação e na aplicação da Ouvidoria Coletiva em 2008. Gestoras também se interessaram em participar do que, a princípio, seria um relatório diagramado e impresso da Capacitação e dos fóruns de OC nas Unidades de Saúde. Durante o processo foram acrescentados os sonhos dos participantes e a publicação passou a atender a novos objetivos como: resgatar a história da Saúde Pública de Itaboraí, como também a própria história da cidade.

Enquanto alguns participantes dedicaram-se a escrita dessa parte, eu contava a história da Capacitação em OC e realizava grupos focais nas Unidades de Saúde como descrito a seguir.

Depois de um ano e meio de reuniões e sistematizações foi lançada a publicação “Por uma Itaboraí Saudável”⁴ (LIMA *et al.*, 2011).

A minha permanência em Itaboraí trouxe informações para a observação participante, com o aumento de confiança e amizade, gerou um vínculo que produziu inclusive informações confidenciais que contribuem para a compreensão do funcionamento do Conselho de Saúde de Itaboraí. A convivência modificou não só a sua atuação no seu lugar cotidiano de trabalho, a U.S.F., como também a atuação dos profissionais em espaços de maior representação política, diretamente pelo próprio aprendizado ou por pressão de outros profissionais e usuários participantes da OC.

4.2.1.1 Grupos Focais

Embora todas as Unidades de Saúde tenham realizado os Fóruns de OC, cinco delas se destacaram. Com intuito de identificar as percepções desses profissionais, optou-se por utilizar a metodologia do grupo focal, que consiste, em linhas gerais, em reunir um pequeno número de pessoas com

⁴ A publicação encontra-se disponibilizada como Anexo.

objetivo de discutir um tema de interesse comum de modo a permitir uma diversificação e um aprofundamento dos conteúdos.

Os grupos focais foram realizados com as equipes das Unidades de Saúde da Família que se destacaram, cada uma a seu jeito, no processo da Ouvidoria Coletiva. Inicialmente, foi sugerido que cada uma das equipes de saúde da família escrevesse um texto contendo um pouco da história: do bairro; da unidade de saúde e do processo de Ouvidoria Coletiva lá. Quando também consultadas, todas as equipes se dispuseram a escrever; embora diversos fatores impediram essa produção escrita, cabe ressaltar que o principal fator foi a falta de tempo que não permitiu que se reunissem para conversar e produzir esse texto.

Como o tempo foi passando e era muito importante que as equipes falassem de si mesmas, pois não queríamos reproduzir a prática mais comum que é a do pesquisador escrever sobre o processo vivenciado por outras pessoas, decidimos radicalizar nossa proposta. Durante o segundo semestre de 2010, fomos às unidades de saúde, realizamos grupos focais com as equipes e compusemos os discursos a seguir procurando manter fidelidade a tudo o que foi dito. Os grupos focais foram realizados da mesma forma nas cinco unidades de saúde: Bairro Amaral, Gebara, Itambi, Reta Velha e São Joaquim.

Cada grupo focal se iniciou com uma breve exposição dos motivos do trabalho para todos os presentes. Cada participante poderia fazer perguntas tanto sobre o projeto Cidades Saudáveis, quanto sobre o Grupo Focal em si.

Depois dessa parte introdutória havia uma rápida explanação do que aconteceu na capacitação em Ouvidoria Coletiva em 2008, para “refrescar a memória” de quem participou e oferecer informações gerais para quem não estava na ESF em Itaboraí na época.

Depois foram feitas perguntas para os profissionais de saúde, tais como:

- O que sabem da história do bairro?
- Quando e como se iniciou o trabalho do PSF neste bairro?
- O que acharam da capacitação?

- Como foi o processo de organização do primeiro fórum? Dentro da Unidade? Com a comunidade?
- Como foi o primeiro fórum?
- Fizeram outros? Quais? Como?
- Se os encontros de Ouvidoria Coletiva fizessem parte do trabalho das equipes de saúde da família, poderia contribuir?
- Como?

Como descrito acima, tais grupos focais procuraram resgatar a história das unidades de saúde e de seus respectivos bairros, mudanças nos bairros de 2008 a 2010, aspectos marcantes dos três módulos da Capacitação em Ouvidoria Coletiva; o processo de preparação, realização e avanços após os fóruns e a importância de tal processo para a formação dos profissionais de saúde (LIMA, 2011, p.58).

Uma entrevista coletiva também consta da Publicação. Devido ao reconhecimento da importância da Associação dos Agentes Comunitários de Itaboraí como um movimento social que transcende o campo da luta pela sua categoria e pela saúde (AACS). Durante toda a crise na saúde de Itaboraí a AACS foi protagonista de protestos e da resistência da Estratégia de Saúde da Família. A Associação constitui-se em uma referência para outros movimentos sociais da cidade, pois tem uma atuação corajosa e reivindica direitos para além da categoria que representa.

Um exemplo é o fato de terem ocupado todos os assentos no Conselho Municipal de Saúde destinados aos profissionais de saúde, como titulares e suplentes, quando já nenhum profissional e gestor acreditava nesse espaço, cuja materialização das descrenças se deu por meio das suas ausências nas reuniões do Conselho.

Depois de completados os grupos focais, todos os encontros foram transcritos e as falas foram transformadas em textos por temas emergidos dos próprios Grupos Focais.

Com uma linguagem acessível e em formato revista, para facilitar a adesão a leitura, com uma tiragem de 5.000 exemplares, no dia 29 de junho de 2011, a publicação, em anexo, foi lançada no Rotary Clube de Itaboraí, com a presença de mais de 500 pessoas, entre profissionais de saúde, gestores e lideranças comunitárias da cidade.

Três falas podem ser encontradas nos links abaixo que oferecem uma idéia deste Lançamento que se constituiu em mais um momento educativo com os profissionais de saúde de Itaboraí.

Carla Moura Lima em: <http://www.youtube.com/watch?v=USgkS3reIMU>;
Benvinda Uchoa (ACS membro da Diretoria da AACS de Itaboraí) em: http://www.youtube.com/watch?v=OSZ-M_ZX3DY e Paulo Renato (ACS e Prof. de História que participou como autor de um capítulo) em: <http://www.youtube.com/watch?v=vZmumMXrmwg>.

Os resultados dos grupos focais não puderam ser considerados nas análises da tese, por não se constituírem o “campo oficial” e sim uma alternativa que me permitiu permanecer em diálogo com profissionais de saúde. A presença da doutoranda de uma instituição renomada como a Fiocruz, enquanto a crise da saúde em Itaboraí se agravava, encheu de esperança os profissionais participantes da elaboração da publicação e suas equipes, que sentiram enorme efeito acolhedor dos sofrimentos compartilhados durante as reuniões, cuja divulgação não é possível, que no entanto, comigo conseguiram desabafar. Esses encontros nutriam em nós a sensação de que não estávamos sozinhos em uma realidade muito maior e esmagadora do que nós.

De um lado, os profissionais de saúde em diálogo entre si e escutados com respeito pela doutoranda, por outro lado a doutoranda pode acompanhar detalhes da evolução da catástrofe que foi a gestão da saúde na cidade e entender melhor a conjuntura enquanto lutava para vencer o desespero por não encontrar alternativas para a sua entrada em uma unidade de saúde para o cumprimento do trabalho de campo da sua investigação de doutorado.

4.2.2 Trabalho de campo na Unidade de Saúde de Pachecos

O processo necessário para a entrada em campo da doutoranda era o seguinte. Primeiro a coordenação da Estratégia de Saúde da Família pactuaria e permitiria o trabalho de campo e indicaria uma unidade de saúde para a sua realização. Em segundo lugar, a doutoranda juntamente com a gestão faria uma reunião com a equipe da Unidade de Saúde para a explicação da investigação para a possível adesão da equipe. E em terceiro lugar, eu redigiria

os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, submeteria o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa e iniciaria o trabalho de campo.

Tal processo foi exeqüível a partir do lançamento da Publicação, ou seja, no segundo semestre de 2011, quando reassumiu a Coordenação da Estratégia de Saúde da Família, a mesma profissional que participou da Capacitação em OC e 2008, neste mesmo cargo e assim, sugeriu a Unidade de Saúde de Pachecos para a realização da Ouvidoria Coletiva.

O processo obteve seu parecer de aprovação junto ao CEP IOC/Fiocruz.

4.3 Observação Participante

“As narrativas conhecidas a respeito desse vórtice de modo algum prepararam o meu espírito para o que vi. Aquela de Jonas Ramus, que é talvez a mais circunstancial de todas, não oferece a menor noção seja da grandiosidade, seja do horror da cena – ou do violento e perturbador sentido de ‘algo novo’ que confunde o espectador.”
(Edgar Allan Poe)

A Observação Participante consiste em um consagrado método das ciências sociais que se constitui em uma solução científica para o pesquisador que se encontra implicado no seu objeto de estudo. Entre a literatura que discute a Observação Participante, muitas vezes de forma literária, aqui destaca-se Norbert Elias (1998) em seus comentários sobre o conto de Edgar Allan Poe “Uma descida no Maelstrom”.

O trecho acima do escrito de Edgar Allan Poe refere-se à visão de um redemoinho gigantesco em seu conto “Uma descida no Maelstrom”. Esta narrativa demonstra claramente que a faculdade de se distanciar, observar o fenômeno, apesar de estar vivenciando-o, foi o diferencial entre a vida e a morte do personagem, único sobrevivente. Poder contemplar a magnitude do furacão com horror e lucidez fez com que percebesse que havia uma área do turbilhão em que as coisas eram preservadas. Atirou-se e foi levado até pousar em lugar seguro depois da passagem do furacão.

Seu engajamento ou sua implicação eram inevitáveis já que estava imerso na horrível situação, mas o seu distanciamento foi o que permitiu que tivesse um destino diferente das outras pessoas que estavam com ele e não conseguiram observar para além do que lhes causava desespero.

Mais adiante no conto, Poe escreve que “as tentativas de explicação do fenômeno agora assumiam um aspecto muito diferente e insatisfatório.”

É possível estabelecer uma analogia do conto de Poe, analisado por Elias (1998), também considerando a epígrafe acima, com relatos e estudos sobre dificuldades geradas por gestões municipais para a Saúde Pública e as possíveis complicações na relação com os Conselhos Municipais de Saúde.

É difícil explicar com palavras o que se sucedeu em Itaboraí a partir de 2009, quando em janeiro o prefeito eleito assumiu com seu secretariado.

A tumultuada gestão municipal no primeiro semestre de 2009 parecia que iria dar lugar à retomada das atividades na saúde no segundo semestre, tão logo fosse julgado o pedido de cassação do prefeito eleito. Porém, tal processo se perpetuou por três anos até que fosse arquivado.

A alta rotatividade de Secretários Municipais de Saúde, bem como de Subsecretárias de Atenção Básica e Coordenadores da Estratégia de Saúde da Família impediu que os fóruns de Ouvidoria Coletiva fossem oficialmente retomados, apesar do projeto de Doutorado sempre ser considerado relevante por todos, mesmo que tardiamente, pois logo depois que era possível repactuar o trabalho com o novo staff, as pessoas eram substituídas, levando consigo o relatório com os resultados preliminares. Como o pescador do conto de Poe, durante o furacão, o caminho foi buscar “vencer o estado de depressão que me dominara e recobrar a presença de espírito necessária para saber o que fazer”.

Norbert Elias comentou o conto referindo-se à atitude do pescador que sobreviveu “enquanto observava e refletia, ele teve uma ‘ideia’; uma visão reveladora do processo em que estava envolvido; e uma ‘teoria’ começou a ser formar em sua mente” (ELIAS, 1998, p.165).

Para Elias, “a parábola do pescador enfatiza a interdependência funcional entre o equilíbrio emocional da pessoa e o processo mais amplo que a envolve” (ELIAS, 1998, p.169). O autor ressalta a tendência moderna das pessoas que, por terem sido criadas na tradição mecanicista, procuram explicações para o mundo em termos de ligações mecânicas de causa e efeito. O aparato categórico de pensamento atualmente dominante trabalha contra a descoberta da circularidade – o dilema fisiopsicológico e sociopsicológico (ELIAS, 1998). Esse dilema questiona a crença na mecânica relação causa-efeito. Considera envolvimento de vários aspectos dos indivíduos, inclusive

seus conflitos e a interdependência existencial entre aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais.

O desgaste decorrente das diversas conversas com as coordenações da Estratégia de Saúde da Família do município, que recebiam o relatório descritivo do trabalho desde 2008, e quando saíam levavam-no consigo, fez com que na tentativa de superar o impasse ocasionado pela falta de horizonte que visualizava, surgisse a ideia de deixar o registro do trabalho para a sociedade.

Uma análise dos relatórios das 27 unidades de saúde (U.S.) sobre os fóruns de Ouvidoria Coletiva que realizaram mostrou que havia seis U.S. cujos relatos dos processos valiam a pena ser aprofundados. Por outro lado, tais relatos, associados às conversas informais com membros dessas equipes já indicavam a percepção de que o processo era inovador e contribuía para a sua formação profissional.

Com a anuência da coordenadora geral de saúde da família de Itaboraí, no final de 2009 articulei um grupo de trabalho para planejar uma publicação sobre o trabalho.

O grupo de trabalho foi composto por essa mesma coordenadora, a enfermeira da unidade de saúde localizada no Distrito mais pobre da cidade, Itambi (sendo que esta continuou participando do trabalho mesmo depois de se afastar da cidade para assumir um cargo em na cidade de Maricá), e representantes das outras cinco unidades de saúde selecionadas e eu como doutoranda.

A partir de novembro de 2009, nos reunimos mensalmente para discutir a publicação. Essas reuniões terminaram se tornando momentos de: análise de conjuntura da crise na saúde pública da cidade; desabafos profissionais e pessoais, bem como de diálogo sobre os sonhos depositados na publicação.

A princípio, a publicação que seria um relatório descritivo ampliado, passou a incorporar desejos e necessidades do grupo. Uns queriam explicar a história da saúde pública de Itaboraí, outros queriam que a história da cidade também fosse contada e eu queria saber o que tinha ficado de aprendizagem do processo de capacitação e vivência dos fóruns de Ouvidoria Coletiva, para a investigação de Doutorado.

A observação participante do processo de crise na saúde de Itaboraí levou à constatação da importância dos agentes comunitários de saúde estarem organizados em suas lutas. Em virtude dessa crise, muitos profissionais de saúde de nível superior como médicos e enfermeiros saíram de Itaboraí, indo trabalhar em cidades vizinhas com vínculos com as secretarias municipais de saúde, como também nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) recém-inauguradas e vinculadas ao poder público estadual do Rio de Janeiro.

Como os agentes comunitários de saúde são vinculados aos seus territórios de moradia, estes não dispõem de mobilidade para transferências ou a obtenção de emprego em outros municípios nessa função. A existência de uma Associação de Agentes Comunitários na cidade com alto grau de organização, possibilitou que a referida Associação ocupasse todas as vagas no Conselho Municipal de Saúde destinadas aos profissionais de saúde e mantivesse o Conselho atuante discutindo a saúde pública em Itaboraí.

4.4. A Ouvidoria Coletiva (OC)

O foco da pesquisa é o processo de Ouvidoria Coletiva em Pachecos, que se realizou entre outubro de 2011 e agosto de 2012.

A OC organiza simultaneamente agendas de reflexões de lutas e de identificação de soluções e potencialidades vindas das próprias comunidades, grupos e cidades envolvidas.

As pessoas precisam de métodos, procedimentos em seus trabalhos que contribuam para o seu “reencantamento”. Não só no sentido mágico, anímico, mas no sentido de lhes conferir prazer no momento em que aconteceu e esperança de que é possível haver mudanças que levem as pessoas “serem mais” (utilizando linguagem freireana).

Para Elias o “paradoxo básico da abordagem científica é que além de exigir considerável domínio emocional, a visão de mundo que apresenta oferece pouca alegria aos homens” (ELIAS,1998, p.200).

Além de pouca alegria, quando se trata de vivenciar momentos de crise, como em uma afirmação da diretoria da AACCS “a saúde de Itaboraí está no

CTI”, a tarefa do investigador que se põe a observação participante não é simples, pois pressupõe um engajamento junto ao grupo observado, em um posicionamento político claro em favor de lutas por melhores condições de vida (TRIVINOS, 1992) para os oprimidos.

A Ouvidoria Coletiva em Itaboraí baseou-se inicialmente na experiência anterior realizada na Região da Leopoldina, entre 2003 e 2004. A Ouvidoria Coletiva pressupõe a formação de pequenos grupos – Fóruns-, compostos por diferentes atores sociais. Tem como objetivo principal compreender as condições de vida e de saúde da população de um determinado local, as formas encontradas por ela para lidar com seus problemas e, também, mobilizar novas possibilidades de enfrentamento dos mesmos. Para tanto, privilegia o diálogo e a escuta da diversidade, analisando cada tema proposto para discussão – problema – por vários ângulos.

A Ouvidoria Coletiva desenvolvida nessa ocasião ampliou a concepção da ouvidoria tradicional na medida em que a “escuta” excede o âmbito dos serviços públicos de saúde, pois não se restringe a avaliar o atendimento oferecido e, sim, obter maiores informações sobre as condições de vida das comunidades, a partir da percepção de participantes representativos da situação investigada. A qualidade dessas informações torna-se diferenciada na medida em que revelam situações vivenciadas, até então encobertas pela invisibilidade social e cultural a que estão submetidos esses segmentos da população, principalmente os mais miseráveis (LIMA, STOTZ, VALLA, 2008).

A partir da escuta das percepções dos atores locais envolvidos com a vida no território e do seu saber popular, a Ouvidoria Coletiva permitiu organizar, de modo sistemático, tais percepções e favoreceu o reconhecimento do saber local (GUIMARÃES *et al.*, 2011).

Nos fóruns de Ouvidoria Coletiva realizados na primeira experiência, os temas eram debatidos, identificadas as soluções em curso por iniciativa local, e foram elaboradas propostas para a solução dos temas. O método nasce como sendo eminentemente de pesquisa, cujas decisões, como também a coordenação dos fóruns, se dava por parte das pesquisadoras. O primeiro fórum já trazia os temas que seriam discutidos em todos os outros fóruns, o que chamamos posteriormente de “agenda prévia” (LIMA, STOTZ, VALLA,

2008). Cada Fórum era coordenado por duas pesquisadoras, o encontro era gravado em áudio e depois os discursos eram compilados e analisados. Ao final do processo, o relatório de pesquisa foi apresentado em um encontro intitulado Seminário onde se encontravam os participantes dos fóruns de Ouvidoria Coletiva, gestores e pesquisadores.

Já em Itaboraí, o trabalho final da Capacitação em Ouvidoria Coletiva foi a realização de pelo menos um Fórum em cada Unidade Básica de Saúde, coordenado pelos próprios profissionais de saúde membros das equipes de Saúde da Família. Foi desenvolvido um roteiro para registro e posterior envio para a equipe da Capacitação.

Outro diferencial em relação às experiências anteriores de OC, foi a substituição da “agenda prévia” por uma agenda coletivamente acordada entre os próprios participantes das Ouvidorias Coletivas locais, ou seja, no primeiro encontro havia uma provocação à vocalização dos principais problemas identificados nos territórios. Também foi estabelecido um ranking por ordem de prioridade para a discussão nos fóruns subsequentes, em virtude da magnitude dos problemas identificados.

Foram realizados sete fóruns de Ouvidoria Coletiva em Pachecos no período entre outubro de 2011 e maio de 2012. Somando-se a eles ocorreram reuniões preparatórias à manifestação decorrente dos fóruns, bem como atividades educativas junto às crianças. A culminância do processo foi a articulação de um Ato Público de reivindicação de radares de redução de velocidade na rodovia que corta o bairro. O próprio Ato Público no bairro e a sua reunião de avaliação também ocorreram. Houve ainda uma reunião para preparação da devolução dos dados advindos do processo, também ocorreu em agosto de 2012 na Unidade de Saúde. Depois aconteceu a reunião de devolução dos dados na própria Unidade de Saúde com a presença dos participantes da Ouvidoria Coletiva.

Durante a investigação foram utilizados os seguintes procedimentos: observação participante, reuniões, conversas informais e os próprios fóruns de Ouvidoria Coletiva.

Participaram dos fóruns de Ouvidoria Coletiva dois representantes da Pastoral da Criança; quatro agentes comunitárias de saúde, a enfermeira coordenadora da Unidade de Saúde. Somente a partir de abril, o presidente e a

secretária da associação de moradores, que também dirigia uma escola municipal de Pachecos, se juntaram a nós.

Os dados foram colhidos por meio de audiogravações e os discursos selecionados foram transcritos literalmente.

4.5. O Discurso do Sujeito Coletivo

O profissional de saúde pode ser considerado um mediador cultural, - em especial, o agente comunitário de saúde, intermediário indispensável entre o saber científico, reificado da especialidade médica, e o mundo cotidiano, onde prevalece o senso comum. O profissional de saúde, como o de educação é encarregado da transmissão de conceitos e idéias, compondo o caldo cultural da sociedade (ARRUDA, 2002).

A tabulação e a análise dos dados desta etapa da investigação foi realizada utilizando a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), com o objetivo de verificar as percepções dos participantes acerca das condições de vida e saúde no território, bom como o processo de aprendizagem dos profissionais de saúde durante o processo.

O DSC constitui-se num conjunto de procedimentos de tabulação e organização de dados discursivos de natureza verbal (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2003), no qual se desenvolve um discurso síntese, elaborado com trechos de discursos de sentido semelhante reunidos num só discurso (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2003). Como são percepções a partir de formações e atuações diferenciadas, a opção pela formulação dos discursos por categoria profissional foi feita no intuito de oferecer maior fidelidade e nitidez sobre cada perspectiva.

Tendo como fundamento a teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos, o DSC representa um recurso metodológico que se destina a tornar mais visíveis as Representações Sociais, cujo estudo remonta ao século XIX, onde Émile Durkheim, considerado um dos fundadores da Sociologia, estabeleceu os seus marcos fundamentais. Esse autor discutiu em seus trabalhos a importância das representações no interior de coletividades, e como elas influenciam as decisões que os seres humanos tomam

individualmente. Para Durkheim, as representações coletivas são fenômenos como religião, mito, ciência, categorias de espaço e tempo em termos de conhecimento inerentes à sociedade. No século XIX era utilizado o termo Representações Coletivas até que Serge Moscovici na década de 1960 se utilizou da psicanálise por considerá-la adequada para demonstrar a constituição e função das representações sociais.

O DSC é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos que resolve um dos grandes impasses da pesquisa qualitativa na medida em que permite, através de procedimentos sistemáticos e padronizados, agregar depoimentos sem reduzi-los a quantidades (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2003).

A técnica implica na análise do material verbal coletado em pesquisas que têm depoimentos como sua matéria prima, extraindo-se de cada um destes depoimentos as "Idéias Centrais" ou "Ancoragens" - que são a síntese do conteúdo discursivo em suas correspondentes "Expressões-Chave" - constituídos pelos trechos mais significativos das respostas. Com as Ideias Centrais/Ancoragens e Expressões-Chave semelhantes, compõe-se um ou vários discursos-síntese que são os Discursos do Sujeito Coletivo. Esses discursos-síntese são construídos com um número variável de participantes, na primeira pessoa do singular ou do plural, permitindo que um determinado grupo social possa ser observado como autor e emissor de discursos compartilhados entre os membros do grupo.

No Capítulo Resultados e Discussão os discursos do sujeito coletivo são apresentados da forma como os seus criadores o fazem em seus artigos, ou seja, suprimem o "andaime" que possibilitou sua construção que foram as Ideias Centrais e as Expressões-Chave. Apresentam os resultados em forma de DSC. Os temas encontram-se dispostos por ordem em que surgiram no período da Ouvidoria Coletiva em Pachecos e são apresentados em negrito com os discursos e suas respectivas discussões.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. A Ouvidoria Coletiva em Pachecos

Após o sucesso alcançado durante e após o lançamento da publicação “Por uma Itaboraí Saudável”, foi possível reiniciar o processo de reuniões com a Secretaria Municipal de Saúde no intuito de prosseguir desenvolvendo a Ouvidoria Coletiva em Itaboraí, com vistas à tese de Doutorado.

A retomada dos fóruns de Ouvidoria Coletiva de Pachecos se deu depois de uma reunião muito interessante com a equipe da Estratégia de Saúde da Família, no dia 26 de outubro de 2011. Nessa ocasião, a equipe se mostrou muito receptiva à continuidade dos fóruns e aproveitou a oportunidade para iniciar discussões acerca dos problemas identificados na comunidade.

Um critério para a seleção desta Unidade de Saúde foi uma certa desmobilização observada tanto por profissionais de saúde quanto pelos moradores do bairro e a sua falta de articulação frente à quantidade de problemas superpostos como: um novo grande Centro de Tratamento de Resíduos; um novo presídio, no lugar de um horto a ser destruído; uma nova Pedreira, além da já existente no bairro.

O bairro de Pachecos constituía-se nesse momento num “microcosmo concentrado” dos problemas e desafios que a cidade enfrenta e enfrentará, em especial, no que tange aos profissionais de saúde da Atenção Básica.

Pachecos é um bairro pertencente ao oitavo distrito de Itaboraí, A rodovia RJ 114 liga as cidades de Itaboraí e Maricá e o trecho que corta Pachecos chama-se Av. Antonio Gomes Maricá. A área de Pachecos é considerada rura pelas características das propriedades do bairro que possui aproximadamente 3829 mil habitantes; A Unidade de Saúde da Família possuía 1041 famílias cadastradas destas 85,88% utilizam água de poço ou nascente, 49,57% utilizam a filtração como tratamento da água, 57,06% queimam ou enterram o lixo, 99,52% residem em casas de alvenaria, 97,41% possuem energia elétrica e 58,60% utilizam a fossa como meio de destino das fezes e urina (CASTRO, 2012).

5.2 A Ouvidoria Coletiva em momentos distintos

Após a reunião com a Coordenadora da Estratégia de Saúde da Família de Itaboraí aconteceram duas reuniões na Unidade de Saúde de Pachecos antes do primeiro fórum de Ouvidoria Coletiva.

A primeira reunião com a equipe da ESF aconteceu em setembro e destinou-se à apresentação da proposta da realização da Ouvidoria Coletiva na Unidade de Saúde. Como todas já haviam participado da Capacitação em 2008, apreciaram a proposta e ficaram de levar para toda a equipe da Unidade de Saúde em sua reunião geral.

A segunda reunião aconteceu em outubro de 2011. Nesta reunião as profissionais de saúde trouxeram a decisão de iniciarem a Ouvidoria Coletiva na Unidade de Saúde e coletivamente foram identificadas lideranças a serem convidadas e foram divididas tarefas como quem convidaria cada liderança e foi acordada a data da realização do primeiro fórum de OC.

Neste mesmo encontro os participantes discutiram cada um dos temas elencados no intuito de auxiliar na compreensão dos motivos que os levaram a identificarem como problemas.

Os temas encontram-se descritos abaixo e o primeiro tema escolhido, mais detalhadamente no próximo item. Dentre os temas escolhidos e debatidos no segundo fórum destacamos (relacionar os temas). Quanto ao presídio, os participantes informam que será construído no lugar de uma escola municipal que será desmontada, juntamente com um horto estadual que fica ao lado “*ali é uma floresta do estado do Rio de Janeiro*”, reclamou um participante. Sabe-se que o governo fez um Decreto que cria o presídio.

Quando se falou sobre o Comperj, os participantes por um lado reconhecem que há moradores de Pachecos trabalhando nas obras pelas empresas, que estavam desempregados, por outro reclamam do inchaço da cidade com: ônibus, supermercados e bancos superlotados.

“A saúde não tem condições. É superlotação de tudo. Já tem muita gente de fora do município. Tem muita gente estranha, que não se conhece, por aqui”.

A identificação da ausência de lideranças é vista como um fator dificultador para o enfrentamento coletivo pelos moradores de Pachecos dos novos desafios impostos ao bairro.

O grupo identificou em torno de 10 igrejas, sendo uma católica e não percebe lideranças na comunidade. Depois de muito esforço,

a equipe se lembrou de dois membros da Pastoral da Criança, que são pessoas que procuram falar sobre o que acham errado na comunidade.

Naquele momento, os participantes percebiam um movimento de expansão da Pedreira pelo bairro, pois a empresa está tentando comprar todos os terrenos em volta da Pedreira. Temem pela segurança da população, pois há um grande paiol na Pedreira. Uma profissional de saúde que mora em área próxima à Pedreira afirma que sua casa está repleta de rachaduras por causa das explosões e, assim como as casas de outros moradores, além disso, pedras voam para as casas das pessoas. Uma hora antes da explosão, passa um funcionário da Pedreira avisando e pedindo para as pessoas saírem de suas casas. Tal atitude contribuiu para evitar acidentes com as pessoas, mas além de alterar sua rotina, não preserva os seus imóveis.

A Pedreira Ibrata Mineração Ltda em Itaboraí, empresa especializada em Mineração, localiza-se na Estrada Pachecos, s/n, na altura km 11,5, em Pachecos. A empresa possui outra unidade localizada na cidade do Rio de Janeiro, na Estrada dos Bandeirantes, bairro de Jacarepaguá. Produz carvão e pedra britada.

Outro grave problema trazido pelos participantes da Ouvidoria Coletiva refere-se a RJ114, rodovia estadual que atravessa Pachecos, com alta frequência de acidentes, atropelamentos e mortes. A rodovia não possui sinalização e a cada dia mais o fluxo de veículos aumenta, em especial de caminhões que trafegam em alta velocidade. Por isso os participantes dos fóruns afirmam

que *“os carros ficam livres para correr e tem uma curva muito perigosa que é a curva da morte”*.

Os temas acima apontados foram objeto de discussão em três diferentes momentos.

O primeiro momento foi composto por três fóruns nos quais se tratou tema considerado como o mais importante e preocupante no bairro - o Centro de Tratamento de Resíduos.

Em virtude dos receios quanto a continuidade da problematização do CTR, mudou-se para o segundo tema que mais incomodava os participantes, os acidentes na Rodovia RJ 114. Este foi o segundo momento.

Durantes quatro fóruns problematizou-se o tema e as discussões evoluíram para a preparação de um ato público como forma de reivindicação de providências como a instalação de radares redutores de velocidades.

Já o terceiro momento destinou-se a avaliações acerca do processo de discussões e preparação do protesto e do aprendizado que a Ouvidoria Coletiva proporcionou para os participantes.

Tabela 2 - Ouvidoria Coletiva em Pachecos

| DATA | TEMA (S) | PARTICIPANTES |
|----------------------|--|---|
| 23/11/2011 | Eleição dos temas dos Fóruns: Centro de Tratamento de Resíduos (CTR); Construção de um presídio; Comperj; Ausência de lideranças; Pedreira; Atropelamentos e mortes na rodovia que corta Pachecos; A mudança do DPO para a serra que faz limite com Maricá; Ausência de creches. | Uma auxiliar de odontologia; Dois representantes da Pastoral da Criança e de ONG local que trabalha com crianças; uma enfermeira (coordenadora); sete agentes de saúde; duas pesquisadoras/Fiocruz. |
| 24/01/2012 | Riscos do CTR e omissão das autoridades. | Representante de Ong; duas pesquisadoras/Fiocruz, |
| 28/02/2012 | Emissário do Comperj para Maricá que passará por Pachecos. Comparecimento a Audiência Pública no Ciep de Reta Velha. Necessidade de visita ao CTR. | Uma enfermeira (coordenadora); sete agentes de saúde; duas pesquisadoras/Fiocruz; aluna especialização/Fiocruz. |
| 29/03/2012 | Problemas para a continuidade do CTR como tema da Ouvidoria Coletiva. | Dois representantes da Pastoral da Criança e de ONG local que trabalha com crianças; uma enfermeira (coordenadora); sete agentes de saúde; duas pesquisadoras/Fiocruz. |
| 25/04/2012 | Substituição do Tema CTR pelo Tema Acidentes na RJ114 | Uma enfermeira (coordenadora); sete agentes de saúde; duas pesquisadoras/Fiocruz; aluna especialização/Fiocruz; presidente e secretária da associação de moradores. |
| 12/05/2012 Sábado | Reunião na Associação de Moradores para a discussão dos procedimentos para a realização do Ato | Presidente e secretária da associação de moradores, duas pesquisadoras/Fiocruz, 14 moradores de Pachecos. |
| 30/05/2012 | Avaliação da reunião na Associação de Moradores. Dificuldades das profissionais da ESF participarem de reuniões no final de semana. Candidatura da esposa do presidente da associação de moradores. Novos acidentes na RJ114. Planejamento do Ato Público. | Coordenadora da ESF; uma pesquisadora/Fiocruz; seis agentes de saúde. |
| 28/06/2012 | Finalização da preparação do Ato Público. | Uma enfermeira (coordenadora); seis agentes de saúde; duas pesquisadoras/Fiocruz; presidente e secretária da associação de moradores. |
| 05/07/2012 | Ato Público. | Participantes da Ouvidoria Coletiva e moradores de Pachecos. |
| 12/07/2012 | Avaliação do Ato Público. Indignação pela publicação de uma matéria em jornal sobre o Ato que cita apenas as falas da candidata a vereadora. | Sete agentes de saúde; uma auxiliar de odontologia; uma enfermeira (coordenadora); duas pesquisadoras/Fiocruz. |
| 07/08/2012 | Reunião de finalização – período pré-eleitoral. | Um representante da associação de moradores; um representante da Pastoral da Criança; coordenadora da ESF; quatro agentes comunitárias de saúde; duas pesquisadoras/Fiocruz. |

5.2.1 Primeiro momento: problematização do CTR e recuo no processo

*“Nada a temer senão o correr da luta
Nada a fazer senão esquecer o medo
Abrir o peito a força, numa procura
Fugir às armadilhas da mata escura. Longe se vai
Sonhando demais”*

(Caçador de Mim – Milton Nascimento e Luis Carlos Sá)

O primeiro fórum de Ouvidoria Coletiva destinou-se à identificação dos temas que os participantes desejavam discutir, tendo em vista a sua importância para as condições de vida e saúde no Bairro.

Os temas elencados por ordem de prioridades foram: o Centro de Tratamento de Resíduos (CTR); a construção de um presídio; o Comperj; a ausência de lideranças locais; a Pedreira e os atropelamentos e mortes na Rodovia RJ 114.

Os primeiros três fóruns de Ouvidoria Coletiva destinaram-se à discussão do Centro de Tratamento de Resíduos implantado no bairro que preocupava muito os participantes.

A primeira fase foi a problematização, ou seja, passaram refletir sobre o tema como uma situação-problema, na medida em que foram desvelando e analisando os elementos da situação que não estavam imediatamente iam refletindo sobre o que lhes parecia e sobre o que os incomodava.

Todo mundo sabe que a comunidade não aprova esse lixão. Muito longe do CTR ainda sentimos cheiro de azedo, de vômito. Os trabalhadores de lá quando se aproximam da gente provocam vômito. Eles vieram aqui no Posto para se vacinarem e ninguém agüentava o mal cheiro das suas botas. A gente desconfia desse tratamento de lixo lá porque fica um cara sempre com espingarda atirando em tudo quanto é urubu. Eles não deixam ninguém se aproximar. É tudo cercado de seguranças. A gente se preocupa porque todo mundo usa água de poço e passa um rio bem do lado do lixão e o lençol freático aqui é muito superficial e esse lixão pode contaminar tudo. Que água a gente vai ter para beber?

Como encaminhamento foi acordado que três dos participantes iriam solicitar uma visita como membros da Ouvidoria Coletiva ao CTR e de que uma

orientanda da doutoranda, que cursava Especialização em Saneamento e Saúde, faria uma breve apresentação da estrutura e do funcionamento de um Centro de Tratamento de Resíduos da modalidade que foi anunciada que se enquadrava no CTR de Pachecos.

Durante o próximo fórum foi apresentada a estrutura de um CTR por essa orientanda e os participantes puderam fazer perguntas e constataram que, se Centro de Tratamento de Pachecos funcionasse de acordo com as normas preconizadas, não poderia exalar odores tão desagradáveis, por exemplo. Retornaram com a informação de que foram informados que não seria possível visitar o CTR de Pachecos.

No intervalo entre o terceiro e o quarto fórum, a orientanda tentou agendar a visita, por meio de profissionais que trabalham em outro CTR, também sem sucesso. Os moradores participantes da OC, por sua vez foram conversar com trabalhadores do CTR de Pachecos para tentarem entender o porquê da administração do Centro não permitir visita e nem mesmo a aproximação de pessoas do terreno. Perguntaram também a respeito de problemas que já observavam mesmo a distância.

O quarto fórum foi dedicado à avaliação do processo e a decisão de não mais continuarem a tratar do tema.

Tem muitos problemas ali. Conversamos com um rapaz que trabalhou lá e foi mandado embora, porque começou a fazer perguntas sobre situações que achava estranhas. Chamamos um vizinho meu que trabalha lá no lixão para perguntar como são as coisas lá dentro e ele disse que quem está por trás daquilo é o [nome omitido por segurança] e um pessoal ligado a ele, mas o nome dele não aparece em nada. Quando ele estava no poder alterou a zona industrial de Itaboraí para poder instalar o lixão ali, porque era proibido. Falamos que a gente na Ouvidoria Coletiva estava estudando o assunto e que tava todo mundo preocupado com esse CTR. Logo na mesma semana a gente começou a ouvir uns comentários de que não estavam gostando nada disso. Acharmos melhor parar por aqui. Aqui em Itaboraí é assim. Enfim, temos outros problemas para trabalhar por aqui [na Ouvidoria Coletiva].

Nesse encontro ficou claro que era necessário que o grupo da Ouvidoria Coletiva recuasse na busca de conhecer melhor o ‘tamanho’ do problema que significa o CTR de Pachecos e a partir daí encontrar caminhos para que o Centro seja fiscalizado e faça as adequações às normas legais para o seu funcionamento.

Esse momento de avaliação demonstrou limitações à participação quando ela vai de encontro aos interesses de grupos que lucram com grandes empreendimentos, em detrimento dos interesses da população.

O temor pela integridade física dos participantes da Ouvidoria Coletiva não foi verbalizado diretamente, como também a informação sobre as ameaças veladas, provavelmente porque os encontros estavam sendo audiogravados. Neste mesmo encontro o grupo decidiu eleger o tema da RJ 114 como o mais relevante, por estarem cada vez presenciando mais acidentes na rodovia.

5.2.2. A Ouvidoria Coletiva e a Associação de Moradores

No início da Ouvidoria Coletiva em Pachecos o entendimento dos participantes desvalorizava a associação de moradores.

É melhor a Ouvidoria Coletiva do que a Associação de Moradores para tomar essa posição. Como fica tá? Faz o ofício da Ouvidoria Coletiva. Ouvidoria Coletiva, porque esse negócio de Associação é sempre assim mesmo. A gente não sabe o que faz. A gente que mora no local, eu, por exemplo, moro aqui desde que eu nasci. Eu fui saber da Associação há pouco tempo. Essa Associação existe não é de agora. Agora, eu realmente admito. Eu nunca tive interesse de entrar e participar. A população está ali para ser ajudada. É complicado a gente botar as pessoas para resolver o problema. A gente poderia entrar em contato.

A resistência da associação de moradores em participar da Ouvidoria Coletiva provavelmente tenha sido o resultado do receio da criação de um espaço que rivalizasse com a associação de moradores, como aconteceu em Gebara, ou ainda pelo fato da Ouvidoria iniciar sua atuação com o tema do CTR.

Apesar da superação do problema com a realização de uma reunião entre a Ouvidoria e a Associação de Moradores, em maio, o fato do presidente da associação de moradores, não ter comparecido na reunião de junho gerou certo mal estar, pois ele tinha conseguido que os ofícios, para a PM e outros órgãos públicos, saíssem pela associação de moradores. As profissionais de

saúde, juntamente com lideranças religiosas assumiram a redação dos textos no computador da unidade de saúde.

Com o passar do tempo houve a união dos atores em torno da luta.

A gente poderia entrar em contato. Aqui mesmo no Posto. O negócio é comunicar. Em cartazes, em como fazer o cartaz. Mas aí tem que ser certo para mim estar chamando as pessoas. Folders. Entrar em contato com ele para fazer faixas não é? Primeiro uma faixa convocando a comunidade. Cartazes nos bares, padarias. Prega no armazém e vai pregando nas escolas, nas igrejas, no comércio.

O processo de planejamento da comunicação evoluiu para uma proposta de sensibilização por meio da socialização de fotos de um rapaz que ficou em estado vegetativo após acidente na Rodovia como símbolo da campanha.

Os próprios participantes da Ouvidoria Coletiva estabeleceram uma cota de R\$15,00 para cada pessoa que pudesse contribuir para a compra do material necessário para a manifestação e organizaram uma caixinha para fazer as faixas. Ainda tentaram entregar o dinheiro para a pesquisadora que, do ponto de vista de enfatizar o protagonismo local, conseguiu que o grupo ficasse com a administração dos recursos.

5.2.3. Uma situação-limite: desconfiança, medo e insegurança

Referimo-nos, acima, ao temor que os manifestantes da Ouvidoria deixavam transparecer no debate em torno do CTR. Constatamos ser um fenômeno coletivo.

O medo decorre das diversas formas de violência às quais se encontram submetidos os moradores e, portanto, os participantes da OC, profissionais de saúde, em especial os agentes comunitários de saúde.

A forma de se fazer política em Itaboraí tem gerado receios no que tange a manifestações sociais quando estas envolvem interesses de grupos privados em sua imbricação com o poder público. O caso do CTR pode ser visto como um exemplo desse limite à participação popular: relatos de rumores de ameaças e informação a respeito dos vínculos entre grupos empresariais e

políticos locais e regionais criaram um sentimento de insegurança nos participantes da Ouvidoria que culminou na decisão de não mais continuar problematizando o tema.

Contudo, apesar da opressão, há resistências. Grupos populares utilizam blogs sem autoria claramente assumida, provavelmente porque os coletivos de moradores de Itaboraí se sentem mais seguros de manifestarem sua insatisfação com a implementação de políticas públicas na cidade.

A gente não pode criticar direto. A gente se organiza em blogs que envolvem vários grupos juntos para poder se manifestar. Tem um grupinho junto [cita os coletivos e dos moradores que postam em blogs, que são propositalmente omitidos do DSC por questões de segurança]. SOS Itaboraí é um blog para se fazer críticas. Há diversos blogs porque a gente também tem medo, pois a política aqui é muito suja e pesada.

Como devemos pensar essa situação?

Para Barierl (2004), a violência deve ser pensada também situada em "contextos históricos, políticos, econômicos, sociais, culturais e territoriais, por onde é produzida" (BAIERL, 2004, p.22). A autora afirma então que não se pode buscar explicação e analisar questões relativas ao medo desvinculadas das diferentes formas de exclusão social. Sawaia (1999 *apud* BAIERL, 2004), para analisar a questão do medo social utiliza a categoria "sofrimento ético-político", embora seja o indivíduo que sofre, a gênese do sofrimento não está nele, e sim em intersubjetividades delineadas socialmente (ALMENDRA e BAIERL, 2002).

Essas intersubjetividades "amedrontadas" das classes populares constituem o que alguns autores denominam medo social (BAIERL, 2004) que é uma das conseqüências que mais penaliza o ser humano em situação de exclusão social ou, como conceitua José de Souza Martins (2002), inclusão perversa. A finalidade última desse medo seria submeter pessoas e coletividades a interesses próprios e de grupos através da intimidação e da coerção. Esse medo leva determinadas coletividades, territorializadas em determinados espaços, "coletividades mal-amadas da história" (DELEMEAU, 2004, p.48), a temer a ameaça advinda de diferentes grupos de poder, inclusive de gestores municipais, Coletividades abandonadas à própria sorte, sem acesso a direitos sociais básicos, como os moradores do bairro de

Pachecos. Vivem numa situação de grande fragilidade e insegurança, e conseqüentemente de medo social que tem sua referência no contexto vivido e nas carências retroalimentadoras do medo (BAIERL, 2004).

Os profissionais de saúde, por exemplo, mesmo não sendo agredidos fisicamente, têm sua saúde vitimada pelo medo e pela angústia, no intuito de atender mais adequadamente possível a população. A reflexão mais ampliada sobre a saúde nestes contextos de violências leva necessariamente à discussão de formas de prevenção mais estruturais, como a diminuição das desigualdades sociais e o não-abandono pelo poder público de processos de educação e saúde no âmbito local.

Romano (2002) pondera que onde reina o medo, gera-se a guerra de todos contra todos. A finalidade do Estado seria impedir o medo e possibilitar a liberdade de pensamento e de corpos. Quem gera medo destrói os fundamentos do poder legítimo. Aquele que fomenta o medo, qualquer que seja sua posição no mundo, impede a confiança, base da democracia.

Zaluar (2004) aponta o medo imaginário, fruto do real, como conseqüência do processo de desagregação do movimento político dentro dos bairros populares. Nessas localidades o medo adquiriu tonalidades próprias, diferentes das dos bairros de classe média. As pessoas parecem estar mais isoladas dentro das suas casas em virtude dos novos riscos decorrentes da crise econômica, da inflação e de uma gestão municipal que confere claros sinais de desamparo aos mais pobres.

Hoje em dia, ainda são identificados poucos ativistas em Itaboraí, mas são de outro tipo: valorizam o trabalho mais concreto, mais direto e mais restrito, muitas vezes são ligados a instituições religiosas e não valorizam a "retórica que aponta causas sociológicas para os problemas práticos enfrentados pela população pobre, sem procurar soluções concretas" (ZALUAR, 2004, p.53).

Para Lombardi (2005), esta também é uma tendência dos novos movimentos sociais, culturais e intelectuais de crítica à sociedade. Estes caminham na direção de uma perspectiva que valoriza o microscópico, o fragmentário, o singular, o efêmero, o cotidiano. Porém, nenhuma resposta a esses problemas pode ser simples ou unilateral. É necessário que os aspectos institucionais, políticos, culturais, sociais e econômicos da questão sejam

considerados, já que a questão da violência abrange todos eles (ZALUAR, 2004).

As percepções dessas situações "provocam um sentimento insuportável de desordem e incerteza na população, principalmente a pobre" (ZALUAR 2004, p. 60).

Uma captação da proporção desse sentimento pode ser observada na quantidade de repetições da palavra "medo" no trecho deste jongo de Martinho da Vila:

"Tenho um amigo que é do Rio de Janeiro/ É muito forte e muito bom companheiro/ Surpreendentemente me disse um segredo/ Tenho medo/ Tenho medo/ Tenho medo Tenho medo/ Tenho medo/ Tenho medo/ Tenho medo/ Tô com medo/ Tô com medo/Tô com medo/Tô com medo/Tô com medo/Tô com medo/ Tô com medo/ Tô com medo/ Tô com medo/Tô com medo/Tô com medo/Tô com medo..."

Martinho da Vila¹⁴

Baierl (2004) assinala que o ponto mais complexo quando se trata do medo é o preço que as pessoas estão pagando para não sentir medo: alteração de rotina, das relações sociais, e a falta de indignação, a aceitação do inaceitável, o fingimento em relação ao que vêem e ao que não vêem.

Tudo isso atua no sentido de valorizar a função social de investigações qualitativas de pesquisadores, que por sua inserção social e prática vinculada às classes populares, constituíram vínculos e, embasados em relações de confiança conseguem adquirir dados que de outra maneira não viriam ao conhecimento fora das localidades onde acontecem os fatos.

Nesse contexto de violência e impunidade, cresce o medo dos profissionais de saúde e os dilemas éticos passam a ser uma constante, obrigando-os a vivê-los em seu cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde.

Em especial, para as equipes de saúde da família, o fato de conhecer mais profundamente o modo como as famílias se relacionam e vivem no interior de suas moradias gera dúvidas: até que ponto o profissional tem o direito, deve interferir? E se deve e não pode? O que fazer? Há alternativas que geram menos insegurança para as famílias que recebem os profissionais de saúde em casa, demonstrando confiança, e, para os profissionais, que de

¹⁴ Música "Quem tá com Deus não tem medo" de Martinho da Vila. Disco "Brasilatinidade", Março de 2005.

posse de informações privilegiadas, sentem-se vulneráveis? Numa situação de violência não se pode interferir sem arriscar sua integridade física, da sua família e mesmo da sua equipe. Como a Estratégia de Saúde da Família é uma estratégia relativamente recente, certamente surgirão ainda muitos estudos sobre esse aspecto do trabalho e os dilemas vividos pelos profissionais.

O medo do profissional de saúde aparece em diversos momentos presenciais, de maneira subjacente. Quando se trata de territórios onde habitam camadas mais desfavorecidas da população como as áreas adstritas na ESF de Itaboraí, o medo torna-se uma categoria de suma importância, pois ele é capaz de modificar não só o comportamento social das pessoas, mas também prejudicar sua saúde física e mental, já dificultada pela falta de recursos financeiros mínimos necessários para uma sobrevivência digna. Delemeau (2004) afirma que em nenhum momento da sua história o homem sentiu tanto medo como no século XX.

O medo coloca em prontidão todo o organismo para uma reação forte, rápida e brusca (SILVA, 1999). Segundo Luiza Fátima Baierl, as reações do medo são condicionadas e aprendidas socioculturalmente, sendo importante não confundi-las com a violência em si, mas "dar visibilidade ao medo que é um elemento-chave para o entendimento da forma como a violência e os conflitos urbanos se processam (BAIERL, 2004, p.16)." Nos dias atuais, numa cidade como o Rio de Janeiro, a violência tem ampliado o medo social, potencial típico do imaginário coletivo (no caso das classes média e alta, causado pelo aumento perverso dos índices de violência na cidade) ou real (no caso das classes populares moradoras da maioria das favelas ocasionado por ameaças reais advindas da convivência com sujeitos fortemente armados que intimidam), imprimindo ritmo e dinâmica cotidiana, pois no fundo todos se sentem ameaçados, e de uma forma ou de outra, correndo perigo. Esse medo é geralmente utilizado como instrumento de coerção por grupos que submetem pessoas aos seus interesses. O medo social vem alterando o tecido e o território urbanos. Na tentativa de se adaptar para sobreviver, as pessoas vão "reestruturando a forma de se apropriar do meio urbano construindo novas formas de sociabilidade e dilapidando o capital social" (BAIERL, 2004, p.16). No caso dos moradores, lideranças de favelas e profissionais que atuam nelas, ou em unidades que atendem a essas pessoas, uma reação possível é o

emudecimento. A reação é não reagir externamente e ir "implodindo" de ansiedade, adoecendo cada vez mais vivendo/morrendo pela dor, que com o tempo se torna física pela falta de esperança em que, no futuro, a sua situação individual e/ou comunitária possa melhorar. Os sentimentos mais freqüentemente referidos, além do medo são: ameaça, insegurança, frustração, impasse, raiva, desesperança e desalento; o que afeta profundamente a vida de todos. Sartre assinala que a "necessidade de segurança é intrínseca ao homem e simboliza a vida, enquanto a insegurança sinaliza a morte" (BAIERL 2004).

Para Paulo Freire o medo não é uma abstração e sim algo muito concreto. Ressalta que se deve buscar o auto-conhecimento, os sonhos, posicionamentos políticos e se pode antever as conseqüências da conjuntura atual para o seu trabalho (FREIRE e SHOR, 1986). Freire reforça que só teme quem tem sonho. Negar o medo seria negar o sonho. De um lado, é preciso estabelecer limite ao medo, pois ele pode gerar paralisia da ação, da luta.

O autor deixa o convite para que se continue caminhando para a mudança que, segundo ele, será protagonizada pelas pessoas que ainda são capazes de terem esperança (FREIRE e SHOR, 1986).

No caso da Ouvidoria Coletiva de Pachecos, em Itaboraí, o medo tornou-se uma situação-limite para a participação popular. O Centro de Tratamento de Resíduos em Pachecos, na esteira do Comperj, segue a tendência histórica de concepção dos grandes projetos, norteados pela negação à participação popular efetiva e por discursos pautados na naturalização de desigualdades (que longe de serem naturais, são produzidas no processo histórico que privilegia os mais poderosos) (LIMA e BUENO, 2010). Veremos agora como esta situação-limite foi enfrentada.

5.2.4. Segundo momento: disputa, luta e vitória

Após a escolha do novo tema para problematização, os acidentes na Rodovia que atravessa o bairro e a busca de propostas para a sua solução nos fóruns de Ouvidoria Coletiva, o grupo ficou sabendo que a Associação de Moradores havia ido até o prefeito de Itaboraí para solicitar que ele intercedesse junto ao DER para a diminuição de acidentes.

Foi prometido que viria uma equipe técnica para avaliar os pontos críticos e providenciar sinalização. O prefeito solicitou que não fosse demorado e o prazo já terminou, pois estamos no final de abril, caminhando para maio. Realmente vieram técnicos para conversarem com moradores e até agora nada. [Isso aconteceu em dezembro de 2012, depois que o tema já tinha sido discutido em um Fórum de Ouvidoria Coletiva na Unidade de Saúde de Pachecos]

A partir de abril o presidente da Associação de Moradores de Pachecos e a secretária da associação que, além de ser sua esposa e diretora de uma escola municipal no bairro, também era candidata a vereadora, se juntou à Ouvidoria.

Essa inserção gerou a necessidade do agendamento de reuniões fora do horário de funcionamento da Unidade de Saúde. O que propiciou que os profissionais de saúde se posicionassem sobre sua dinâmica de trabalho.

Nós aqui estamos muito sobrecarregadas de trabalho. Nós estamos fazendo cartão do SUS, estamos fazendo uma revolução aqui dentro. Então está complicado para ficar estendendo muito, nossos dias e horários de trabalho. Infelizmente nas últimas reuniões eu não tenho tido oportunidade de participar. Tenho acompanhado, de acordo com os relatórios que as meninas têm fornecido para nossa equipe. Quanto mais passar o tempo, mais as pessoas ficam desmotivadas por achar que não estão vendo nenhum resultado.

Desde o início do processo em Pachecos os profissionais de saúde demonstraram preocupação com a proximidade do período eleitoral e sua influência na Ouvidoria Coletiva.

Está chegando o período eleitoral, ainda fica mais difícil. As próprias pessoas da comunidade vão pensar que isso é uma campanha política. A gente tem que tomar muito cuidado, para as pessoas não confundirem campanhas políticas, com esse movimento que a gente está querendo fazer. As pessoas acham assim, que não vai dar aquele grupo de pessoas boas que deu da outra vez.

Havia o temor, tanto da pesquisadora, quanto dos profissionais de saúde de que candidatos a vereador de Pachecos utilizassem a Ouvidoria Coletiva para finalidades eleitoreiras, como pode ser verificado no DSC abaixo.

Em Julho já começam as campanhas dos políticos. Então o que tiver que ser feito precisa ser antes de Julho. A gente tem que tomar muito cuidado. A esposa do presidente da Associação, ela é candidata. Com campanha. As pessoas não gostam de se envolver com política.

Tal receio se confirmou por meio de dois acontecimentos diversos. Quando outro candidato a vereador soube que a Ouvidoria Coletiva faria uma manifestação na Rodovia, marcou outra manifestação para uma semana anterior, porém quase não houve adesão.

Outro acontecimento que desagradou bastante as profissionais de saúde foi o fato de um jornal de São Gonçalo chamado para publicar uma cobertura da manifestação, entrevistar apenas a candidata a vereadora, que foi o único nome a sair no jornal como representante da comunidade.

A gente é que fez todo o trabalho. Estamos nos reunindo há muito tempo. Nós é que estamos convidando a imprensa e na hora de aparecer só deu ela. E nós? Era a Ouvidoria Coletiva que tinha que aparecer. Todo mundo que é do grupo.

A fala acima foi recorrente na última reunião da Ouvidoria Coletiva, destinada a avaliação de todo o processo. O clima entre os profissionais de saúde era de contrariedade com essa situação.

As reclamações não eram com dirigidas a mim, mas as pessoas dirigiam as suas queixas com relação à atitude da candidata a ela. Naquele momento foi necessário exercitar a Escuta Sensível, já trabalhada com o grupo desde os primeiros momentos da Capacitação em 2008 e esta se tornou um tema importante, tanto nos discursos dos participantes dos grupos focais para a publicação “Por uma Itaboraí Saudável”, quanto durante o trabalho com a Ouvidoria Coletiva de Pachecos.

Foi sugerido fazer uma visita ao Beto, que foi um acidentado, uma conversa com a família, se ela aceita, se permite usar a imagem dele. Ia causar um impacto. O símbolo da campanha, é verdade. Porque talvez fique um pouco forte até para a família. Tratamento de choque em muita gente. Ele era o meu cadastrado, que morava aqui. Conheci ele andando, rindo, brincando, falando besteira como sempre, mas houve o acidente. Bem, quando eu fui ver eu fiquei chocada. Porque assim, você conhecer a pessoa boa, passeando, andando e ver ele na situação que ele se encontra! É de chocar. É situação triste. E ele com vontade de andar, vontade de viver. Essas imagens para fazer o panfleto para entregar ao motorista. Pode assim botar uma tarja. Muitos foram atropelados. Seu Duda morreu. A mulher sentada na marquise com o filho, esperando o ônibus. O carro foi lá na marquise e pegou e matou. E o filhinho saiu correndo. Trauma.

Além da sensibilização da população, o objetivo era também atingir os órgãos públicos e as empresas privadas.

Todo mundo vem ao Correio não é? Aqueles motoristas assim de carretas. Mandar um ofício para a Casas Bahia. O pessoal passa muito correndo. Eu mais ouvi reclamar foi dos caminhões da Casas Bahia. Casas Bahia abusa. Casas Bahia e da WR. WR é material de construção. É a WR e a Casa Bahia, são os que estão abusando dessa pista. Não dá para salvar ninguém. Prefeitura, Secretaria de Obras. Ah, DER gente. Pedindo presença um representante nesse dia da Prefeitura também nesse dia, Secretaria de Obras. Avisa a Rosângela da Estratégia de Saúde da Família. Mobilização aqui. Guarda Estadual não pode, porque aqui é área Estadual. Comunicação a Prefeitura e a imprensa. Jornal de Itaboraí.

Nesse mesmo fórum os representantes da Associação de Moradores informaram que esta associação já havia se preocupado com o problema antes da iniciativa da Ouvidoria Coletiva.

A Associação fez uma representação em 24 de fevereiro de 2009. Primeiro quiseram colocar pedras para os buracos maiores. Virou um inquérito civil e finalizou com a obra que ficou com uma pendência de um trecho e não houve licitação. Agora vocês já se deram conta da importância desse problema.

5.2.5. Terceiro momento: Avaliação e aprendizagem dos profissionais de saúde

O aprendizado se deu de diversas formas, pois nem todos os profissionais de saúde possuem os mesmos conhecimentos. O discurso abaixo demonstra que, por um lado havia participantes com dúvidas acerca do que seria e da organização do Ato.

Por outro lado, evoluiu-se para o detalhamento do planejamento do Ato Público.

Passeata é andar não é? Sair e um lugar para chegar. Concentração. A gente vai contar com um destacamento da PM, para controlar o tráfego. A idéia é parar, entregar o panfleto. Conversar nem que seja um minuto com o motorista. Trinta segundos. Crianças entregarem também. Entregamos no batalhão, uns quinze dias antes, para eles se programarem. Tem que levar o ofício lá. Essas imagens para fazer o panfleto para entregar ao motorista.

O processo de educação por meio da ação mostrou-se transformador e fator de transformação de aspectos opressores da realidade local, no qual para Freire os seres humanos são “seres da páxis, portanto , seres da transformação, da recriação, da re-invenção” que não podem permanecer amarrados a sua realidade que é “tão inacabada quanto eles (...) que só é porque está sendo” (FREIRE, 2001, p.45).

5.2.6. Aprendizado com a Ouvidoria Coletiva: lutar, ter paciência e perseverança

A partir do fórum, as orientações para o trabalho foram estabelecidas, a equipe da unidade de saúde assumiu o papel de protagonismo no processo e também o reconhecimento da importância de espaços como a Ouvidoria Coletiva.

Paciência. Sim. E aí gente é solicitar radares. E redutores de velocidade. É para chamar a atenção. Já começar agindo. O que está a frente de tudo chama-se Ouvidoria Coletiva. Alguém do Posto assina os ofícios. O

texto dos ofícios eu me comprometo a fazer. Nós aqui preparamos e nos dividimos para entregar. A gente acostuma com os problemas e não estranha. Com a Ouvidoria Coletiva e vimos que podemos fazer um grande trabalho. Precisamos muito de um espaço assim, para irmos discutindo muito. Eu como funcionária da saúde não sei muita coisa que está acontecendo na comunidade. Nesses encontros com os moradores aqui na Ouvidoria Coletiva eu aprendi muito.

Durante o planejamento da luta, surgiram avaliações espontâneas acerca do que o processo da Ouvidoria Coletiva propiciou em termos de aprendizado.

Novas articulações entre atores sociais importantes aconteceram no bairro por meio da mobilização da Ouvidoria Coletiva. Uma delas foi o início da participação da Associação de Moradores nos fóruns de Ouvidoria Coletiva.

Tivemos pela primeira vez a Associação de Moradores, o presidente. Eu queria falar duas coisas. Uma é como o nosso grupo se juntou, se organizou e conseguiu rápido. A outra é que temos que ter um jeito de ter esse espaço de discussão e organização sempre na Unidade de Saúde. Vimos como estarmos participando dessas reuniões, tudo junto vamos lembrando de soluções e de quem podemos envolver, vamos aprendendo sobre os assuntos na medida em que juntos vamos conversando nesse espaço da Ouvidoria. Aí vêm várias idéias, várias cabeças. Muito legal. Emocionou ver o desenvolvimento das próprias pessoas, que passaram a ver, que pode se relacionar de maneira diferente, de maneira unificada. Direcionar esse trabalho, que cresce muito com a união, de idéias, de força, de tudo, para o desenvolvimento da nossa comunidade. A comunidade acaba não desenvolvendo bem por causa desse tipo de atrito. E Ouvidoria trouxe a união entre eles.

Mesmo em se tratando de problemas de mais difíceis soluções, o diálogo entre participantes imbuídos do objetivo de encontrar respostas, obtiveram êxito pela primeira vez.

E aí várias cabeças começavam a pensar nas soluções. Foi o que aconteceu. Facilitou muito o nosso trabalho, porque muitas vezes recorremos em várias coisas ao Poder Público e não conseguimos. Nós tínhamos que ter a nossa opção. Isso nos aliviou. Melhorou muito o nosso trabalho. E desenvolveu muito a nossa comunidade que ficou melhor. Você pode falar livre, o que você quis. Nas outras, você não tinha essa experiência de falar os teus problemas na Unidade. O que nós nunca tivemos. Envolve outra humanização. Exatamente. A nossa formação na faculdade, quer seja nos outros cursos, não trás essa humanização. Não é aquela coisa só técnica. Nós conhecemos a

peessoa. É de acordo com a realidade do local, com a realidade da pessoa, com aquele momento que a gente está passando ali.

Os participantes da Ouvidoria Coletiva mobilizaram moradores, profissionais de educação das escolas da região e encabeçaram uma passeata que partiu de um trecho conhecido como “curva da morte”, onde se situa uma escola municipal à margem da rodovia, até a Unidade de Saúde de Pachecos.

Um candidato a vereador do bairro ficou sabendo do movimento da Ouvidoria Coletiva e organizou um protesto um sábado antes, mas contou com pouca adesão. A passeata da Ouvidoria Coletiva, em contrapartida, contou com um número maior de participantes, como também com a cobertura do Jornal de São Gonçalo.

A repercussão do movimento foi positiva. Na semana seguinte já havia um radar móvel em frente à Unidade de Saúde de Pachecos e em 90 dias foi instalado um redutor de velocidade, causando uma visível diminuição de acidentes no trecho em que aconteceu a manifestação. Foram indicações de que o processo de formação para a autonomia, para a emancipação e o protagonismo dos profissionais de saúde e dos moradores precisa ser melhor trabalhado. Na formação e talvez durante os Fóruns de diálogos em saúde, a partir das discussões emergentes e das posturas observadas. Mas a ação coletiva é que abriu caminho para novos avanços. Foi um processo de aprendizado para todos os participantes, um conhecimento de si na relação com os outros, uma percepção do papel das instituições e das relações de poder nelas subjacentes. Esse aprendizado é um elemento que tanto expressa as forças existentes na população como se constitui em dispositivo fortalecedor do coletivo.

5.3. Escuta sensível

*Escuta, escuta,
O outro, a outra já vem,
Escuta, acolhe,
Cuidar do outro faz bem.
Cuidar do outro é cuidar de mim,
Cuidar de mim é cuidar do mundo.
(Ray Lima)*

As profissionais de saúde de Pachecos haviam participado da Capacitação em Ouvidoria Coletiva e lembravam dos processos de sensibilização para o ato de Escutar de forma mais sensível. Também participaram da construção coletiva do que se tornou a OC em Itaboraí durante a referida Capacitação. Neste sentido, a coordenação dos fóruns de Ouvidoria Coletiva em Pachecos com frequência podia remeter-se à importância da escuta atenta e sensível de tal forma que a compreensão parecia imediata e a retomada da escuta se dava.

Vivenciamos momentos em que várias pessoas falavam juntas, mas com mais frequência, poucas pessoas falavam e a maioria permanecia em silêncio.

Ficou nítida a diferença de participação quando o tema passou a ser a Rodovia. Ou seja, durante o período em que o tema era o Centro de Resíduos Sólidos, havia duas ou três pessoas que se expressavam mais, em especial uma agente comunitária de saúde de nível superior, o representante de uma ONG e a orientanda da doutoranda.

As dimensões do processo de aprendizagem envolvendo escuta e diálogo, desencadeado pela Ouvidoria Coletiva remetem a importância da postura das pessoas responsáveis pela coordenação dos encontros. No caso da OC em Pachecos, o não distanciamento entre os profissionais, por meio da criação de um ambiente não favorável ao prevailecimento de posições hierárquicas, fez com que, sem deixar de cumprir o seu papel, no que tange ao entendimento de que trata-se de um processo de educação de todas as pessoas envolvidas, onde o saber técnico-científico não contrasta com uma postura amorosa e respeitosa.

Para Freire (2003) é fundamental que o educador aja com um profundo respeito pelos saberes dos educandos, na prática de uma pedagogia ética e baseada na autonomia dos educandos. Nesse processo os educandos são provocados “a se assumirem como sujeitos sócio-histórico-culturais do ato de conhecer”. Segundo o autor, o educador não deve abrir mão do rigor de seus conhecimentos técnico-científicos, o que não é incompatível com “a amorosidade necessárias as relações educativas”. Para ele tal postura cria um ambiente favorável a construção de conhecimentos (FREIRE, 2003, p.4).

Neste sentido, o processo educativo é principalmente aprendizagem coletiva onde “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender” (FREIRE, 2003, p.9).

Escutar é diferente de ouvir. O ato de ouvir está relacionado aos cinco sentidos – audição, visão, tato, olfato e paladar. Refere-se a compreender o que as palavras revelam restritamente à audição simples do que é falado. Já escutar requer “sensibilidade de estar atento ao que é dito, ao que é expresso através de gestos e palavras, ações e emoções (CERQUEIRA, 2011, p. 17).

Parece óbvio que uma escuta atenta, sensível e respeitosa precede quaisquer diálogos, tais como concebemos dentro desse mesmo princípio do respeito. De um diálogo respeitoso pode nascer muita coisa, sobretudo aprendizado, mas quem sabe um terceiro conhecimento. Reconhecer o outro e me reconhecer nessa relação como outro como “igual” (ne sentido de que tem algo a dizer e fazer sobre a realidade). Conhecimento novo, diferente fecundado, gestado e concebido em um processo que, cada vez mais consciente de seu significado, mais facilmente é percebido e disponibilizado pelos e para os atores do diálogo e destes para os seres externos ao processo, mas que nele são generosamente inseridos na medida em que o “recém nascido” é apresentado e disponibilizado.

Não é prerrogativa dos profissionais de saúde terem esquecido, ou mesmo não terem sido formados para esse tipo de escuta. Escuta de si mesmo, escuta do usuário, escuta do ambiente, incluindo aí a(s) equipe(s) envolvidas no trabalho cotidiano na Unidade de Saúde é fundamental para a qualidade do atendimento desse profissional, como também é fator de promoção da sua própria saúde, evitando que os acúmulos de angústia e outras sensações e sentimentos gerem somatizações, ou seja, desemboquem em processos que gerem adoecimento físico e mental.

A sociedade atual pode ser considerada como a “sociedade do ruído”. Mesmo sozinho, o ser humano é frequentemente convidado a gerar barulho que não permite olhar para dentro de si, perceber-se e enfrentar reflexões necessárias à sua saúde e ao seu crescimento pessoal. Na correria cotidiana, as pessoas terminam deixando as coisas menos importantes, essenciais e deixando de lado as menos importantes como os espaços de encontro com o outro em qualidade e profundidade, banalizando o “desamor”: desamor com o outro, desamor pelas relações solidárias, desamor pelas relações humanas mais amorosas, enfim, desamor pela vida (CERQUEIRA, 2001, p.15). Especialmente “barulhento” é o cotidiano dos profissionais de saúde que independentemente do grau de complexidade no qual esteja inserido seu trabalho, a correria para atender o máximo de pessoas em menor tempo, quer seja pela urgência da situação de morbidade do usuário, quer seja pela

exigência de produtividade feita pelo empregador, parece ser a tônica do dia a dia desse trabalhador.

René Barbier (2002) apontou a importância da Escuta Sensível na formação do profissional de saúde. Para ele, o conceito de escuta sensível articula-se com a abordagem rogeriana em ciências sociais, juntamente com aspectos da meditação oriental. Na escuta sensível o pesquisador desenvolve uma empatia com o outro, ou seja, desenvolve habilidades de sentir o seu universo imaginário, cognitivo e afetivo de modo a facilitar processos de compreensão das suas opiniões, sem não entanto necessariamente aderir e/ou se identificar com elas.

Cabe ressaltar que não se trata do “outro” isolado descontextualizado de sua trajetória, de seu tempo e seu mundo. No exercício da Escuta Sensível aprecia-se o lugar diferencial de cada pessoa dentro das suas relações sociais, de forma a se poder escutar a sua palavra, sua aptidão criadora, enfim, reconhecê-la e aceitá-la incondicionalmente em seu ser, sem preconceitos, sem julgamento, para que depois quaisquer proposições interpretativas sejam elaboradas com prudência (BARBIER, 2002). Além de considerar a classe social das pessoas, a escuta sensível busca o todo e é um momento de reconhecimento do outro em sua singularidade (CERQUEIRA, 2011).

Nos fóruns de diálogo da Ouvidoria Coletiva, uma dupla de profissionais de saúde coordena os encontros e auxiliam-se na análise antes e/ou conversar sobre o encontro com o restante de sua Equipe de Saúde da Família. Na coordenação do fóruns faz-se necessário utilizar um método para qual Barbier chama atenção (2002) de suspensão dos lugares de sapientes do profissionais e mesmo dos líderes comunitários. Daí a importância destas partes do ser como: corpo; cognição; afetos e outras dimensões sensíveis participarem de processos formativos de Educação dos Sentidos, tanto quanto possível, antes de se lançarem a práticas que pressupõem diálogos com a população. Um exemplo foi a utilização de dispositivos facilitadores da escuta, como aconteceu na Capacitação em Ouvidoria Coletiva, referida anteriormente.

Neste sentido, atender ao que o escutar sensível requer da pessoa: abertura holística para tomar o outro em sua existência dinâmica, com todos os seus aspetos em interação dinâmica, ou seja, o desenvolvimento de uma escuta-ação espontânea, a partir do treinamento da plena consciência proposto

por práticas meditativas, na qual a pessoa desenvolve uma hipervigilância, o que requer uma sutileza inigualável, na qual a ação pode ser imediata, mas adequadamente adaptada ao que é necessário em cada momento.

Cerqueira (*et al*, 2011) considera a escuta sensível como “elemento primordial para o desenvolvimento da pessoa humana”, essencial para a valorização da abrangência formativa dos espaços onde acontecem interações entre os sujeitos (CERQUEIRA *et al*, 2011, p.11).

Barbier (2002) apresenta como síntese o desafio para o pesquisador em adesão à escuta sensível da seguinte forma:

É indispensável lembrar que o homem permanecerá, para sempre, um ser dividido entre o silêncio e a palavra, e somente a escuta do pesquisador poderá penetrar e captar os significados do não-dito. A pessoa que se dispõe a escutar não basta que tenha ouvidos, é necessário que ela realmente silencie a sua alma. Silencie para perceber aquilo que não foi dito com palavras, mas que talvez tenha sido expresso em gestos, ou de outra forma (BARBIER, 2002, p.141).

A escuta sensível torna-se um instrumento valioso que também é uma atitude adequada para dar conta do desafio contemporâneo que é o favorecimento de espaços de diálogo respeitosos e solidários entre o profissional de saúde pública e a população atendida.

5.4. Diálogo respeitoso e solidário como formador do profissional de saúde na Ouvidoria Coletiva

“O diálogo,
como encontro dos homens para a ‘pronúncia’ do mundo,
é uma condição fundamental para a sua humanização.”
(Paulo Freire, 1987, p.134)

Freire (2003) enfatiza que ensinar exige disponibilidade para o diálogo. Este processo dialógico deve propiciar a participação dos educandos em todos os momentos, onde todos tenham oportunidades iguais e, em conjunto, atuando com regras diferenciadas, confrontando perspectivas e prioridades. Neste sentido, a formação do profissional de saúde em práticas dialógicas, faz-se relevante para avançar na melhoria da qualidade do atendimento nos serviços públicos. Cabe aos formadores e profissionais de saúde reconhecerem a importância das pesquisas acerca das representações de

saúde-doença de determinados grupos, que só podem ser apreendidas por meio de processos de escutas atentas e pelo diálogo.

O diálogo é um conceito-chave e uma prática essencial para qualquer ação educativa para a libertação, na concepção freireana. Paulo Freire alerta os educadores sobre a postura necessária ao diálogo:

“para pôr o diálogo em prática, o educador não pode colocar-se na posição ingênua de quem se pretende detentor de todo o saber, deve, antes, colocar-se na posição humilde de quem sabe que não sabe tudo, reconhecendo que o [educando é] alguém que tem toda uma experiência de vida e por isso também é portador de um saber”(FREIRE, 2004, P.13).

Sendo o diálogo parte do processo de comunicação, o pensamento freireano conceitua comunicação como um princípio que transforma o ser humano em sujeito de sua própria história, por meio de uma relação dialética vivida na sua inserção na natureza e na cultura, pressupondo-se aí a interação com outros homens e mulheres.

A auto-suficiência é incompatível com o diálogo. Os profissionais de saúde que não tem humildade ou a perdem, têm dificuldade aproximar-se da população. Não podem ser seus companheiros de pronúncia do mundo. Se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão ser humano quanto os outros, é que lhe falta ainda muito que caminhar, para chegar ao lugar de encontro com eles. Neste lugar de encontro, não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos, há seres humanos que, em comunhão, buscam saber mais.

Para Gadotti (2011) o diálogo constitui-se em uma relação horizontal e não vertical entre as pessoas implicadas, entre as os seres em relação. Neste sentido, a relação homem-homem, homem-mulher, mulher-mulher e homem-mundo são indissociáveis.

Não há também, diálogo, se não há uma intensa fé nos seres humanos. Fé no seu poder de fazer e de refazer. De criar e recriar. Fé na sua vocação de Ser Mais (FREIRE, 2011), que não é privilégio de alguns eleitos, mas direitos dos seres humanos.

A fé nos seres humanos é um dado a priori do diálogo. Por isto, existe antes mesmo de que ele se instale. O ser humano dialógico tem fé nos seres humanos antes de encontrar-se frente a frente com eles. Esta, contudo, não é uma ingênua fé. O ser humano dialógico, que é crítico, sabe que, se o poder de fazer, de criar, de transformar, é um poder dos seres humanos, sabe também que podem eles, em situação concreta, alienados, ter este poder prejudicado.

Esta possibilidade, porém, em lugar de matar no ser humano dialógico a sua fé nos seres humanos, aparece a ele, pelo contrário, como um desafio ao qual tem de responder. Está convencido de que este poder de fazer e transformar, mesmo que negado em situações concretas, tende a renascer. Pode renascer. Pode constituir-se. Não gratuitamente, mas *na* e *pela* luta por sua libertação. Com a instalação do trabalho não mais escravo, mas livre, que confere alegria de viver.

Sem esta fé nos seres humanos, o diálogo é uma farsa. Transforma-se, na melhor das hipóteses, em manipulação gentilmente paternalista.

Ao fundar-se no amor, na humildade, na fé nos seres humanos, o diálogo se faz uma realização horizontal, em que a confiança de um pólo no outro é conseqüência óbvia. Seria uma contradição se, amoroso, humilde e cheio de fé, o diálogo não provocasse este clima de confiança entre seus sujeitos. Por isto inexistente esta confiança na “antidialogicidade” da concepção “bancária” da educação (FREIRE, 1987).

Se a fé nos seres humanos é um dado a priori do diálogo, a confiança se instaura com ele. A confiança vai fazendo os sujeitos dialógicos cada vez mais companheiros na pronúncia do mundo. Se falha esta confiança, é que falharam as condições discutidas anteriormente.

Se o diálogo é o encontro dos seres humanos para o que Paulo Freire classificou como nossa vocação natural, o “Ser-Mais”, não pode desfazer-se na desesperança. Se os sujeitos do diálogo nada esperam do seu que fazer, já não pode haver diálogo. O seu encontro é vazio e estéril. É burocrático e fastidioso (FREIRE, 2011).

O diálogo é um instrumento constituinte de qualquer perspectiva educativa emancipatória que parte do ponto de vista do oprimido na direção da construção de uma sociedade democrática. Para Freire, uma sociedade democrática só poderá ser construída como resultado da luta das camadas populares, sendo estas as únicas capazes de operar mudanças, tendo em vista que às elites não interessa oferecer as bases para reformas nessa direção (FREIRE, 1987).

Paulo Freire defende ser possível engajar toda e qualquer tipo de ação educativa em processos de conscientização e movimento das massas, por isso desenvolve o conceito de “consciência transitiva crítica” (FREIRE, 1987), entendida como a consciência articulada à práxis. Essa consciência que é simultaneamente desafiadora e transformadora só é atingida por meio da utilização de instrumentos imprescindíveis como o diálogo crítico, a fala e a convivência (GADOTTI, 2011)

A concepção de diálogo anterior a OC assemelhava-se ao diálogo vertical proposto pelas elites, tão constantemente reproduzido em práticas de Educação em Saúde, que na realidade não pode ser entendido como diálogo, pois impossibilita as manifestações das pessoas. Aos profissionais de saúde cabe apenas escutar e obedecer, como foi exemplificado em outro tema, no qual os profissionais de saúde afirmaram que antes da Capacitação em Ouvidoria Coletiva estavam cansados de participarem de capacitações que utilizaram sempre o mesmo método: projeção de filme seguida de palestra. O tempo utilizado nessas duas atividades era tão longo que freqüentemente não sobrava tempo nem para que os profissionais de saúde expusessem as suas dúvidas. Tais atitudes são reproduções de modelos de reflexão teórica em Educação e Saúde que não consideram o protagonismo dos sujeitos cognoscentes na construção de seus conhecimentos.

Segundo Merchán-Hamann (1999), as falhas dos modelos de reflexão teórica sobre a educação e saúde são decorrentes dos seguintes fatores: 1) enfoque individualista, convertendo os sujeitos em entidades alienadas de seu contexto social; 2) diferenças do poder material e simbólico entre as figuras do educador e do educando, gerando um processo educativo nesses moldes

unidirecionais, tornando a comunidade passiva, como objeto e alvo de intervenções nas quais não toma parte; 3) visão institucional dos sujeitos sociais como entidades carentes de subjetividade própria; 4) falta de preocupação com o ambiente macrossocial, compreendendo tanto as estruturas objetivas e as relações materiais derivadas dos processos econômicos e sociais, quanto as estruturas simbólicas construídas pela cultura; 5) dissociação dos processos afetivos e cognitivos. O autor propõe assim, práticas de educação e saúde que incorporem, ao mesmo tempo, o reconhecimento da dignidade e integridade das pessoas envolvidas no processo educativo, bem como a construção de bases democráticas e igualitárias de comunicação nas atividades pedagógicas.

Um aspecto identificado nos discursos dos profissionais de saúde, em especial nos agentes comunitários de saúde é a elevação da sua auto-estima, quando podem dialogar horizontalmente com outras categorias profissionais. Por meio de conversas informais, o posicionamento da pesquisadora, por vezes contribuiu para constranger os gestores municipais e ajudá-los a contestar posturas autoritárias, tanto de membros das suas equipes, quanto de gestores municipais. Por outro lado, a presença da autora da tese contribuiu para que os profissionais de saúde pudessem contestar situações identificadas como problemáticas no município.

Os estranhamentos relatados pelos profissionais de saúde durante a convivência com formas dialógicas horizontais contribuíram para o desenvolvimento da sua consciência crítica, na medida em que esses profissionais compararam o nosso processo com outros processos formativos de trabalhadores do SUS (FREIRE, 1987). Tais estranhamentos se deram em função da diferença entre as capacitações e outros processos formativos dos quais os profissionais da Estratégia de Saúde da Família participam.

Segundo Ana Maria Freire (2011) a criticidade deve ser incentivada, mas buscar uma consciência crítica, não é um caminho fácil, já que processo de aprendizagem não é indolor, mas o descobrimento do saber é uma imensa alegria. A autora compara o descobrimento do saber com o processo humano de começar a caminhar onde se pode perceber claramente a alegria no rosto do novo caminhante.

Para se chegar à consciência crítica faz-se necessário a superação da consciência ingênua. Superação essa conquistada por meio de um longo percurso no qual o sujeito cognoscente rejeita a hospedagem do opressor dentro de si, que faz com que ele se considere ignorante e incapaz. É o caminho de sua auto-afirmação enquanto sujeito (GADOTTI, 2011). Práticas dialógicas como a Ouvidoria Coletiva que provocam os participantes a compartilharem seus conhecimentos e os vêem serem valorizados, considerados como legítimos, trazem processos de auto-libertação, cuja observação participante dos fóruns pode ser vista com o passar do tempo. Esse diálogo auto-constitutor nutre-se de virtudes dos profissionais-facilitadores como: amor, humildade, esperança, fé e confiança. Paulo Freire retoma essas características contextualizando-as com novas formulações em muitos trabalhos posteriores a obra que inaugura a sua epistemologia, a Pedagogia do Oprimido (1987).

A Ouvidoria Coletiva desde a sua capacitação foi ao encontro da epistemologia freiriana que insiste na importância de serem experimentadas novas formas de diálogo e no desenvolvimento das virtudes elencadas acima: "é preciso ter coragem de nos experimentarmos democraticamente (...) as virtudes não vêm do céu nem se transmitem intelectualmente, porque as virtudes são encarnadas na práxis ou não (GADOTTI, 2011).

Do amor, da humildade, da esperança, da fé e da confiança no ser humano, nascem outra virtude, considerada prioritária ao diálogo que consiste no respeito aos educandos como indivíduos, mas também como vocalizadores de uma prática social.

Mais do que um instrumento o diálogo constitui-se em uma exigência existencial possibilitadora da comunicação e cria condições para que seja ultrapassado o imediatamente vivido, suas "situações-limite" (GADOTTI, 2011). Ao fazer essa ultrapassagem os sujeitos cognoscentes podem chegar a uma visão mais ampla dos temas geradores e da apreensão das suas contradições até o final do desenvolvimento de cada tema escolhido para ser problematizado durante os fóruns de Ouvidoria Coletiva. Um exemplo foi o conhecimento adquirido sobre Centros de Tratamento de Resíduos, o CTR de Pachecos e os limites à participação. Outro exemplo foi o desenvolvimento de um processo

inédito de construção e ação coletiva exitosa a partir da problematização da rodovia RJ 114 em Pachecos.

Paulo Freire juntamente com Sérgio Guimarães refere-se ao diálogo como categoria para além de um método e sim como uma estratégia para respeitar o saber do educando. Apesar de diferentes os saberes não possuem valor diferenciado no processo de ensino-aprendizagem. Não é só necessário que as diferenças sejam respeitadas, são riquezas fundamentais da humanidade, base de uma filosofia do diálogo (FREIRE *et al*, 1995).

5.5. Participação e a aprendizagem por meio da Ouvidoria Coletiva

A palavra participação é uma junção de “tomar parte na ação”. A participação como desafio foi possibilitada por meio da Escuta Sensível que promoveu o diálogo respeitoso entre os participantes do processo. A participação institucionalizada tem sido apresentada como alternativa à fragmentação de interesses vigente na sociedade, sem se apresentar de fato como uma forma de democracia participativa. Em geral a participação tem um caráter setorial e de cunho consultivo. As audiências públicas, onde estudos são apresentados e discutidos não encaminham nenhum mecanismo para a participação no processo decisório. Por isso assumem o papel de uma abertura à sociedade civil meramente formal. Superar essa limitação é um desafio para formas de produção de conhecimento de caráter participativo.

Há duas formas de participação popular na gestão do SUS, pela Lei 8.142: os Conselhos e as Conferências de Saúde, de forma que a população possa interferir defendendo os interesses da coletividade para que estes sejam atendidos pelas ações do Governo. A participação popular, no entanto, não se restringe à atuação nos conselhos e conferências de saúde, ela pode e deve ir além desta esfera, por meio de movimentos populares organizados e da instância de ouvidorias.

Brandão e Streck (2006) denominam os sujeitos da pesquisa participante como co-criadores do método, o que foi possível constatar ao analisar o processo da Ouvidoria Coletiva, tendo em vista que esta propicia

uma participação mais ativa, crítica e criativa dos sujeitos envolvidos o que se constitui em uma ruptura importante com as bases positivistas da Ciência.

Atualmente coexistem diversos conceitos sobre aprendizagem, tornando difícil a composição de um elenco que contemple todos. De modo geral, classifica-se a aprendizagem como: condicionamento, aquisição de informação; mudança estável de comportamento; uso do conhecimento para a solução de problemas, construção de novas estruturas cognitivas e novos significados; revisão de modelos mentais (MOREIRA, 1999); uma ação construída no âmbito da subjetividade de cada pessoa, onde cada processo emergente nesta construção deriva-se de movimentos voltados à interpretação de cada dado com o qual se tem contato. Trata-se de uma interpretação pessoal da realidade, portanto o processo da aprendizagem é particular e de não repetição em cada caso. O fato de ser uma construção individual, não significa que a interação esteja à parte desse processo. Pelo contrário, diversas abordagens afirmam que a aprendizagem ocorre fundamentalmente por meio da interação em especial, com os seres humanos.

Atribui-se a Vygotsky o precursorismo nos estudos sobre como a interação social afeta os processos mentais que levam à aprendizagem. Porém, para que os estudos de Vygotsky pudessem ganhar notoriedade, fez-se necessário que diversos estudiosos da aprendizagem formulassem teorias que, o antecederam e mesmo “pavimentaram o caminho” para que este pudesse avançar.

Segundo Moreira (1999), uma teoria de aprendizagem é uma construção humana para interpretar sistematicamente essa área de conhecimento.

“Representa o ponto de vista de um autor/pesquisador sobre como interpretar o tema aprendizagem, quais as variáveis independentes, dependentes e intervenientes. Tenta explicar o que é aprendizagem e porque funciona e como funciona” (MOREIRA, 1999, p.12).

O autor afirma que o termo teorias de aprendizagem não é utilizado com muito rigor, na prática (Moreira, 1999). Diversos autores conhecidos no campo da educação como importantes para o estudo da aprendizagem não chegaram a formular teorias para tal, e sim desenvolveram estudos de processos que subjazem à aprendizagem, por isso suas contribuições são consideradas

relevantes, embora não sejam teóricos da aprendizagem no sentido estrito do termo.

Um exemplo é o da teoria de Piaget onde a aprendizagem não é um conceito central e sim o desenvolvimento cognitivo. Outro exemplo é a teoria de George Kelly, dos constructos pessoais, que acabou entrando para o rol das teorias de aprendizagem (MOREIRA, 1999).

Há muito tempo, sabe-se que há vários tipos de aprendizagem. A maior parte das teorias refere-se à aprendizagem cognitiva, - aquela que focaliza o aspecto cognitivo, o ato de conhecer (MOREIRA, 1999). Ainda há as aprendizagens afetivas e psicomotoras, que também mereceram estudos históricos como os feitos pelas abordagens behavioristas antigas e os componentes afetivos foram inicialmente estudados por Rogers e Novak (MOREIRA, 1999).

O Humanismo de Rogers torna-se um referencial relevante para o estudo de aprendizagem no processo de investigação do Doutorado da autora do presente trabalho, pois se encontra na gênese da construção epistemológica de Paulo Freire.

Antes de entrar na discussão da aprendizagem em Paulo Freire cabe ressaltar que subjaz e atravessa o seu trabalho e conseqüentemente a sua obra, - sua utopia, assim resumida por Bauer:

“para Paulo Freire o compromisso político e histórico da construção de uma sociedade plenamente humanizada, de cooperação e paz entre os povos, que não suportam a competitividade e a agressividade inseqüente que o mundo liberal produz” (BAUER, 2008, p.10).

Para Freire a aprendizagem ocorre mutuamente por meio do diálogo entre o educador e o educando. Para ele, a aprendizagem se dá nas interlocuções, interações e trocas. Neste sentido, a aprendizagem é um processo contínuo, pois o ser humano é visto como um ser inconcluso e sempre aberto para desvendar novos saberes advindos das reflexões sobre a experiência.

O ato de conhecer, segundo Freire (1981), envolve um movimento dialético que vai da ação à reflexão sobre ela e desta a uma nova ação; “para o

educando conhecer o que antes não conhecia, deve engajar-se num autêntico processo de abstração por meio do qual reflete sobre a totalidade “ação-objeto”, ou, em outras palavras, sobre formas de orientação no mundo” (p.50).

O conhecimento do aprendiz se constrói na medida em que este se debruça sobre a reflexão crítica acerca do mundo, onde aprender a “ler o mundo” é o mais importante. Para tal, é necessário um processo de problematização, ou seja transformar o aparentemente dado em uma questão, desnaturalizar o mundo e correlacioná-lo com processos humanamente criados. Para Freire, todo problema requer contextualização e a problematização torna a aprendizagem autêntica, propiciando o domínio do conhecimento de forma efetiva. Ele não pode ser analisado de modo parcial, isoladamente, mas numa perspectiva global, relacionando-se o aspecto em questão com o contexto no qual acontece. A conscientização possibilita ao ser cognoscente inserir-se no processo histórico; reconhecer que o homem faz a história e que é capaz de mudar o seu rumo.

Para Freire (1980), a conscientização produz a desmitologização, ou seja, propicia ao educando reconhecer os mitos que camuflam a realidade social para melhor decifrá-la. Um exemplo do processo da Ouvidoria Coletiva em Pachecos foi a já referida crença de que nenhum movimento popular no bairro poderia ser bem sucedido. O processo mostrou que a criação de um espaço de diálogo com um método organizado para a problematização, identificação de respostas comunitárias e a elaboração de propostas, mostrou que a realidade pode ser modificada.

A conscientização acontece quando se ultrapassa a simples apreensão do fato, para analisá-lo de forma crítica. Quando permite aflorar sua consciência racional o homem passa a orientar suas ações pelo pensamento, por meio da lógica. Dessa forma, educar pela conscientização significa possibilitar ao educando avançar na sua busca de plenitude na condição humana.

Fazer do ato educacional um processo dialético no qual o educando constrói o conhecimento a partir do contexto, fundindo aprendizagem e experiência social numa aventura de aquisição da liberdade (FREIRE, 2001).

Na Ouvidoria Coletiva a identificação de situações-limite para a vida e saúde da população do território, ou seja, "busca de outras razões" é desempenhado por diversos processos educativos. Esses processos, em sua própria essência, são político-educativos enquanto construtores de outras hegemonias (micro-hegemonias, talvez), e profundamente pedagógicos – na medida em que se constituem em ensino-aprendizagem "do outro" e "do diferente" por meio do diálogo, na criação de uma sociedade mais justa e mais plural (SCOCUGLIA, 1999).

5.6. A humanização com o profissional de saúde

*“Miséria do homem: somente os humanos podem ser desumanos.
Grandeza do homem: somente eles podem – e devem – tornar-se humanos”
(André Comte-Sponville)*

Alguns profissionais de saúde admitiram que antes da OC, reclamavam por terem que escutar a população, sem nada poderem fazer para solucionar os problemas.

Confessaram também que quando eram chamados para capacitações ficavam preocupados, pois o histórico das capacitações das quais participaram não os entusiasma. Uma primeira questão colocada diz respeito a não-remuneração do transporte. Os ACS não têm direito a auxílio transporte, pois trabalham na comunidade em que residem. Em caso de convites para capacitação, os ACS arcam com o custo das passagens, que em Itaboraí não são baratas, como também arcam com lanches e/ou almoço que geralmente não são oferecidos. Outro fator levantado é o de que há capacitações que são repetitivas, maçantes, onde os profissionais de saúde só escutavam e não eram escutados, por isso lhes causou estranhamento também a possibilidade de se expressarem livremente.

Tais ocasiões são geradoras de sentimentos como humilhação e sofrimento com as atitudes “desumanas” dos promotores dessas atividades, geradas pelo não reconhecimento do outro. Tal atitude revela-se indutora de

um sentimento dos participantes, em especial dos agentes comunitários de saúde a estar limitados a “serem-menos”.

Com sua cidadania negada cotidianamente, durante a Ouvidoria Coletiva, esses ACS, moradores de bairros populares e comunidades, foram convidados a refletirem sobre questões como essa desnaturalizando o que parece predominar na sociedade. São situações como essa, que mesmo não impedindo algumas de sonhar, vêm dificultando para a maioria a concretização do Ser Mais (FREIRE, 2002).

Ser mais é uma expressão que é encontrada em diversas obras de Paulo Freire. Em Freire (2002) Ser mais se relaciona como o processo de libertação e humanização dos homens e das mulheres que ocorre com a reflexão e o diálogo sobre o mundo e sua transformação. Nessa perspectiva, é papel do educador e da educadora assumir a sua responsabilidade com a ontologia dos homens que é *Ser Mais*. Para isso, o diálogo intersubjetivo é um princípio ético importante, pois, não aliena as pessoas e a busca da verdade, do Ser Mais é alcançada quando articulada à reflexão (FREIRE, 2002).

Em relação ao nosso caso em especial, os aprendizados relatados foram muitos. Incorporaram ao próprio trabalho uma nova forma de enxergar as pessoas. A metodologia da capacitação em si, também recebeu destaque nas falas dos profissionais. Muito impressionou o caráter participativo da capacitação. Puderam falar sobre seu trabalho nas unidades, sobre suas dificuldades e sobre temas que eram fonte de sua inquietação cotidiana.

Outros aspectos da capacitação lembrados com entusiasmo e saudade, foram os exercícios tais como: desafios cooperativos; de concentração; de visualização criativa, respiração, de Terapia Comunitária Temática; entre outros.

Ressaltaram que sempre comparecem com a expectativa de poder “levar algo novo para o trabalho”, isto é, algo que possa melhorá-lo.

Classificaram essa capacitação como tendo sido diferente das outras, como relatou uma agente comunitária de saúde, como já estando “cansados de ouvir”, pois a capacitação trazia em si processos que “integravam a gente não só como um Agente de Saúde, mas como cidadão, que algum tempo viveu aquela realidade e agora a gente estava do outro lado, que era servindo

àquelas pessoas, mas ainda com muita dificuldade de poder dar o suporte que elas precisavam.”

O clima de descontração, as dinâmicas e o poder falar de si e da sua comunidade na capacitação também foram identificados como inéditos.

Perceberam também a opção pedagógica feita, na qual o módulo inicial sensibilizou, buscou emocionar, concentrar, sempre envolvendo temas da capacitação.

Os resultados da Observação Participante somados aos discursos dos profissionais de saúde apontam para a necessidade de as propostas de formação e capacitação dirigidas a eles serem gestadas em consonância com a perspectiva de Humanização que se pode identificar na Epistemologia Freireana.

Cabe ressaltar a importância do resgate de princípios da Humanização em Freire como: a luta contra a opressão que esmaga; o compromisso com o mundo e com a história; o “Quefazer” que não se dicotomiza da reflexão; o respeito à inconclusão humana; a utilização da ciência e tecnologia como aliados para melhor instrumentalizar a luta; o debate cada vez mais necessário em toda a sociedade sobre as contradições entre discursos e práticas. Tais princípios convocam a prática da Cidadania, da Ética e da Solidariedade nas relações entre os seres humanos e deles com o ambiente (GADOTTI, 1996, p.8).

Tendo em vista esses princípios, os profissionais envolvidos com educação e saúde precisam ser incentivados a desenvolver em seu trabalho uma educação transformadora e libertária, a que Paulo Freire chamava de 'permanente inédito e viável', dirigida a todas as pessoas indistintamente, mantendo a sua vocação popular, em consonância com a perspectiva do protagonismo nas lutas pelo acesso aos direitos que lhes são historicamente negados.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Ninguém educa ninguém. Ninguém se educa a si mesmo. Os homens se educam entre si mediatizados pelo mundo. Ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho - os homens se libertam em comunhão.”

(Paulo Freire)

A conjugação de prática social e de pesquisa na Ouvidoria Coletiva reafirma o compromisso de diálogo e problematização de conceitos e noções dos participantes num processo de construção de autonomia do saber no campo da saúde e de condições de vida a partir das discussões acerca de temas eleitos como prioritários em cada localidade (SOUSA SANTOS, 2007). Como um processo que incorpora elementos da metodologia da pesquisa participante, a Ouvidoria Coletiva em Pachecos sofreu variações, evoluiu e se transformou segundo “as condições políticas locais e a correlação de forças sociais em conflito velado ou aberto” (BRANDÃO, 1999, p.142), como foi o caso da mudança de tema prioritário para o grupo onde a problematização do Centro de Tratamento de Resíduos no bairro foi substituída pela discussão da quantidade de acidentes na rodovia RJ114 que corta Pachecos.

A experiência demonstrou que a problematização de um tema facilitou a ação política e simultaneamente, esse processo construiu novos conhecimentos sobre o bairro, seus maiores problemas, a descoberta de potencialidades de organização e mobilização e sobre a importância dos profissionais de saúde aprenderem com esse processo, o que pode ser considerado como uma contribuição da pesquisa para o conhecimento científico.

A Ouvidoria Coletiva deve ser entendida como um método de Pesquisa Participante uma vez que se trata “de uma atividade educativa, de investigação e de ação social” (BRANDÃO, 1999, p.169).

A Ouvidoria Coletiva também se constitui em um processo de educação não formal. Desde a década de 1980, se reconhece que a descoberta coletiva de outras dimensões da realidade social, por meio de processos participativos, de lutas, possuem um caráter educativo para os participantes, “para aqueles

que eram alvo dos protestos e demandas e para a sociedade em geral” (GOHN, 2010).

Nesse sentido, se por um lado a OC expressa uma das formas mais adequadas de construção partilhada do conhecimento em saúde, como assinalado anteriormente, por outro lado, analisando seu aspecto político, importa reconhecer que se trata de uma “metodologia de consenso”, mas aproximando-se do que Brandão chama de “metodologia da contradição” baseando-se nos postulados da teoria do conflito, utilizada para analisar realidades sociais problemáticas, como o caso do narcotráfico na Colômbia (BRANDÃO, 1999, p.151).

Esse caráter predominantemente voltado para o diálogo e a tomada de decisões em consenso, da Ouvidoria Coletiva traz em si um potencial facilitador para a sua incorporação no processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família, bem como em outros setores do Sistema Único de Saúde podendo ser adaptada para ser utilizada pela sociedade civil, em geral.

A frase tão conhecida e repetida de Paulo Freire também se aplica ao processo de desenvolvimento da presente investigação. Esta se iniciou a partir do desafio de averiguar o potencial formador da Ouvidoria Coletiva dos profissionais de saúde, por meio desta participação.

Os resultados da presente investigação reforçam o pressuposto de que o diálogo entre os profissionais de saúde da ESF, com lideranças comunitárias, religiosas e outros profissionais inseridos nas localidades vocaliza situações vividas pela população mais pobre que na maioria das vezes não chega aos serviços de saúde, devido à precariedade das suas condições de vida. Além disso, amplia a compreensão dessas situações, uma vez que incorpora a visão de diferentes atores sociais. Trata-se, portanto, de um processo de educação não-formal daqueles profissionais.

Outro achado da investigação é o de que o aspecto fundante das chamadas metodologias participativas, e que fica reforçado, a exemplo da Ouvidoria Coletiva, podem contribuir de maneira particular para a análise das

realidades nos territórios, sobre a saúde pública e a saúde ambiental e urbana, o que permite aos gestores em cada nível de governo, adotarem simultaneamente medidas de caráter antecipatório e de mitigação dos impactos previstos em cenários de curto e médio prazos.

Ao me deparar com a situação de Itaboraí a partir de 2009, demorei a conseguir me situar nesse novo e adverso cenário, mas, após encontrar o caminho, não só pude estabelecer novamente o campo de investigação, como contribuir de diferentes formas com a atuação dos profissionais de saúde.

A crise na prefeitura recém-empossada era permanente, tomando aspecto mais agudo na saúde. A constante troca de secretários municipais de saúde e conseqüentemente de subsecretários e coordenações de saúde da família entre outras, foi uma constante. O Secretário que ficou mais tempo, foi em torno de seis meses e o que permaneceu menos tempo, ficou apenas um mês.

A “dança das cadeiras” da saúde em Itaboraí implicou situações na Coordenação da Saúde da Família no mínimo curiosas. Assumiram três enfermeiras do município de Duque de Caxias, com experiências em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. Depois de tantas outras nomeações do gênero, por pressão da Associação de Agentes Comunitários de Itaboraí assumiu uma comissão de quatro agentes comunitários de saúde que não entendiam da gestão do sistema e nem tinham espaço político para caminharem.

Todas as vezes que assumiam novas equipes, eu ia com o relatório da Capacitação em OC e reafirmava o compromisso da Fiocruz em dar continuidade ao trabalho. Era um trabalho hercúleo reiniciar todas as negociações, tornando todo o processo extremamente cansativo. E todas as vezes que saíam levavam o relatório e eu tinha que começar tudo novamente. Situação agravada pela confusão em toda a prefeitura, pois o prefeito e seus aliados passaram os anos de mandato tentando livrá-lo da cassação por improbidade administrativa, na qual o caso em questão era o recebimento de recursos para construção de uma creche que nunca saiu do papel e a prestação de contas que nunca foi realizada. Edgard Morin afirma que “as crises agravam as incertezas, favorecem os questionamentos; podem estimular

a busca de novas soluções (...) são, portanto, profundamente ambivalentes” (MORIN, 2013,p.9).

Como forma de não perder o contato com Itaboraí e contribuir para o trabalho dos profissionais de saúde, cada vez mais desesperados, convidei técnicos do nível central da secretaria e profissionais de saúde das unidades que me pareciam terem mais se destacado na condução dos fóruns de OC. Formamos uma comissão e começamos a discutir mensalmente, a partir de meados de 2009, como poderíamos contar essa história e tê-la publicada e em mãos dos diversos atores sociais envolvidos.

Tais momentos de encontro para a discussão da publicação tornaram-se depositários de esperanças e da confiança de que eles não estavam tão sozinhos em Itaboraí, a Fiocruz, na minha pessoa, ajudava-os a refletir sobre o momento, escutando com respeito os desabaços, os detalhes das atuações de gestores e profissionais de saúde nas unidades e fazendo perguntas próprias de quem está de fora tentando entender peculiaridades da conjuntura municipal.

Nesse processo, a realização dos grupos focais foi fundamental, pois eles revelaram o que realmente para eles se constituíram diferenciais da Capacitação em OC de outras capacitações das quais já haviam participado.

Do ponto de vista da análise dos discursos expressos nos grupos focais acerca da Capacitação, uma possível explicação acerca da sua valorização e o reconhecimento das conquistas advindas da OC, pode ter sido aumentada pela crise na saúde que se seguiu pelos próximos quatro anos.

A análise da presente investigação em Itaboraí aponta para a necessidade de realização posterior de um estudo comparativo, no qual possam ser identificadas as percepções dos profissionais de saúde acerca da referida Capacitação em outro contexto municipal. Os discursos proferidos nos grupos demonstram que as técnicas utilizadas transcenderam os momentos de capacitação e foram utilizadas pelos profissionais de saúde pessoal e coletivamente em momentos de stress, insegurança e desespero. Por este motivo, os discursos ganham maior legitimidade ainda, pois os profissionais de saúde, em especial os agentes comunitários de saúde, praticaram as técnicas aprendidas na Capacitação mais vezes do que o esperado e em momentos especialmente difíceis das suas vidas profissionais e pessoais. Como o

exemplo dado por profissionais de uma Unidade de Saúde que, quando a Unidade estava sem médicos e enfermeiro e apenas os agentes comunitários de saúde permaneceram. A população que buscava atendimento e não encontrava protestava de diversas formas. A sensação de impotência, os desentendimentos e todo o stress dos profissionais fez com que criassem uma escala durante o horário de trabalho na qual se revezavam para utilizar o banheiro para fazerem os exercícios de concentração e de respiração ensinados durante a Capacitação em Ouvidoria Coletiva.

Outro exemplo surgido nos grupos focais, foram as afirmações de modificação na maneira de lidar com a família, no que tange à diminuição do autoritarismo com os filhos e o aumento do diálogo. Alguns promoveram reuniões para discussão de assuntos pela primeira vez e outros passaram a aproveitar os horários de refeições em família para dialogarem.

Nesses grupos focais e da observação participante durante diversos momentos de convivência com os profissionais de saúde de Itaboraí, encontrei evidências para afirmar que os caminhos/métodos escolhidos, como também a postura adotada de formação *com* e de serviço a uma causa maior e não de “autoridade acadêmica da Fiocruz”, trouxe uma noção maior de valorização dos profissionais, pois um ator externo, no caso, a Fiocruz, estava ali junto com eles.

Pode-se imaginar que intimamente possa ter sido construída uma nova elaboração tal como: “Se um ator desse peso para a saúde me valoriza, então eu tenho mesmo valor”.

Após muitas substituições a Coordenadora de Saúde da Família da gestão anterior, Rosangela Martins Gomes assumiu novamente o cargo e após os primeiros meses em que teve de lidar com as situações emergenciais como falta de médicos e medicamentos, conversou com as unidades de saúde que se destacaram no período anterior sobre a retomada dos fóruns de Ouvidoria Coletiva.

Cada uma das coordenações das equipes encontrava-se em momentos considerados desfavoráveis ao retorno. Por isso é que a coordenadora da ESF sugeriu uma Unidade de Saúde diferente das que se destacaram, a de Pachecos, em cujo território conjugam-se vários problemas e ameaças à saúde e à vida de seus moradores.

A prática da Ouvidoria Coletiva em Pachecos ratificou a importância fundamental do “ouvir” para o “cuidar” e da potencialidade que se adquire quando se está em grupo para a solução dos problemas das comunidades. Esta experiência aponta para resultados no campo da articulação de saberes, mas também no âmbito da construção de outra maneira de formular e implementar políticas públicas, na direção do aumento progressivo do protagonismo local.

A conjugação de prática social e de pesquisa na Ouvidoria Coletiva reafirma o compromisso de diálogo e problematização de conceitos e noções dos participantes num processo de construção de autonomia do saber no campo da saúde e das condições de vida a partir das discussões acerca de temas eleitos como prioritários em cada localidade.

Ratificamos a percepção da importância do desenvolvimento da Ouvidoria como processo educativo de modo que as coordenações dos fóruns possam estar mais bem preparadas para fomentar a reflexão e as emoções dos profissionais de saúde e de outros participantes, de modo a expressar o que percebem e sentem; que se sintam desafiadas, incomodadas, indignadas (no sentido freireano) pela falta de mobilização pessoal e coletiva.

A Ouvidoria Coletiva permite fazer convergir para o sistema de saúde e acolher tanto aqueles problemas de saúde como as tentativas ou trajetórias seguidas pelos usuários para resolvê-los, comumente não percebidos pelos profissionais de saúde.

Outra contribuição consiste na atuação dos representantes comunitários que, como porta-vozes dos usuários, passam a participar das reflexões acerca do planejamento do próprio serviço de saúde, inclusive de atividades educativas junto à população.

A Observação Participante experienciada pela convivência com os profissionais de saúde em Itaboraí e moradores trouxe um dado interessante que foi o confundimento do termo Ouvidoria Coletiva com as Ouvidorias tradicionais no SUS, ou seja, um lugar para se reclamar e para chamar a atenção do profissional de saúde alvo da reclamação. Aliado a isso a, surgiu uma Portaria em 2006 que autoriza as empresas de pequeno porte a se juntarem para constituírem uma Ouvidoria Coletiva. Imediatamente um grupo

de consultores se pôs no mercado a oferecer seus serviços para ajudarem as empresas a montarem suas Ouvidorias Coletivas e hoje em dia há por exemplo, Facebook, Twitter, Sites com a Ouvidoria Coletiva como proteção para as compras pela internet.

Esses dois fatores nos impeliram a propor modificação no nome do processo, bem como o fato de que o que ele se transformou em Itaboraí guarda elementos da proposta inicial, mas se tornou muito diferente e mais amplo quando havia sido concebida. Portanto, este processo passa a se chamar **“Ouvidoria Comunitária em Saúde”**.

Outro achado da Observação Participante foi o estranhamento de lideranças comunitárias e religiosas ao serem convidadas para participarem do Fórum de Ouvidoria Coletiva. O termo Fórum parece-nos muito popular, mas saindo das capitais os fóruns conhecidos são os de justiça que se alia a palavra Ouvidoria, provocou perguntas como “o que eu fiz? Porque estão me chamando para o Fórum?” ou “Não sabia que tinha um Fórum no meu bairro agora. A Justiça está aqui porque?”. Neste sentido, para facilitar a compreensão, acredito que tratar esse momento de encontro como um *“Encontro de Diálogos”* da “Ouvidoria Comunitária em Saúde” pode evitar gerar tais resistências iniciais e explicar que é parte do processo de trabalho dos profissionais de saúde facilitar esse tipo de processo.

Na Ouvidoria Coletiva a articulação de diferentes grupos possibilita a reflexão sobre práticas educativas, sociais e de saúde. Nesse novo campo de conhecimento, multiplicam-se os desafios para melhor compreender as práticas de saúde e as práticas educativas.

Os resultados desta investigação apontam que a repercussão do processo de capacitação para a atuação dos profissionais de saúde, em especial dos agentes comunitários de saúde foi maior do que a esperada, mesmo tendo sido interrompida a continuidade dos fóruns. Para os profissionais de saúde os conteúdos da capacitação tinham significado não só para a sua prática profissional, como também para a sua vida. Segundo Gadotti, o que aprendemos tem que “significar”, para “apreendermos” (GADOTTI, 2008, p.60). Para ele, “é o sujeito que aprende através de sua

experiência (...) é no coletivo que se aprende” (GADOTTI, 2008, p.62), em diálogo com a realidade.

A nossa presença durante todo o período de 2008 a 2010, mesmo com a descontinuidade da realização dos fóruns, demonstrou uma disposição para cooperação, segundo os relatos dos profissionais de saúde. Achavam que não estavam sós na luta, sentimentos traduzidos em expressões como: *“luz prá gente”* ou *“tivemos um pouco de esperança, esperança de ver as coisas melhorarem”*, entre outras afirmações.

Chama à atenção a importância que esse processo de acompanhamento da realidade dos profissionais e suas dificuldades junto com a população quando é ressaltada a *“força”* que a esperança traz, principalmente para os agentes comunitários de saúde. Ressaltam o quanto o seu trabalho é sofrido, pois têm que lidar com uma realidade que os machuca. Nesse contexto, o papel da esperança é fundamental para que continuem acreditando que vale a pena lutar apesar das adversidades.

Mesmo depois de mais de quatro anos decorridos, todos os grupos focais apontaram para a relevância da sensibilização para a escuta que a Capacitação promoveu.

Os profissionais de saúde afirmam que não só modificaram sua relação com os cadastrados como também na vida pessoal. Alguns relataram ter modificado as suas relações familiares exercitando a escuta sensível e propiciando espaços de diálogo em casa e desenvolvendo maior paciência para lidar com o stress em momentos de dificuldade pessoal.

Outra característica da Capacitação bastante ressaltada foi a inclusão de jogos, brincadeiras, exercícios de respiração e concentração, assim como também vídeos com mensagens que reforçam a importância da cooperação. Para os profissionais, esses foram diferenciais que destacaram o trabalho da Ouvidoria Coletiva das outras capacitações das quais participaram antes e depois desta.

Tendo em vista os problemas internos de gestão das unidades de saúde, da secretaria e da prefeitura indicados nos grupos focais e identificados por meio de observação participante, percebe-se que a presença da doutoranda lá colaborou com a diminuição de seu sofrimento.

A proposta da Ouvidoria Coletiva parte desse princípio desde o seu início, tal como formulado na epígrafe do presente projeto: “quem sabe dos problemas lá no local é a população”. A consolidação da democracia no nosso país passa também pela criação e continuidade de espaços de diálogo entre o poder público e as camadas populares, já que, como sabemos, as classes dominantes nunca deixaram de dialogar com quem está no poder. A novidade é essa: a consideração das perspectivas dos atores locais de territórios empobrecidos na formulação, controle, avaliação e gestão das políticas públicas voltadas para eles. Na contramão da prática tradicional, que quando não ignora a existência dos problemas sociais, elabora políticas temporárias, sobre as quais “os interessados não foram nem consultados”, no jargão dos movimentos sociais. Os resultados da presente investigação reificam a importância de perspectivas epistêmicas qualitativas que utilizam métodos participativos, pois mostra que a atual conjuntura das relações e da ordem social segue marcada por cisões e disputas nas quais os grupos das camadas populares seguem invisibilizados em sua voz. Também aqui a obra de Vitor Valla (LIMA;VALLA 2003) adquire força e atualidade ao alertar que a população estabelece suas formas de resistência. Sendo que, a população não caminha necessariamente no sentido que as políticas públicas querem dar às ações, que ainda resiste e luta por uma vida digna.

Uma das formas de contribuir com a população durante a investigação do doutorado, foi a publicação “Por uma Itaboraí Saudável”, texto de divulgação científica escrito em linguagem popular, acessível ao público em geral, nos permitiu trazer para a discussão de uma parcela mais ampla da população de Itaboraí, questões que preocupam seus moradores, assim como seus gestores municipais, no tocante à saúde pública e condições de vida da população, com vistas à implantação de um mega empreendimento como o Comperj.

Estruturada a partir do trabalho da Ouvidoria Coletiva, realizada em 2008, com continuidade nos anos de 2009 e 2010, a publicação permitiu uma

maior visibilidade das demandas locais, a partir dos fóruns realizados pelas equipes da ESF e das entrevistas com os grupos focais. Os resultados obtidos indicaram uma ampliação do grau de interação dos vários atores locais e da capacidade de resolução dos problemas pela própria comunidade.

Humanização tem sido uma das palavras-chave para os profissionais da unidade de saúde da família quando se referem à Ouvidoria Coletiva. Segundo a equipe, após a capacitação em OC, os profissionais estavam mais preparados para lidar com a população atendida, o que, muitas vezes, a formação tradicional não oferece. As capacidades de lidar com novas situações e respeitar a história de vida de cada um foram ampliadas.

Entendemos que o principal objetivo foi alcançado, que é o de tornar pública algumas das experiências promovidas pela OC nos bairros citados, contextualizada à luz da história do município e de uma reconstituição da história da saúde pública em Itaboraí. Esperamos ter ficado clara a importância do trabalho em OC e o quanto essa metodologia de Educação Popular em Saúde pode ajudar na promoção da saúde coletiva, elevação da auto-estima da população e especialmente, para os profissionais de saúde do município, para uma melhor percepção do bairro onde trabalham, um melhor diálogo com a população atendida com importantes repercussões sobre a qualidade do trabalho desenvolvido.

A conjugação de prática social e de pesquisa na Ouvidoria Coletiva reafirmou o compromisso de diálogo e problematização de conceitos e noções dos participantes num processo de construção de autonomia do saber no campo da saúde e de condições de vida⁵ a partir das discussões acerca de temas eleitos como prioritários em cada localidade.

A OC organizou simultaneamente agendas de reflexões de lutas e de identificação de soluções e potencialidades vidas próprias comunidades, grupos e cidade envolvidas. Tal organização vem permeada por um método que contribui com os processos de aprendizagem das pessoas, pois estas precisam de procedimentos em seus trabalhos que colaborem para a sua

⁵ SOUSA SANTOS, B. Renovar a teoria crítica, São Paulo: Boitempo, 2007.

motivação para fazer diferente e melhor. Não só no sentido protocolar, mas no sentido de lhes conferir prazer no momento em que o trabalho acontece e esperança de que é possível haver mudanças para as pessoas “serem mais” (utilizando linguagem freireana).

Acreditamos que a presente investigação atingiu os seus objetivos e as descobertas já relatadas, advindas da densidade da crise municipal e das situações-limite identificadas em Pachecos, podem contribuir para o desenvolvimento de métodos semelhantes que interfiram em modificações contínuas de realidades sociais adversas.

Consideramos que a experiência da Ouvidoria Coletiva em Itaboraí, bem como as outras práticas realizadas neste período em Itaboraí, constituíram-se em marcos para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, para a população de muitos bairros onde os fóruns fizeram a diferença e bem como na vida de nós que participamos. Apesar de todas as dificuldades e aparentes retrocessos individuais e coletivos, acreditamos que a partir de agora, a nossa relação com a população não será mais como antes. Antes, nós supúnhamos que todo esse processo que se constituiu na Ouvidoria Coletiva que deu lugar à presente investigação, poderia contribuir para a democratização do SUS e para o processo de educação permanente dos profissionais de saúde em diálogo com a população. Agora, após decorridos seis anos desde o início do trabalho em Itaboraí, constatamos que de fato avançamos nesta direção.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, Naomar. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Rev. bras. epidemiol.** 2000 abr-dez;3(1-3):4-20.

ALMENDRA, Carlos Alberto da Cunha; BAIERL, Luzia Fátima. A dinâmica perversa da violência e do medo social. **Serviço Social & Sociedade**, n. 72. São Paulo: Cortez; 2002.

ALVES, Rubem. A alegria de ensinar. 8 ed. Campinas: Papyrus; 2004.

ARRUDA, Angela. Novos significados da saúde e as representações sociais. **Cad. Saúde Coletiva.** 2002;10(2):215-227.

AVILA, Maria Marlene Marques. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100037&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100037>.

BAIERL, Luzia Fátima. Medo social: da violência visível ao invisível da violência. São Paulo: Cortez; 2004.

BARBIER, René. L'ecoute sensible dans La formation des professionnels de La santé. Conference à l'Ecole Supérieure de Sciences de La Santé. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br>. Brasília, juillet, 2002. Acesso em 28 de fevereiro de 2014.

BARILLI, Elomar Cristina Vieira Castilho; PESSÔA, Luisa. A Intersetorialidade Saúde e Educação para a Construção de Escolas Promotoras de Saúde: percepções dos Profissionais Ligados ao Curso a Distância Gestão de Projetos de Investimento em Saúde. **Tempus actas de saúde coletiva**, V. 7, N. 2, 2013.

BAUER, Carlos. **Introdução Crítica ao Humanismo Dialógico de Paulo Freire**. São Paulo: Sundermann, 2008

BENEVIDES, Iracema. Viagem pelos caminhos do coração: uma abordagem em verso e prosa sobre as possibilidades e limites do Programa de Saúde da Família. **A Saúde nas Palavras e nos Gestos**. Vasconcelos E.M.(Org.). São Paulo: Hucitec; 2001.

- BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. Rio de Janeiro: Vozes. 1978. 4ª Edição; 247pp.
- BETTO, Frei. In: Freire, Paulo. **Essa Escola Chamada Vida**. 10 ed. São Paulo: Ed. Ática; 1999.
- BIANCONI, Maria Lucia; CARUSO, Francisco. Educação não-formal, **Revista Ciência e Cultura** Educação não-formal, São Paulo, nº 4, ano 57, p. 20. out-dez. 2005.
- BIENESTEIN, Regina; *et al.* O Leste Fluminense e o Comperj: atores, consensos e conflitos. Apresentado no **XIII Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional**. Florianópolis, Santa Catarina. Realizado de 25 a 29 de maio de 2009.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. 11 Ed. Petrópolis: Ed.Vozes; 1999.
- _____. **O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade**. 11 Ed. Petrópolis: Ed.Vozes; 2012.
- _____. O cuidado essencial: princípio de um novo *ethos*. **Inclusão Social**, Vol. 1, No 1 (2005) Disponível em: <http://revista.ibict.br/inclusao/index.php/inclusao/article/view/6/11>. Acesso em 02/12/2012.
- BONET, Octavio. **Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. 136 pp.
- BORGES, Moema da Silva; PINHO, Diana Lúcia Moura; SANTOS, Silvéria Maria dos. As representações sociais das parteiras tradicionais e o seu modo de cuidar. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 29, n. 79, dez. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622009000300007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-32622009000300007>.
- BRICEÑO-LEON, Roberto. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitária. **Cad. Saúde Pública**. 1996 jan. - mar.; 12:7-30.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. Participar-pesquisar. **Repensando a Pesquisa Participante**. São Paulo: Brasiliense, 1999.

_____. Palestra 2001: 40 anos de Educação Popular no Brasil e no Mundo em 6 de agosto de 2001 no Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília: 2001

BRANDÃO, Carlos Rodrigues; STRECK, Danilo Romeu (Org.). **Pesquisa Participante – o saber da partilha**. Aparecida: Idéias & Letras, 2006.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues; BORGES, Maristela Correa. Pesquisa Participante: um momento da Educação Popular. **Rev. Ed. Popular, Uberlândia**, v.6, p.51-62. Jan/dez.2007;

BRASIL. Ministério da Educação. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, 1996. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em 25 de fevereiro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012. Disponível em <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em 08 de fevereiro de 2014.

CARVALHO, Maria Alice; ACIOLI, Sonia; STOTZ, Eduardo. O processo de construção compartilhada do conhecimento uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: Vasconcellos E. **A Saúde nas Palavras e nos Gestos: reflexões da Rede Educação Popular e Saúde**. São Paulo: Hucitec; 2001.

CARVALHO, Maria Alice. In: Brasil. Construção Compartilhada do Conhecimento: análise de material educativo. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CASTRO, Priscila. **Diálogos em Saneamento e Saúde no processo de implantação do Comperj em Itaboraí**. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Promoção de Espaços Saudáveis e Sustentáveis, do Departamento de Saneamento e Saúde Ambiental, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz. 2012.

CATHO.O Ombudsman. Disponível em <http://www.catho.com.br>. Acesso em 8/01/2010.

CERQUEIRA, Teresa Cristina Siqueira. **(Con) Texto em escuta sensível**. Elane Mayara Sousa, Leonília de Souza Nunes, Maria de Fátima Guerra de Sousa, Maruza Bastos de Oliveira. Brasília: Thesaurus, 2011.

CHAUÍ; Marilena. Ideologia. In: **Filosofia**. Ed. Ática, São Paulo, ano 2000, pág. 216-219. Disponível em <http://www.odialetico.hpg.ig.com.br/filosofia/ideologia1.htm>. Acesso em 11/02/2006.

CONCREMAT ENGENHARIA. Relatório de Impacto Ambiental do Complexo Petroquímico de Itaboraí. [on line]. 2007 [capturado em 20 de dez 2007]. Disponível em: http://www.itaboraiweblis.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=1377&Itemid=86

CUNHA, Marize Bastos. **No desencontro e na fronteira: os trabalhadores sociais das favelas do Rio de Janeiro**. Tese de Doutorado. UFF: 2005.

DARON, Vanderléia Laodete Pulga. A dimensão educativa da luta por saúde no Movimento de Mulheres Camponesas e os desafios político-pedagógicos para a Educação Popular em saúde. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 29, n. 79, dez. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622009000300008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-32622009000300008>.

DELEMEAU, Jean. **Medo**. 2004. [capturado 12 fev. 2006]; Disponível em http://www.unicamp.br/unicamp/divulgacao/BDNUH/NUH_2386/NUH_2386.html.

DEMO, Pedro. **Pobreza da Pobreza**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2003.

ELIAS, Norbert. **Envolvimento e Alienação**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

FASHEH, Munir. Como erradicar o analfabetismo sem erradicar os analfabetos? **Revista Brasileira de Educação**, Mai/Jun/Jul/Ago: 157-169. 2004.

FLEURI, Reinaldo Matias. Victor Valla e a pesquisa militante. **Rev. Bras. Ed.** vol.14 no 42 Rio de Janeiro Sept./Dec. 2009.

FREIRE, Paulo. **Extensão ou Comunicação?** 3ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra; 1977.

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

_____. **Educação e Mudança.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

FREIRE, P.; GUIMARÃES, S. **Sobre Educação (Diálogos).** Vol.2. Paz e Terra, 1982 - 132 pp. FREIRE, P.; SHOR, I. Medo e ousadia: o cotidiano do professor. Trad.: Adriana Lopes. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido.** 17ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra; 1987.

FREIRE P, NOGUEIRA ADRIANO. **Que fazer: teoria e prática em Educação Popular.** Ed. Vozes: Petrópolis, 1991.

FREIRE, Paulo. **Política e educação: ensaios.** São Paulo: Cortez, 1995

_____. **Pedagogia do Oprimido.** 32.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

_____. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 2003.

_____. **Pedagogia da Tolerância.** São Paulo: Unesp. 2004.

_____. **Pedagogia da Esperança: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido.** 17ª Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, Ana Maria. Palestra **O lado intelectual e humano de Paulo Freire.** Centro de Estudos do Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz. Rio de Janeiro: 18 de março de 2011.

FREIRE, Paulo. Carta de Paulo Freire Aos Professores. **Estud. av.** , São Paulo, v.15, n.42, agosto de 2001. Disponível a partir do <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

40142001000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 de junho de 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142001000200013>.

GADOTTI, Moacir. **Pedagogia: diálogo e conflito** / Moacir Gadotti, Paulo Freire e Sérgio Guimarães. 4. ed. – São Paulo: Cortez, 1995.

_____. **Boniteza de um sonho: Ensinar-e-aprender com sentido**. São Paulo: Editora e Livraria Instituto Paulo Freire, 2008.

_____. **À prática a altura de um sonho**. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 1996. Disponível em: http://www.paulofreire.org/pub/Institu/SubInstitucional1203023491It003Ps002/A_pratica_altura_sonho_1996.pdf. Acesso em: 03 de novembro de 2011.

GEERTZ, Clifford. “Um jogo absorvente: notas sobre briga de galos Balinesa”. **A Interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1989, p. 278-321.

GUIMARAES, Maria Beatriz Lisboa; LIMA, Carla Moura; SAVI, Elaine; Cardoso, Eliane; VALLA, Victor; STOTZ, Eduardo; LACERDA, Alda; SORVI, Marta. Os impasses da pobreza absoluta: a experiência da Ouvidoria Coletiva na região da Leopoldina, Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva** (Impresso), v. 16, p. 291-300, 2011.

GOHN, Maria da Glória. **Movimentos sociais e educação**. 7ª edição. São Paulo: Cortez, 2009a. (Coleção Questões da Nossa Época, v. 5).

_____. **Educação Não Formal e o educador social**. São Paulo: Cortez: 2010.

GUIMARAES, Maria Beatriz Lisboa; LIMA, Carla Moura; SAVI, Elaine; Cardoso, Eliane; VALLA, Victor; STOTZ, Eduardo; LACERDA, Alda; SORVI, Marta. Os impasses da pobreza absoluta. In: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. (Org.). **Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa** - Trabalhos Premiados e Menções Honrosas - Resumos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007, v., p. 52-56.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1987.

HEIMANN, Luiza Sterman *et al.* **O município e a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1992

INFORME ENSP. **Ouvidoria coletiva: os impasses da saúde no contexto da pobreza** [on line]. 2006 [capturado em 18 out 2008]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.php?origem=2&matid=517>.

JARA, Oscar. **Los desafios de La Educación Popular**. Alforja: San José, Costa Rica, 1984.

KLIKSBURG, Bernardo. **Por uma economia com face mais humana**. Brasília: UNESCO; 2003.

LACERDA, Alda; GUIMARAES, Maria Beatriz Lisboa; LIMA, Carla Moura; VALLA, Victor. Os agentes comunitários de saúde evangélicos e o trabalho de atenção e cuidado à saúde que desenvolvem junto à população. In: RP; RM. (Org.). **Cuidado as fronteiras da integralidade**. 1ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2008.

LACERDA, Alda; GUIMARÃES, Maria Beatriz Lisboa; LIMA, Carla Moura; VALLA, Victor. Cuidado integral e emoções: bens simbólicos que circulam nas redes de apoio social. In: RP & RM. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 1ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007, v. , p. 249-262.

LACERDA, Alda; GUIMARÃES, Maria Beatriz Lisboa; LIMA, Carla Moura; VALLA, Victor. As redes participativas da sociedade civil no enfrentamento do s problemas saúde-doença. In: RP; Rubem Mattos. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, v. 1, p. 445-458.

LAPERRIERE, Hélène. O caso de uma comunidade avaliativa emergente: re-apropriação pelos pares-multiplicadores da apreciação de suas próprias ações preventivas contra DST/HIV/AIDS, Amazonas, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 26, set. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000300006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000300006>.

LEFÈVRE, Fernando, LEFÈVRE, Ana Maria. **Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisas qualitativas** (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS; 2003.

LIMA, Carla Moura; STOTZ, Eduardo; SEVALHO, Gil; CASTRO, Jorge; SOUZA, Rossana. Cidade Saudável e Direito à Cidade: outro mundo possível em Itaboraí. IN: Silveira, Carmen Beatriz (Org.) **Cidades Saudáveis? Alguns olhares sobre o tema**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.p. 165-187.

LIMA, Carla Moura; VALLA, Victor (org). **Religiosidade Popular e Saúde**. Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina e Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Rio de Janeiro: 2003.

LIMA, Carla Moura; VALLA, Victor. Religiosidade popular e saúde: fome de quê? IN: **Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências**. ENPEC, Bauru: 2005

LIMA, Carla Moura. **Pobreza e saúde em contextos de violência: muitos impasses e alguns caminhos**. Dissertação de Mestrado em Ensino em Biociências e Saúde. Instituto Oswaldo Cruz. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2006.

LIMA, Carla Moura (Org.). Saúde Ambiental e a perspectiva local. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2009.

LIMA, Carla Moura; STOTZ, Eduardo. Religiosidade popular na perspectiva da Educação Popular em Saúde: um estudo sobre pesquisas empíricas. **RECIIS. Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde** (Edição em português. Online), v. 4, p. 81-93, 2010.

LIMA, Carla Moura. Quantos buracos? análise de um curso de protagonismo de gênero em 14 favelas do Rio de Janeiro. **Fazendo Gênero 9: diáporas, diversidades e deslocamentos**. UFSC/ Santa Catarina. 2010.

LIMA, Carla Moura; BUENO, Leonardo Bueno (Org.). **Território, Participação Popular e Saúde: Manguinhos em debate**. 1. ed. Rio de Janeiro: , 2010. 104 p.

LIMA, Carla Moura; STOTZ, Eduardo. Ouvidoria Coletiva: uma proposta de participação e diálogo. **Tecnologias de Educação e Saúde**. Coletânea Informar e Educar em Saúde: análises e experiências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Salvador: Editora UFBA. 2011.

LIMA, Carla Moura. Apoio Social na Religiosidade Popular e a Educação Popular em Saúde. **Nós na Rede**. Boletim da Rede de Educação Popular em Saúde. N. 9. Set. p.4. 2011.

- LIMA, Carla Moura (Org.). **Por uma Itaboraí Saudável**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz. 2011. 104p.
- LIMA, Carla Moura; STOTZ, Eduardo. Religiosidade popular na perspectiva da Educação Popular em Saúde: um estudo sobre pesquisas empíricas. RECIIS. **Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde** (Edição em português. Online), v. 4, p. 81-93, 2010.
- LIMA, Carla Moura, *et al.* Vozes de quem sofre: discutindo a Saúde Ambiental na Bacia do Canal do Cunha. **Território, participação popular e saúde: Manguinhos em debate**. Lima Carla Moura; Bueno Leonardo Brasil (Org.). Rio de Janeiro: Ediouro, 2010.
- LIMA, Carla Moura; STOTZ, Eduardo; VALLA, Victor. Pobreza e violência: desafios para os profissionais de saúde. **Revista de APS**, v. 11, p. 273-284, 2008.
- LIMA, Carla Moura. **Relatório Técnico do Projeto Cidade de Deus e de Direitos**. IBASE: Rio de Janeiro. 2007.
- LOMBARDI, José Claudinei. Apresentação. In: Lombardi JC, Saviani D. **Marxismo e Educação: debates contemporâneos**. Campinas: Autores Associados, HISTEDBR, 2005.
- MARTELETO, Regina Maria. Análise de redes sociais - aplicação nos estudos de transferência de informação. In: **Ciência da Informação**. v.30, n.1, p.71-81, jan./abr. 2001.
- MARTELETO, Regina Maria; VALLA, Victor. Informação e Educação Popular - o conhecimento social no campo da saúde. **Perspect. ciênc. inf.** Belo Horizonte, n. especial, p 8-21, jul/dez: 8-21. 2003.
- MENDES, Jairo Faria. Ombudsman: ouvindo e resolvendo. Disponível em <http://www.ombudsmaneoleitor.jor.br/quee.htm>. Acesso em 08/01/2010a.
- MENDES, Jairo Faria. O que é Ombudsman? Disponível em <http://www.ombudsmaneoleitor.jor.br/quee.htm>. Acesso em 08/08/2010b.
- MERCHÁN-HAMANN, Eloisa. Os ensinamentos da educação para a saúde na prevenção de HIV-Aids: subsídios teóricos para a construção de uma práxis integral. **Cad. Saúde Pública** 1999; 15(supl. 2): 85-92.
- MOREIRA, Maria Cristina. A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República. **Hist. ciênc. saude-Manguinhos**, nov. 1998/fev. 1999, vol.5, no.3, p.621-645.

MORIN, Edgard; VIVERET, Patrick. **Como viver em tempo de crise?** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2013.

OLIVEIRA, Maria Waldenez de. Pesquisa e trabalho profissional como espaços e processos de humanização e de comunhão criadora. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 29, n. 79, dez. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622009000300002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-32622009000300002>.

PINTO, Elaine. Palestra proferida no **Seminário “Ouvidoria: um instrumento de participação cidadã”** em 23 de maio de 2005, na Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

PORTAL ODM - **Acompanhamento Municipal dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. Relatórios Dinâmicos: Indicadores Municipais. Disponível em: www.portalodm.com.br. Acesso em 18 de novembro de 2010.

ROMANO, Roberto. Medo! Revista Espaço Acadêmico. Ano II, n. 18, novembro de 2002. Disponível em <http://www.espacoacademico.com.br/018/18polemica.htm>. Acesso em 12/02/09.

ROMÃO, José Eustáquio; CABRAL, Ivone Evangelista; CARRÃO, Eduardo Vítor de Miranda; COELHO, Edgar Pereira. Círculo epistemológico círculo de cultura como metodologia de pesquisa. **Educação & Linguagem**, ano 9, n. 13, jan-jun. São Bernardo do Campo, SP: UMESP, 2006.

SANTOS, Angela Moulin Penalva. Descentralização e autonomia financeira municipal: a perspectiva das cidades médias. **Indicadores Econômicos FEE**, Porto Alegre, 32(3): 101-126, 2004.

SANTIAGO, Ana Rosa Fontella. Pedagogia Crítica e Educação Emancipatória na Escola Pública: um diálogo entre Paulo Freire e Boaventura Santos. IX ANPED SUL. Seminário de Pesquisa em Educação, 2012. Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/225/217>. Acesso em 23 de fevereiro de 2014.

SCOCUGLIA, Afonso Celso. **História das idéias de Paulo Freire e a atual crise de paradigmas**. João Pessoa: Editora Universitária – UFPB; 1999.

SILVA, Fernando Basili. O Medo, a Fobia e o Pânico. Matéria publicada na *Revista CB Juris* - Ano I - nº 2 - Junho/99. In: Disponível em: <http://kplus.cosmo.com.br/materia.asp?co=28&rv=Direito> Acesso em: 12/02/2010.

SILVA JUNIOR, Aloisio Gomes; ALVES, Carla Almeida; ALVES, Marcia Guimarães. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: **Construção social da demanda**. Pinheiro R e Mattos RA. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO: 2005.

SOUSA SANTOS, Boaventura de. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social**. São Paulo: Boitempo. 2007.

SPINK, Mary Jane; MENEGON, Vera Mincoff. Pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, Mary Jane (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 2a Edição. São Paulo: Cortez Editora, 2000.

SMEKE, Elizabeth de Leone Monteiro; OLIVEIRA, Nayara Lúcia Soares de. Avaliação participante de práticas educativas em serviços de saúde. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 29, n. 79, dez. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622009000300005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-32622009000300005>.

STOTZ, Eduardo. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.3 n.1: 9-30: 2005

STOTZ, Eduardo; DAVID, Helena; WONG-UN, Julio. Educação popular e saúde - trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 8, n. 1, p. 49-60, jan.-jun. 2005.

TCE, 2007. **Estudo Socioeconômico Itaboraí**. Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria-Geral de Planejamento. Disponível em: http://www.setrerj.com.br/pdfs/dados_itaborai.pdf Acesso em 20/10/2008.

TOBALDINI, Bárbara Grace; FERRAZ, Daniela Frigo. A contribuição da abordagem dos Temas Sociais Contemporâneos na perspectiva de acadêmicos em Formação Inicial. *Anais do VIII Encontro Nacional de Ensino e*

Pesquisa em Ciências. Disponível em <http://www.nutes.ufrj.br/abrapec/viiienpec/resumos/R0360-1.pdf>.

TOLEDO, Luciano; SABROZA, Paulo. **Acompanhamento analítico da evolução de doenças e agravos segundo parâmetros epidemiológicos pré-estabelecidos.** Plano de Monitoramento Sanitário do Processo de Implantação do Comperj- Relatório Técnico – Executivo de Mobilização - Etapa 1 da Implantação do Plano. Rio de Janeiro, 28 de janeiro de 2009.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva, 1992. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**, São Paulo. Atlas.

VALLA, Victor. Educação, participação, urbanização: uma contribuição à análise histórica das propostas institucionais para as favelas do Rio de Janeiro, 1941-1980. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ., 1(3): pp. 282-296, jul/set, 1985.

_____. Educação Popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, v., 15, 1999, pp.7-14.

_____. O que a saúde tem a ver com a religião? In: Valla, V. (org.). **Religião e cultura popular**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001. P.117.

_____. O que a saúde tem a ver com a religião. In: VALLA, V. V. (org.). **Religião e cultura popular**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001, pp. 113-139.

_____. Pobreza, emoção e saúde: uma discussão sobre pentecostalismo e saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*, n. 19, 2002, pp. 66-75.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Espiritualidade na Educação Popular em saúde. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 29, n. 79, dez. 2009 .

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622009000300003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 nov. 2011.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-32622009000300003>.

VASCONCELOS, Eymard. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cad. Saúde Pública**, 14(supl. 2), p. 39-57. 1998.

VYGOTSKY, Lev. **A formação social da mente**. 3ª edição. São Paulo, 1989.

VYGOTSKY, Lev. **Pensamento e linguagem**. 2ª edição. São Paulo, 1989a.

ZALUAR, Alba; NORONHA, José; ALBUQUERQUE, Ceres. Violência: pobreza e fraqueza institucional? **Cadernos de Saúde Pública**. 1994, vol 10, supl. 1, p. 213-217.

ZALUAR Alba. **Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas**. Rio de Janeiro:Ed. FGV; 2004.

ANEXO

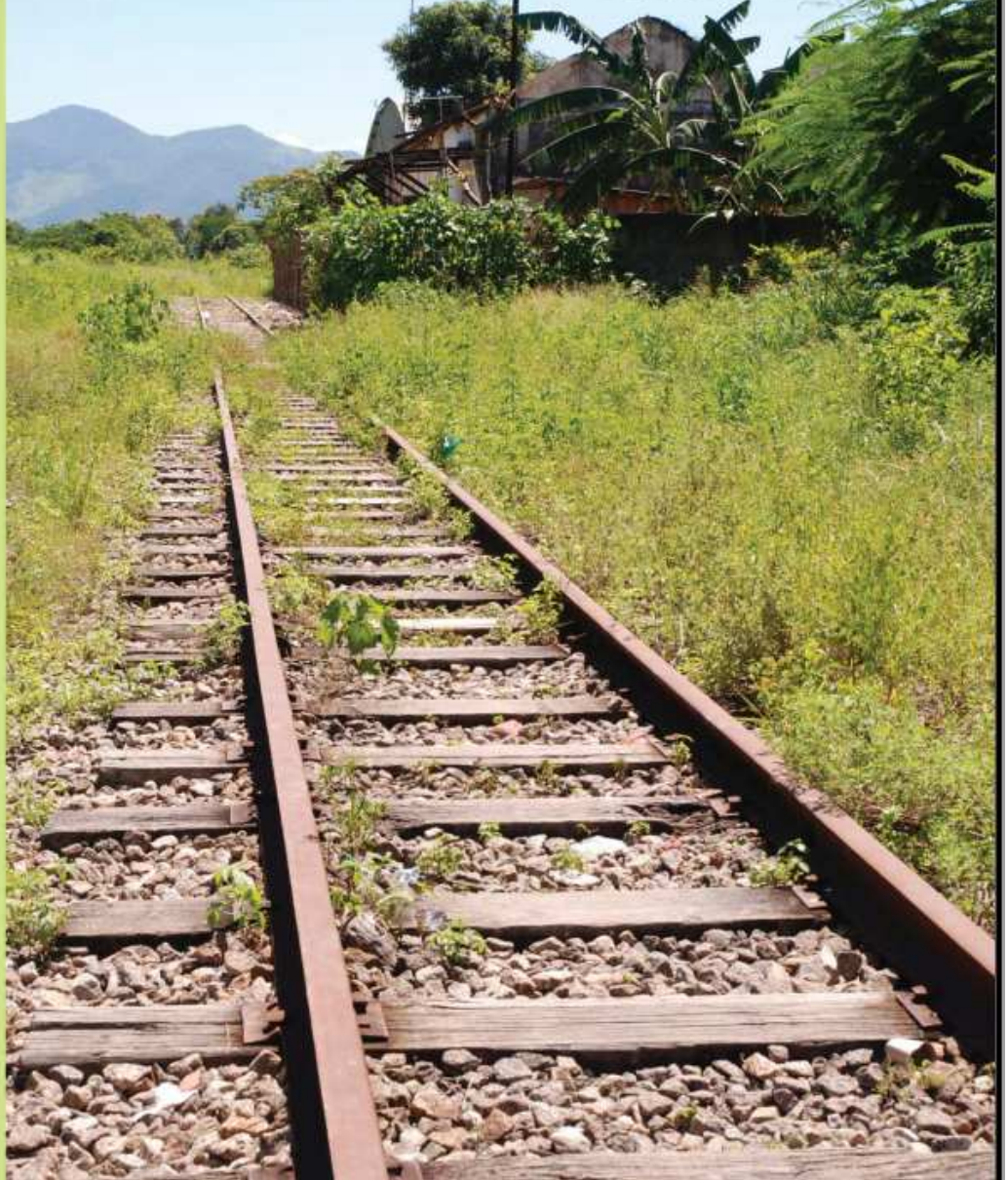
PUBLICAÇÃO

“POR UMA ITABORAÍ SAUDÁVEL”

Por uma

ITABORAÍ

saudável



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ

Presidente

Paulo Ernani Gadelha Vieira

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

SÉRGIO AROUCA - ENSP

Diretor

Antonio Ivo de Carvalho

DEPARTAMENTO DE ENDEMIAS SAMUEL PESSOA

Chefe

Eduardo Stotz

Projeto "Cidades Saudáveis"

Saúde, Inovação Tecnológica e Desenvolvimento Urbano
na Área de Implantação do Complexo Petroquímico
do Rio de Janeiro/ Itaboraí - Comperj/RJ*

Coordenador

Eduardo Stotz

Subprojeto Vigilância Civil da Saúde na Atenção Básica

Uma Proposta de Ouvidoria Coletiva

Coordenadora

Carla Moura Lima

Equipe

Elaine Savi
Elaine Cardoso
Paulo Renato Moraes Pereira
Márcia Florentina

Por uma Itaboraí Saudável

Contribuições da experiência da Ouvidoria Coletiva do
Projeto Cidades Saudáveis junto à Estratégia
de Saúde da Família

Organização

Carla Moura Lima

Conselho Editorial

Berwinda Maria Uchôa
José Castorino da Silva
Joana da Silva Ramos
Paulo Renato Moraes Pereira
Márcia Florentina da Silva
Vanessa de Almeida Ferreira
Viviane Alves de Sousa

Por uma

ITABORAÍ

saudável

Coordenação e Organização
Carla Moura Lima

REALIZAÇÃO

Projeto "Cidades Saudáveis"

Saúde, Inovação Tecnológica e Desenvolvimento Urbano
na Área de Implantação do Complexo Petroquímico
do Rio de Janeiro/ Itaboraí - Comperfil



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

© 2011 - Fiocruz Editora Ltda.

Distribuição e Informações:
Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

Capa, Criação e Diagramação

Cristina Macedo
AC DESIGN

Fotos

Enival Pimentel
ACERVO PROJETO CIDADES SAUDÁVEIS – ITABORAÍ

Revisão de Texto

Nida Rego

Apoio

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz
Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP

Pré-impressão, CTP e Impressão

Ediouro

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz
Biblioteca de Saúde Pública

L732 Lima, Carla Moura (Org.)
Por uma Itaboraí saudável. / organizado por Carla Moura Lima. –
Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2011.
104 p. : il. ; tab. ; graf.
ISBN: 978-85-88026-56-8

1. Saúde Pública. 2. Cidade Saudável. 3. Reforma Urbana.
4. Desenvolvimento Tecnológico. 5. Promoção da Saúde.
6. Programa Saúde da Família. 7. Itaboraí - história. I. Título.

CDD - 22.ed. - 613098153

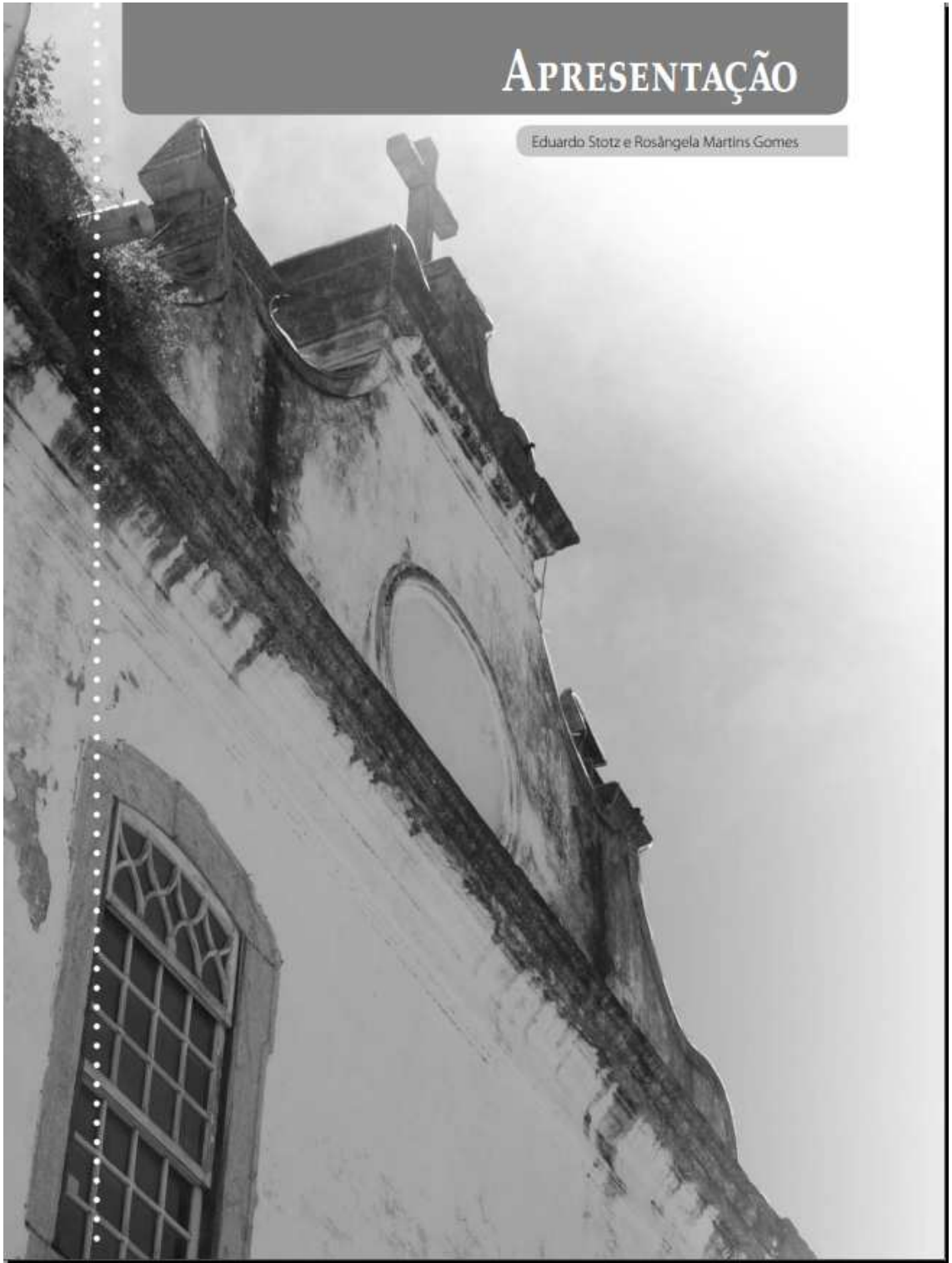


Sumário

| | | | |
|--|-----------|----------------------|------------|
| Apresentação | 6 | Bairro Amaral | 56 |
| Introdução | 9 | Gebara | 66 |
| História de Itaboraí | 12 | Itambi | 74 |
| Saúde Pública: uma discussão de todos | 20 | Reta Velha | 82 |
| O Projeto Cidades Saudáveis | 36 | São Joaquim | 90 |
| A Ouvidoria Coletiva em Itaboraí | 38 | Considerações Finais | 100 |

APRESENTAÇÃO

Eduardo Stotz e Rosângela Martins Gomes



O título deste livro deve ser lido com atenção. *Itaboraí saudável* expressa uma aspiração e, ao mesmo tempo, um processo que já acontece e continuará a acontecer.

Por que a população de uma cidade é mais do que a residente. É um número de pessoas de diferentes idades, gêneros e profissões que se desloca pelo traçado de suas ruas, faz movimentar a produção, o comércio e os serviços, paga impostos. É também um conjunto de cidadãos de diferentes localidades, que têm diversas histórias e experiências, participa de seus próprios destinos por meio de sua organização e do voto.

Uma cidade inclui seu governo, as leis que regulam a vida social e o poder, o plano diretor que desenha um crescimento possível, a ser revisto periodicamente por essa população junto com os seus governantes.

Falar de cidade significa falar de direito à cidade. Esse é o fio condutor deste livro. Uma narrativa, em várias vozes, da história recente da luta pelo direito à cidade. Claro, como qualquer narrativa, tem um prisma, um ângulo e um modo de pensar esse direito, a saber, o da saúde. Quem conta as histórias e pauta o direito à saúde são os profissionais de saúde que compuseram o Conselho Editorial, juntamente com parte da equipe do nosso projeto envolvida com a *Ouvidoria Coletiva*.

Histórias registradas de diferentes formas, ao longo de três anos, em um processo de trabalho que percorreu as áreas da Estratégia de Saúde da Família, com o apoio da Prefeitura Municipal, da Câmara dos Vereadores e do Conselho Municipal de Saúde. Aos quais juntamos nossos esforços na qualidade de pesquisadores do projeto *“Cidades Saudáveis: Saúde, Inovação Tecnológica e Desenvolvimento Urbano na Área de Implantação do Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro/Itaboraí – Comperj/RJ”*, da Escola Nacional de Saúde Pública, por meio do Programa de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Pública (PDTSP) da Fundação Oswaldo Cruz. Posso dizer, na condição de coordenador deste projeto no período de 2009-2011, tratar-se de uma experiência de grande riqueza política, cultural e humana.

A avaliação dos feitos e resultados da luta pelo direito à cidade saudável em Itaboraí apresentados pelos muitos autores cabe, como qualquer livro, aos leitores, a quem entrego este trabalho. Boa leitura!



Eduardo Stotz

CHEFE DO DEPARTAMENTO DE ENDEMIAS SAMUEL PESSOA
COORDENADOR DO PROJETO CIDADES SAUDÁVEIS ITABORAÍ.



Encaramos o desafio de construir a rede do Sistema Único de Saúde – SUS - em Itaboraí com a perspectiva da política pública que mais favorece a inclusão das pessoas, que lida com a garantia do direito à saúde da população trazida pelas conquistas na Constituição de 1988. Muitos avanços aconteceram e novos desafios se impõem na medida em que o sistema se organiza.

Após um intenso processo de implantação de uma rede de Atenção Básica, utilizado como estratégia o Programa Saúde da Família (PSF), implantado em 2001, segue a necessidade de qualificação e aperfeiçoamento do processo dos cuidados de saúde.

O projeto de uma nova saúde pública, com o objetivo de promover a saúde e não preferencialmente a cuidar da doença, parecia ser uma questão crucial a ser trabalhada no cotidiano das equipes. A preocupação era construir um projeto coletivo com a participação ativa dos diferentes atores: profissionais de saúde (com destaque para os agentes comunitários de saúde) e comunidade.

Portanto, nesse processo, o trabalho da Ouvidoria Coletiva, desenvolvido pela Fiocruz, é baseado na compreensão e na identificação dos problemas de saúde da população e as formas de como enfrentar essas dificuldades, possibilitou um avanço no desempenho das nossas equipes.

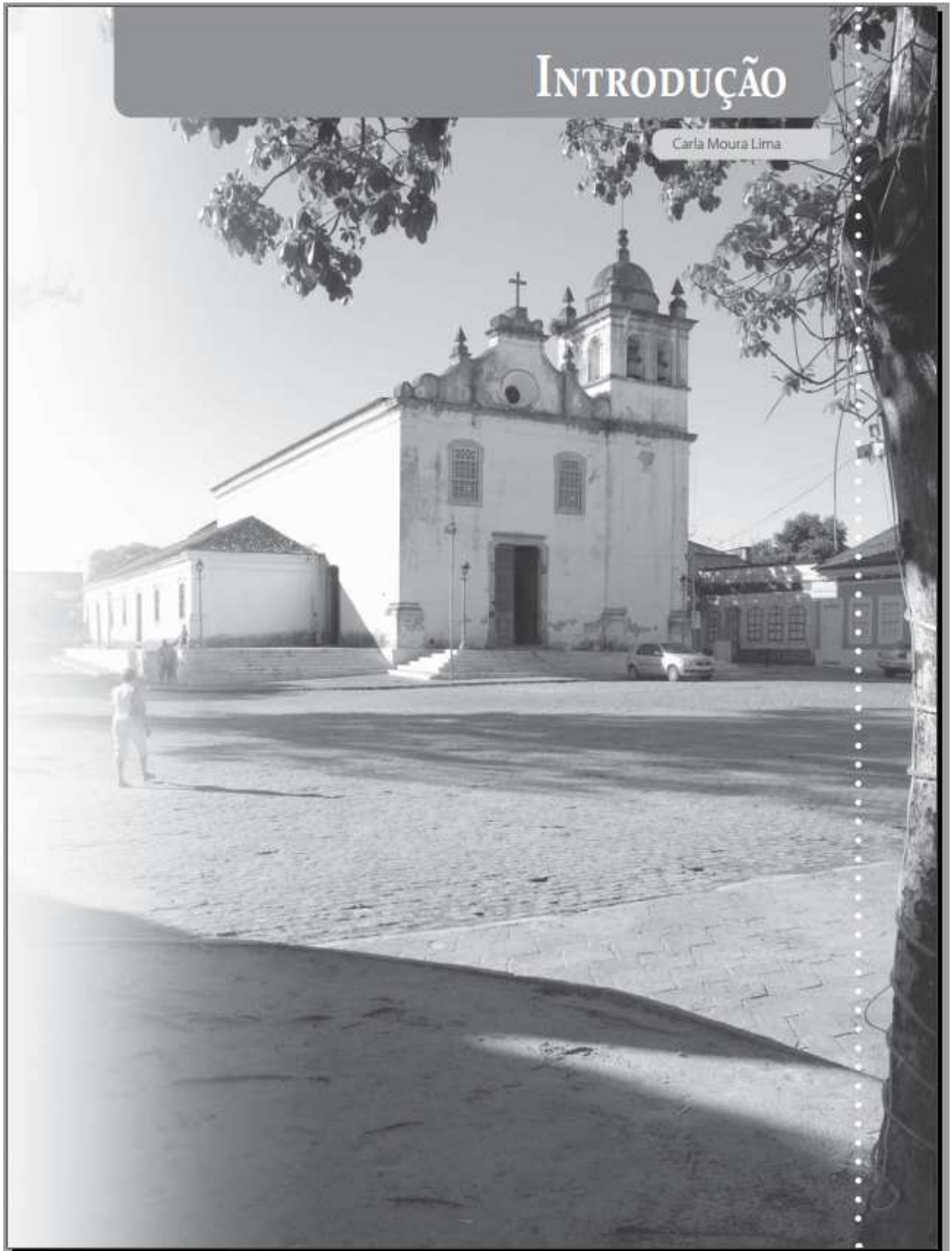
Sinto-me lisonjeada com a missão de escrever essa apresentação e agradeço toda contribuição da Ouvidoria Coletiva em relação aos nossos profissionais e ao município como um todo.

Rosângela Martins Gomes

COORDENADORA DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITABORAI

INTRODUÇÃO

Carla Moura Lima



Esta publicação é um dos produtos do subprojeto Vigilância Civil da Saúde na Atenção Básica: uma proposta de Ouvidoria Coletiva, parte do Projeto "Cidades Saudáveis: Saúde, Inovação Tecnológica e Desenvolvimento Urbano na Área de Implantação do Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro/ Itaboraí – Comperj/RJ", pelo Edital Programa de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Pública (PDTSP), em curso desde meados de 2008, e desenvolvido pelo Departamento de Endemias Samuel Pessoa (DENSP) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

A Ouvidoria Coletiva deixa esta publicação como uma de suas contribuições.

Este trabalho é fruto do processo coletivo de um grupo formado por profissionais de saúde, com a coordenação do subprojeto Ouvidoria Coletiva. Desde o final de 2009, este grupo se reúne para conceber uma maneira de recuperar a memória desse processo junto à Estratégia de Saúde da Família de Itaboraí.

Desde as primeiras reuniões percebi que o grupo sonhava com a recuperação da história da saúde em Itaboraí, além do Projeto Cidades Saudáveis na cidade. Percebi que além da publicação em si, o fato de estarmos juntos refletindo sobre a história e a conjuntura atual, ia proporcionando um espaço que alimentava o trabalho cotidiano de cada um de nós. Essa satisfação na caminhada merece ser ressaltada.

Nossa ideia é deixar para Itaboraí o registro da nossa passagem no município, além de mostrar que, apesar de todas as dificuldades, o trabalho de construção partilhada de conhecimento é possível e é, muitas vezes, a solução para situações complexas.

Procuramos utilizar uma linguagem simples neste trabalho, mas sem perder a qualidade do conteúdo que queremos compartilhar, de forma que qualquer pessoa que acesse este material, consiga compreender os textos e ainda se anime a ler este trabalho até o fim.

O primeiro capítulo conta resumidamente a história de Itaboraí. Buscamos repetir aspectos já conhecidos da história e encontrar outros pontos que, por ventura, passaram despercebidos. Também acrescentamos novos conhecimentos para divulgá-los. Nesses anos de convívio com moradores e trabalhadores de Itaboraí, pudemos perceber o quanto essa cidade é amada e esperamos que esse capítulo contribua para que sua população tenha mais orgulho ainda do passado do município. Depois de olhar para o passado de Itaboraí, falamos também do presente, mostrando dados da cidade atual. Afinal, de que cidade estamos falando? Por isso oferecemos uma breve caracterização de Itaboraí.

O próximo capítulo junta elementos da história da saúde pública de Itaboraí. Devido à escassez de material produzido, o nosso levantamento requereu escolhas. Por Itaboraí ter a maior cobertura de Estratégia de Saúde da Família, entre as maiores cidades do estado do Rio de Janeiro, e pelos ganhos para a categoria profissional, geralmente mais frágil dessa rede, os agentes comunitários de saúde, optamos por ressaltar a história da Associação de Agentes Comunitários de Saúde, como forma de reconhecimento da importância desse trabalho e de estímulo para que em outras cidades se avance na direção do que acontece em Itaboraí.

A chegada do Projeto Cidades Saudáveis é contada no terceiro capítulo. Nele são explicados os seus motivos e objetivos.

O quarto capítulo destaca o subprojeto da Ouvidoria Coletiva em Itaboraí, que se desdobrou em outras experiências formando um conjunto de iniciativas que são explicadas nesse capítulo.

Depois de apresentar a Ouvidoria Coletiva, os próximos capítulos focam cinco unidades de saúde que contam como foi o processo de implantação, as histórias e informações dos bairros

em que estão localizadas. Cabe ressaltar que estas unidades de saúde se destacaram em seus registros e encaminhamentos, por isso, foram escolhidas em meio a 27 relatórios de unidades de saúde que nos chegaram dos fóruns realizados. Esperamos que os próximos capítulos animem outras unidades de saúde a produções semelhantes.

Dispusemos os capítulos por ordem alfabética, já que todas as unidades de saúde têm a mesma importância para nós. Cada uma — com suas peculiaridades — contribuiu para a realização deste trabalho. Como você poderá observar, as equipes são muito diferentes, mas não menos importantes entre si e para nós.

No quinto capítulo falamos da equipe da unidade de saúde de Bairro Amaral que demonstrou uma grande capacidade de mobilização comunitária, além do entusiasmo com a Capacitação e com a Ouvidoria Coletiva realizada naquele local.

O sexto capítulo mostra um pouco do trabalho da equipe da unidade de saúde de Gebara. A equipe reconhece frutos desse trabalho até hoje e, além de ter formado uma nova rede social de apoio ao seu trabalho e ao desenvolvimento da comunidade, identificou lideranças natas que, pela primeira vez, sentiram-se valorizadas por seus conhecimentos e opiniões.

Itambi é a unidade de saúde do sétimo capítulo. Por ser uma das áreas mais pobres de Itaboraí, sua população enfrenta situações adversas. E os profissionais de saúde que moram em Itambi também compartilham dos mesmos sofrimentos, mas com compromisso e coragem, se colocam ao lado da população e fazem muito mais do que o papel profissional.

O oitavo capítulo descreve o trabalho da equipe da saúde da família de Reta Velha. O grupo enviou, além do relatório, uma bela apresentação de slides do que foi a Ouvidoria Coletiva lá. Tentamos sintetizar com palavras a riqueza encontrada por aquelas pessoas que, hoje, se mostram amadurecidas depois de muitas reflexões. Eles fazem questão de afirmar que estão cansados de começar tudo de novo, sempre, e agora lutam pela continuidade de tudo de bom que têm plantado no seu trabalho.

No nono capítulo, a palavra é da equipe de saúde da família de São Joaquim. Além de demonstrar que os moradores daquela localidade estão ávidos para participar de discussões em prol da melhoria da sua comunidade, o grupo mostrou que a união faz a força e conta, com um justo orgulho, tudo o que foi conseguido a partir do primeiro fórum de Ouvidoria Coletiva. A equipe deu continuidade ao trabalho e criou um movimento de Ouvidoria Coletiva muito interessante. Não é possível descrever com palavras a emoção de ouvir a equipe falar desse trabalho, mas aqui fazemos uma tentativa de reproduzir o que aconteceu lá.

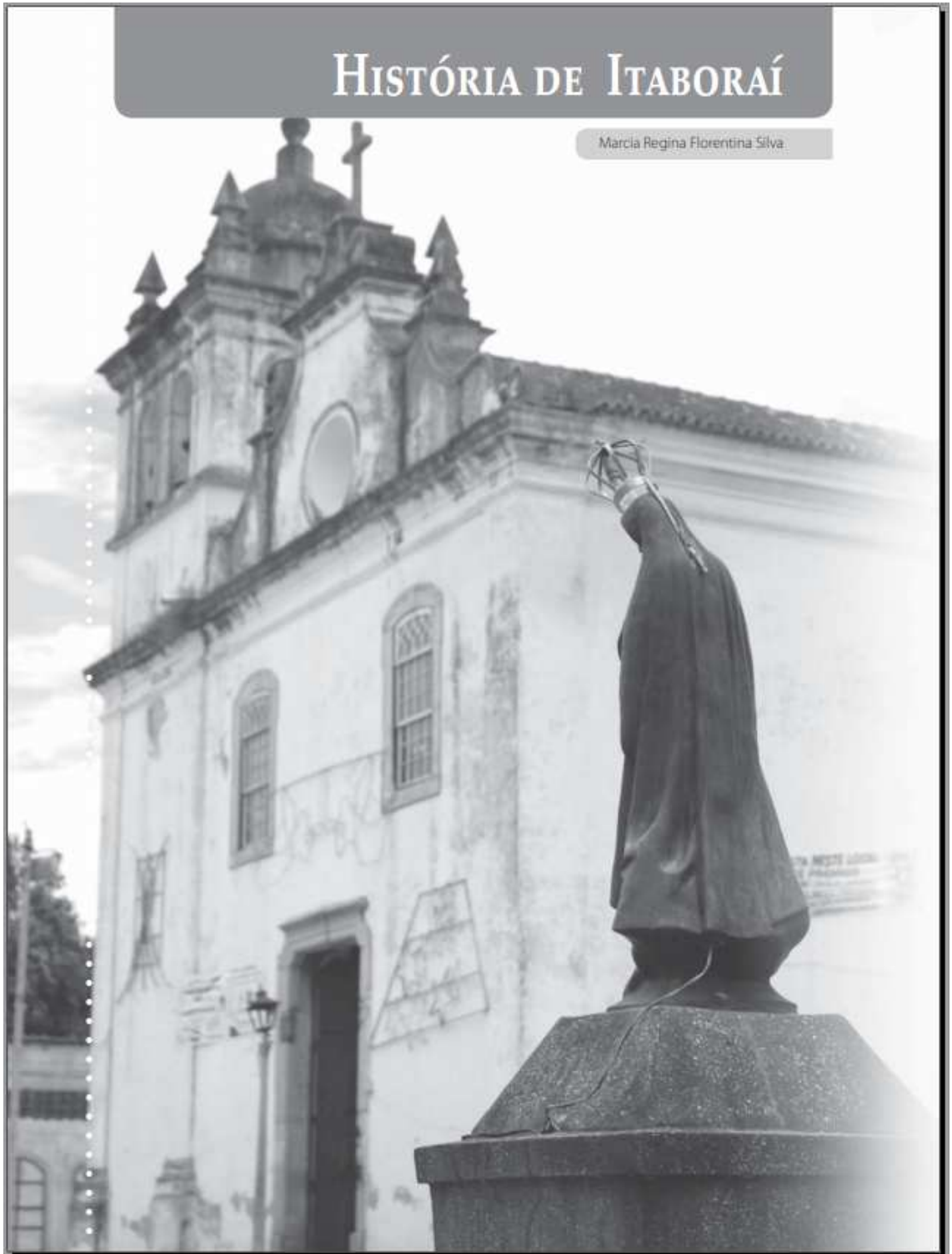
E por fim, fazemos alguns comentários sobre o trabalho no intuito de contribuir com a reflexão acerca da importância da ampliação da democracia na nossa sociedade. Neste caso, oferecendo o compartilhamento de uma experiência de uma importante política pública de atendimento à população, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Nosso objetivo não é esgotar nenhum assunto, pelo contrário, é fomentar a reflexão sobre a realidade da cidade e da saúde, de forma que não cessem os movimentos necessários para tornarem Itaboraí uma cidade saudável.

Carla Moura Lima

HISTÓRIA DE ÍTABORAÍ

Marcia Regina Florentina Silva



É comum ouvir pelas ruas da cidade que: “nós de Itaboraí não conhecemos a nossa história.” Embora as pessoas, nos dias atuais se interessem mais por seu passado, nem sempre há material disponível nesse sentido. Desse modo, vamos aproveitar este espaço e contar parte da história do município, levando em consideração que esse assunto nunca se esgota, porque há muitas histórias dentro da história de Itaboraí. Este trabalho inicia-se a partir de um levantamento documental pesquisado na Casa de Cultura Heloisa Alberto Torres, nos jornais *Folha de Itaboraí* e o *Itaboraiense*, no Centro de Memória Fluminense, no Museu Nacional, na Biblioteca Central da UFF, na Biblioteca Nacional, além de artigos e revistas encontrados na internet.

Itaboraí surgiu como freguesia da Vila de Santo Antônio de Sá, no século XVII, e tornou-se independente em 1833. A partir desta data, começa a ser contada a história político-administrativa do município. Entretanto, se formos pensar em termos de presença humana nas terras onde hoje está localizado o município de Itaboraí podemos voltar ao período pré-histórico, pois pesquisas apontam para o principal registro de presença do homem nas Américas no local denominado Bacia de São José ou Parque Paleontológico de São José, como também é conhecido, localizado em Cabuçu, 6º Distrito do Município. A descoberta feita na década de 1970 registrou que o homem pré-histórico viveu no local há pelo menos oito mil anos. A Bacia de São José é um local de extrema riqueza paleontológica e se constitui num importante sítio brasileiro, reconhecido internacionalmente.¹

Voltando ao período histórico, a ocupação das terras que hoje fazem parte do território de Itaboraí começa a ser registrada quando os europeus aqui chegaram e encontraram os índios *Tamoio* ocupando grande parte da região do entorno da Baía de Guanabara. Esses índios, nos primeiros tempos, eram aliados dos franceses. Em função disso, para garantir a segurança da Baía de Guanabara contra as invasões francesas e para promover o povoamento do território, os portugueses criaram o Aldeamento de São Barnabé, fundado em 1578, onde hoje é o distrito de Itambi. O aldeamento era constituído por índios de várias tribos, denominados a partir daquele momento como “índios aldeados”, que eram catequizados pelos jesuítas e obrigados a trabalhar na agricultura e em olarias, sob o olhar dos padres.

Segundo estudos de Nanci de Oliveira², o aldeamento de São Barnabé compreendia desde as terras de Cabuçu ao núcleo missionário localizado em Itambi. Em 1772, o aldeamento foi elevado à condição de vila, recebendo no nome de vila de São José Del Rey, extinta posteriormente com a criação da Vila de São João de Itaboraí.

Itaboraí, enquanto freguesia da Vila de Santo Antônio de Sá, apresentou considerável crescimento no século XVIII. No ano de 1778, tinha uma população de 3.082 habitantes livres e 3.277 escravos, além de 20 engenhos de cana-de-açúcar e duas engenhocas de fabricação de cachaça.

São João de Itaboraí: quase capital da província do Rio de Janeiro

Dois anos após sua independência, São João de Itaboraí dominou os debates na assembleia provincial. O motivo era a disputa com a vila de Praia Grande, atual Niterói, para sediar a nova capital da província do Rio de Janeiro. Os debates foram intensos em fevereiro daquele ano, ocasião em que um grupo de deputados defendia que o governo fosse instalado na Vila de

¹Maria da Conceição Beltrão et AL. *Bacia São José de Itaboraí, RJ - Berça dos mamíferos no Brasil*, 2008. Disponível em <http://www.unb.br/ig/sigep/sitio123/sitio123.pdf>, em 25/04/2008

²Nanci de Oliveira. *São Barnabé: lugar e memória*. Tese de Doutorado - Unicamp, 2002.

São João de Itaboraí, interior da província, com o objetivo de que todos conhecessem melhor os problemas fluminenses. No entanto, Itaboraí perde a disputa por um voto e pela Lei nº 02 de 26 de março de 1835, Praia Grande passa a ser capital da província do Rio de Janeiro. Embora não tivesse alcançado o posto de capital da província, Itaboraí continuava a prosperar, inclusive pela presença de portos fluviais.

A prosperidade de Porto das Caixas e Itambi

Desde o início da colonização dessas terras, toda a produção de gêneros alimentícios e dos engenhos da região do Rio Macacu era escoada pelos portos fluviais até chegar ao porto do Rio de Janeiro e dali seguir para a exportação, no caso do açúcar. O arraial de Porto das Caixas surgiu em fins do século XVIII, e por ele era escoada a produção de 65 engenhos da região. O açúcar, embarcado em caixas, deu nome ao porto.

Mais tarde, já no século XIX, escoava a produção de café dos municípios da Região Serrana, além de gêneros alimentícios para o abastecimento da Corte. A grande movimentação do porto deu ares de destaque ao povoado, que logo se tornou freguesia da Vila de São João de Itaboraí. Seu movimento era o terceiro em importância na província, em 1857, com partidas de embarcações duas vezes ao dia.

O porto de Vila Nova, localizado em Itambi, próximo à foz do Macacu, também teve papel importante no século XVIII. Continuando a ter grande importância para escoar a produção de café dos municípios das zonas cafeeiras da serra, no século seguinte.

Cana-café; café-cana

Como já dissemos, as terras da bacia do Macacu, serviram à plantação de cana-de-açúcar para abastecer a produção dos engenhos que tinham como objetivo a exportação do açúcar. O primeiro engenho foi instalado na região, em terras onde hoje é o município de Magé, em 1580. A cultura canavieira assumiu grandes proporções nos séculos seguintes, na região do recôncavo da Guanabara, sendo o século XVIII considerado o "apogeu da 'Civilização do Açúcar' no recôncavo", devido ao grande número de engenhos que se constituíram na região nessa época. Entre os vales dos rios Guaxindiba e Caceribu, grande parte, pertencente ao território de Itaboraí, havia 18 engenhos açucareiros e aguardenteiros, em funcionamento.

Nas áreas produtoras de "Tapacurá" e "Caceribu", que correspondem atualmente a parte de Venda das Pedras, 1º distrito, e Sambaetiba, 4º distrito, quatro engenhos foram instalados entre os anos de 1641 e 1650. Esses foram os primeiros engenhos da bacia do Caceribu, contando com dez deles até o final daquele século. Já no século XVIII, a cana se desenvolvia principalmente na freguesia da Vila (Itaboraí), depois na de Itambi.

Por razões diversas, a cultura canavieira entra em declínio no recôncavo da Guanabara em fins do século XIX. No entanto, Itaboraí manteve suas plantações voltadas principalmente para a produção de aguardente, até meados do século XX. Nessa época, foram registradas 24 fábricas produzindo aguardente além da usina de Tanguá, produzindo açúcar.

No final do século XIX, agricultores da província recebem incentivos para cultivar outros produtos, entre eles o algodão e, principalmente o café. As freguesias da Vila (Itaboraí) e Rio Bonito eram as maiores produtoras de café. Esta última era a maior zona cafeeira até se separar de Itaboraí, em 1847. Apesar das perdas referentes a Rio Bonito, Itaboraí manteve estável a produção de café por todo o século XIX. No entanto, o café nunca superou a produção canavieira do município.

Com o crescimento da produção dos municípios da zona cafeeira de serra acima e o constante assoreamento da foz do rio Macacu, surge a necessidade de um transporte mais eficiente e barato: a ferrovia.

A estrada de ferro

A Estrada de Ferro Cantagalo, inaugurada em 1860, ligava Porto das Caixas aos municípios de serra acima, com a finalidade de escoar a produção de café daquela região. Dez anos mais tarde foi inaugurada a Ferro Carril Niteroiense que fazia a ligação ao município canavieiro de Campos dos Goitacazes.

A decadência de Porto das Caixas é atribuída à implantação da ferrovia. No entanto, estudos feitos pela historiadora Ana Maria dos Santos³ comprovam que a malha ferroviária do município, em fins do século XIX, facilitou seu crescimento econômico. Nesse contexto, Itaboraí passa a ser o principal ponto de ligação entre as zonas produtoras de café da serra; as do interior como os municípios de Capivary, atual Silva Jardim, e Rio Bonito; e a de Campos dos Goitacazes, principal município produtor de açúcar da província.

Além da questão geográfica, outros fatores levaram Itaboraí a ter melhor estabilidade econômica em relação aos municípios do recôncavo da Guanabara, como a manutenção de sua base canavieira, a produção elevada de gêneros alimentícios e o crescimento de outras culturas, como as de abacaxi, banana e laranja.

Os laranjais itaboraienses

Desde os tempos coloniais a laranja é plantada nas terras da baixada fluminense. Mas é no final do século XIX e início do XX que a cultura começa a se expandir, adquirindo proporções comerciais. A partir da segunda década do século XX, o mercado internacional passa a consumir a laranja nacional, com exportação em grande quantidade para a Europa ocidental.

Com o objetivo de recuperar a economia, abalada desde o início da República, o governo estadual incentiva a plantação de frutas nas terras abandonadas do entorno da Baía de Guanabara, que começam a ser ocupadas pelas culturas da

³ Ana Maria dos Santos. *Vida Econômica de Itaboraí no século XIX*. Dissertação de Mestrado – UFF, 1974.



Ruínas da Estação de Ferro. A produção de café era transportada pela ferrovia



Outra vista da estação

POR UMA ITABORAÍ SAUDÁVEL

banana, do abacaxi e especialmente da laranja. Em Itaboraí, a produção de laranja tem registro desde 1913, crescendo na década de 1920, entrando em declínio com a crise de 1930. Entretanto, a partir da década de 1950, a citricultura torna-se um grande negócio, levando o município ao patamar de maior exportador de laranja do Brasil, na década seguinte.

A economia municipal vinha crescendo, puxada pelo negócio da citricultura. Em 1955, produtores locais criam a I Exposição Agroindustrial da cidade. O evento levou mais de duas mil pessoas ao Teatro João Caetano, na zona histórica da cidade. Durante três dias, os mais de cem expositores mostraram seus produtos. Entre eles, estavam grandes produtores de laranja. No ano de 1967 é realizada a Festa da Citricultura Fluminense, depois denominada Festa da Laranja, que alcançou grande sucesso. Para se ter uma ideia do alcance do evento, no ano de 1968, era esperada a participação de dez outros municípios produtores.

Itaboraí manteve a produção de laranja elevada até a década de 1970. O censo agrônômico daquele ano aponta o município como primeiro produtor de laranja e segundo de cana-de-açúcar da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Nesse período, os debates no município giravam em torno da instalação de uma fábrica de sucos na região, com a finalidade de aumentar as plantações e o valor agregado da produção, em contrapartida ao crescimento da laranja paulista. O vigor da citricultura itaboraiense estende-se até a década seguinte. Segundo o IBGE⁴, a produção de laranja em Itaboraí, na década de 1980, ainda era dez vezes maior do que o segundo produtor da Região Metropolitana, apesar da tendência de queda em termos gerais da citricultura fluminense, provocada pela implantação de loteamentos na Região Metropolitana do Rio de Janeiro.

Industrialização e urbanização – mudança de perfil



Igreja de São João Batista

A implantação de loteamentos, em expansão na área da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, chegou a Itaboraí na década de 1950, com certa timidez. Pelo censo daquele ano, 80% da população residia na área rural. O município era o terceiro maior produtor de laranja do estado, caminhando para ocupar a primeira posição, no período de 1960/70. Portanto, com a citricultura em alta, ainda não havia grande espaço para a especulação imobiliária.

Em fins da década de 1970, com a pavimentação da rodovia Amaral Peixoto (RJ-104) e posteriormente a construção da ponte Rio-Niterói, a pressão demográfica sobre o município aumenta, já que o acesso aos grandes centros urbanos foi facilitado. Apesar do crescimento demográfico que o

município vinha experimentando, a população ainda era estritamente rural na década de 1980. Pelo censo daquele ano, pouco mais de 23 mil pessoas residiam na área urbana contra cerca de

⁴Fonte: IBGE/1980 / Cadernos Itadados - Secretaria de Planejamento e Coordenação. Prefeitura Municipal de Itaboraí, 2006.

91 mil na área rural. Com a implantação da rodovia BR-101, as vias de acesso ao grande centro consumidor ficaram mais rápidas, acelerando o processo de urbanização.

A partir da melhoria dos acessos, a população de Itaboraí quase dobrou. As propriedades antes ocupadas por laranjais foram retalhadas em pequenos lotes de terras de 12 x 30m. Em dez anos, o município mudou completamente o perfil de rural para urbano. Esse fenômeno transformou Itaboraí em "cidade dormitório", já que grande parte de sua população se deslocava para os grandes centros em busca de trabalho.

Atualmente, o município encontra-se quase todo loteado, mas ainda, com grande potencial para ocupação. Com o anúncio da instalação do Complexo Petroquímico – Comperj, na cidade, é esperado um aumento exacerbado da população, que pode perder características históricas, como a herança do barro.

A cultura do barro

A tradição cerâmica do município de Itaboraí tem registros desde o período pré-colonial. Está associada à fabricação de louça e urnas funerárias do povo tupi-guarani. Entretanto, os padres da Companhia de Jesus tiveram forte influência na tradição oleira em Itaboraí, passando a inserir motivos cristãos no artesanato dos índios aldeados de São Barnabé. Além disso, as "primeiras olarias nasceram nesses aldeamentos, quando os jesuítas iniciaram a produção e a comercialização de telhas e tijolos."⁵ Em 1797, dez olarias estavam em funcionamento na Vila de Santo Antônio de Sá, com uma produção anual de 88 mil telhas e 179 mil tijolos.⁶ Em 1904, o jornal *O Itaborahyense*, cita que a "Indústria da cerâmica progride consideravelmente, fabricando-se nas olarias existentes desde as telhas, os tijolos de alvenaria e os ladrilhos para os fornos de padarias, até os vasilhames de que faz uso o pobre proletariado."

A consolidação da indústria cerâmica no século XX

O solo de tabatinga, argila de alta qualidade para a produção cerâmica de telhas e tijolos, facilitou a proliferação da indústria no município. A partir da década de 1940 um grande número de cerâmicas se instala em Itaboraí, especialmente em Venda das Pedras, região urbana do primeiro distrito, favorecida pela qualidade da argila depositada pela bacia do Macacu. Entretanto, para Abreu e Diniz, a instalação dessas olarias em Venda das Pedras não se deveu apenas à excelente qualidade da argila, mas, principalmente, pela "proximidade de um forte mercado consumidor, constituído pelo Grande Rio e pela aglomeração Niterói-São Gonçalo e a possibilidade de transporte rápido entre a área produtora e a consumidora."⁷ Em 1941 havia duas olarias em funcionamento em Venda das Pedras, mas a indústria de telhas e tijolos cresceu de tal forma, que, no ano de 1956, ocupou o segundo lugar na renda municipal em produção de mercadorias, sendo a principal em geração de capitais.⁸ Em 1965 foram registrados 77 estabelecimentos cerâmicos e, no final da década de 1970, havia 82 empresas do gênero em funcionamento, mantendo-se nesse patamar até a década seguinte. É importante destacar que o distrito de Itambi concentrou grande número de olarias, devido à presença de jazida de argila.

⁵ *Olarias e olarias: tradição da Arte Cerâmica de Itaboraí*. Instituto Baía de Guanabara, 2008.

⁶ *Márcia Amantino e Visnício Cardoso*. *Múltiplas Alternativas: diversidade econômica da Vila de Santo Antônio de Sá de Macacu – Século XVIII*. Revista de História Econômica e Economia Regional Aplicada – Vol. 3 Nº 3 Jul-Dez 2008.

⁷ *Município de Almeida Abreu e Maria do Socorro Diniz*. *Causas do Crescimento Recente de Itaboraí – Venda das Pedras*. Boletim Cartica de Geografia, 1970.

⁸ *Márcia Regina F. Silva*. *Itaboraí em (re)visão*. Trabalho de Conclusão de Curso em História do Rio de Janeiro. UFF, 2010.

De acordo com dados do Sindicato das Indústrias de Cerâmica para Construção e de Olaria do Estado do Rio de Janeiro, atualmente em Itaboraí há 36 cerâmicas em funcionamento, sendo que 24 estão associadas à entidade.

A herança oleira e a influência portuguesa no modo de fazer

Os oleiros "são aqueles que trabalham com o torno, na produção intensiva de objetos utilitários e decorativos."⁹ As mudanças no modo de trabalhar nas olarias de Itaboraí começaram a ocorrer a partir de 1940 com a chegada de imigrantes portugueses, que trouxeram novas técnicas, como a introdução do torno feito de madeira e operado com os pés. Os portugueses também introduziram novos produtos à cerâmica itaboiense e passaram a produzir peças como maringas, vasos, talhas e filtros de água. O auge da produção oleira ocorreu na década de 1980, quando alguns estabelecimentos chegaram a empregar 40 funcionários.

O perfil econômico do município, em 2004, apresenta forte influência das manufaturas cerâmicas, tanto utilitárias como decorativas. Atualmente a produção dos oleiros "é feita mediante encomenda. Os artefatos mais produzidos são os de natureza decorativa (77%), seguido da folclórica (14%) e dos artigos religiosos (9%)."¹⁰ A tradição cerâmica do município revela uma identidade histórica e deve ser preservada frente às transformações que são esperadas para Itaboraí com a instalação do Comperj.

Comperj: solução ou um grande problema?

No início de 2006, o governo federal anunciou a implantação do Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro na cidade de Itaboraí – Comperj¹¹, com investimento da ordem de R\$15 bilhões. O município de Itaboraí foi escolhido para sediar o empreendimento por sua posição geográfica estratégica, visando o aproveitamento do arco metropolitano, via que fará o contorno da Baía de Guanabara, ligando Itaboraí ao Porto de Itaguaí, por onde será escoada a produção do pólo. Estava prevista a criação de mais de 200 mil empregos diretos e indiretos. No entanto, em 2009, a Petrobrás anunciou o dobro do investimento previsto inicialmente. Caso se configure esse quadro, mudará de vez a paisagem urbana da cidade, com significativas alterações ambientais, em saúde e educação, e em níveis econômicos e sociais, tanto na cidade de Itaboraí, quanto nos municípios próximos ao empreendimento.

Problemas como a ocupação irregular do solo e o crescimento da "cidade informal", o aumento do número de veículos no trânsito da cidade, a insuficiência de meios para qualificar a mão-de-obra local, se não observados pelo poder público e pela sociedade local, podem levar a uma situação de caos urbano.

Para o enfrentamento dos problemas devem ser utilizadas políticas públicas nas três esferas de governo, mas comandadas pelo governo municipal, que deve estar à altura dos desafios. Afinal, a velocidade com que as populações se deslocam, formando aglomerados de um momento para o outro, desfavorecem a máquina administrativa, que pela sua característica burocrática tem uma resposta mais lenta que os movimentos sociais.

Portanto, há que se trabalhar no sentido de formular políticas públicas para que o empreendimento não se torne um pesadelo para as populações por ele abrangidas.

⁹ Oleiros e olarias: tradição da Arte Cerâmica de Itaboraí, Instituto Baía de Guanabara, 2008.

¹⁰ O Comperj está localizado no distrito de Porto das Caixas e parte de Sambaetiba, numa região que compreende o baixo Macacu e Caceribu, com área de 45 quilômetros quadrados. Coincidentemente, a região das primeiras ocupações, em parte das terras pertencentes à extinta Vila de Santo Antônio de Sá. A sede do empreendimento será localizada próximo às ruínas do convento São Boaventura, símbolo do complexo. Seu principal objetivo é refinar o petróleo pesado proveniente da baía de Campos (Marlim). Fonte: Rima - Relatório de Impacto Ambiental do Comperj.

Chaminé de cerâmica



SAÚDE PÚBLICA:

UMA DISCUSSÃO DE TODOS

Paulo Renato Pereira Moraes



A preocupação com a saúde individual e coletiva aumenta com a formação das sociedades, pois além das doenças físicas e mentais, os fatores sociais como o saneamento, a habitação, a limpeza e a religiosidade passaram a ser reconhecidos como influenciadores da saúde. A saúde pública que conhecemos hoje teria sua origem quando as sociedades deixaram de ser nômades e se tornaram sedentárias formando as comunidades politicamente organizadas.

A saúde pode ser definida como bem-estar físico, mental e social, mas esta definição vai muito mais além, pois o homem e as sociedades têm se preocupado com isso desde os primórdios da história, como cita George Rosen em seu livro "Uma história da saúde pública":

"Encontraram-se evidências de atividades ligadas à saúde comunitária nas mais antigas civilizações. Cerca de quatro mil anos atrás, um povo, [do qual] pouco se sabe, desenvolveu uma grande civilização no norte da Índia." (...) Ao longo da história humana, os maiores problemas de saúde que os homens enfrentaram sempre estiveram relacionados com a natureza da vida em comunidade. Por exemplo, o controle das doenças transmissíveis, o controle e a melhoria do ambiente físico (saneamento), a provisão de água e comida em volume suficiente e a assistência médica, e o alívio da incapacidade e do desamparo. A ênfase sobre cada um desses problemas variou com o tempo. E [em] sua inter-relação se originou a saúde pública como conhecemos hoje."

Todas estas ações tinham como objetivo preservar a saúde e garantir a vida das pessoas, sendo a saúde entendida não apenas como ausência de doenças, mas um projeto de vida para as sociedades.

As questões sociais como: saneamento, poluição, higiene pessoal, saúde do trabalhador, educação em saúde, bem-estar social e administração da saúde pública, que são amplamente discutidas hoje, já eram presentes na pré-história, na antiguidade oriental (primeiras civilizações) e na antiguidade ocidental (Idade Média).

A chegada da Saúde Pública no Brasil

Uma monarquia em especial "mudaria" ou "formaria" a sociedade brasileira. Devido à crise na Europa, os portugueses tornaram-se pioneiros nas navegações para encontrar novas terras. Em abril de 1500, uma esquadra comandada por Pedro Álvares Cabral chega a terras brasileiras e com ela a referência a saúde pública como era vista em Portugal. No ano de 1548, o frei Miguel de Contreiras, tendo pleno apoio da rainha Leonor, fundou a irmandade Santa Casa de Misericórdia.²

Os princípios da Irmandade Santa Casa de Lisboa se materializaram em 14 atividades, divididas em duas partes: a primeira era a espiritual e consistia em ensinar os ignorantes; dar bom conselho; punir os transgressores com compreensão; consolar os infelizes; perdoar as injúrias recebidas; suportar as deficiências do próximo; orar a Deus pelos vivos e pelos mortos. Na segunda parte estavam as atividades corporais que eram: resgatar os cativos e visitar prisioneiros; tratar os doentes; vestir os nus; alimentar os famintos, dar de beber aos sedentos; abrigar os viajantes e os pobres e sepultar os mortos.

A colonização do Brasil começaria efetivamente em 1532. Logo em seguida, o Brasil foi dividido em capitanias, e foi na de Olinda, em 1539, que se instalou a Irmandade Santa Casa de Misericórdia, indo em seguida para Santos (1543) e Vitória (1545). A Santa Casa de Misericórdia foi a primeira unidade hospitalar no Brasil iniciando assim a história da saúde pública no Brasil, até então uma colônia de Portugal.

¹ Rosem George. Uma História da saúde pública, ed. Unesp, SP 1994, p.31.

² História volume único Ronaldo Vainfas, Sheila de Castro, Jorge Ferreira, Georgina dos Santos. Ed. Saraiva. SP 2010, p.233

O Rio de Janeiro foi fundado em 1^ª de março de 1565 e logo em seguida se tornaria vice-reino de Portugal. Em 25 de março de 1582, o padre espanhol José de Anchieta instalou a Santa Casa de Misericórdia que tinha como principal objetivo socorrer os tripulantes da esquadra de Diogo Flores Valdez, que estava atracada no Porto da Guanabara. Logo em seguida, assumiria a administração dos cemitérios, seguindo um dos princípios da Santa Casa de Lisboa.

A saúde pública no Brasil ganhou outro impulso com a chegada da Família Real, em 1808. Dom João VI realizou grandes mudanças no âmbito econômico, político, cultural, intelectual e científico no Brasil. A principal mudança na área da saúde foi a instalação da Escola Médico-Cirúrgico na Bahia e da Escola de Cirurgia no Rio de Janeiro.

A província do Rio de Janeiro alcançou um grande crescimento econômico por causa da cana-de-açúcar e logo em seguida do café.³ A produção do açúcar foi a base da economia colonial, por volta dos meados do século XVI. As primeiras experiências ocorreram em São Vicente, com Martim Afonso de Souza que chegou ao Brasil em 1532 trazendo mudas de cana-de-açúcar e vários homens experientes na fabricação do açúcar, vindos da Ilha da Madeira. Assim teve início economia açucareira, cujo centro era o engenho.

Visando o crescimento da produtividade brasileira, especialmente os engenhos de açúcar, a coroa portuguesa concedeu várias sesmarias na Guanabara. Miguel de Moura, um escrívão da Fazenda Real, ganhou uma sesmaria na baixada do rio Macacu. Algum tempo depois, para não perder as terras por falta de cultivo, ele as doaria para a Companhia de Jesus.

Assim começou a história do município de Itaboraí que foi contemplado com um dos maiores investimentos do governo federal: o Complexo Petroquímico do Estado do Rio de Janeiro (Comperj). Itaboraí pode se tornar uma grande porta aberta para o mar, por onde entram e saem suas riquezas, e uma janela para seu povo que acredita em um futuro promissor e que, sem dúvida, projeta a cidade para o cenário nacional. Mas Itaboraí vai muito além deste investimento, pois sua história já estava ligada à economia e à política do nosso País.

Ferdinando Basto de Souza no livro: "Itaboraí: Cultural, Histórico, Sócio Econômico, Ambiental, Turístico e Tecnológico" mostra esta participação da seguinte forma.

*"A História do Brasil, com certeza, tem em suas páginas o registro da importante contribuição deste município, durante mais de três séculos de existência, e que, no presente, continua prosperando e crescendo."*⁴

³ *Itaboraí: cultural, histórico, socioeconômico, ambiental, turístico, tecnológico* Ferdinando Bastos Souza. Documenta Histórica, 2ª ed. Rio de Janeiro, 2008.
⁴ *Trabalho Itaboraí em treze séculos*. Márcia Regina Florentino Silva. Niterói. 2010 p.16

História da saúde pública em Itaboraí



A história da saúde em Itaboraí (então Vila Santo Antônio de Sá) começaria a ser escrita em 1829, quando, logo depois de um longo período de seca, acontecem alagamentos e a obstrução dos rios, fazendo surgir as "febres do Macacu", que pareciam ser um surto epidêmico de malária, como relatou o presidente da província Joaquim José Rodrigues Torres (o futuro Visconde de Itaboraí). Ele pediu ao engenheiro Carlos Rivierre que analisasse o brejo de Tipotá.

Rivierre chegou à conclusão que o brejo era "em grande parte formado pelas águas do Caceribu" e recomendou que, para a resolução do problema, era preciso que fossem executadas obras de aterramento e dessecação, com abertura de um canal em direção ao rio Macacu, para escoamento das águas do Caceribu. O engenheiro julgava que a execução do plano seria o único meio de "tirar a Vila de Macacu do estado de decadência a que estava reduzida."³

Nessa época a Vila Santo Antônio de Sá apresenta uma queda bem considerável de habitantes e acontece a primeira extinção. Por um decreto imperial de 15 de novembro de 1833, a Vila foi anexada à Freguesia de São João Batista de Itaboraí. Em virtude de suas péssimas condições de salubridade, a Vila de Santo Antônio de Sá acabou por ser extinta em 1863, por deliberação do governo da província a partir do projeto apresentado pelo deputado Leocádio de Figueiredo. Já a Vila de São João Batista ganhou grande destaque como centro político-adminis-

³Cesar Augusto Ornellas Ramos. Itaboraí paisagens monumentos culturais. Niterói, 2005. P. 18

POR UMA ITABORAÍ SAUDÁVEL

trativo e um grande pólo econômico da província do Rio de Janeiro. Essa prosperidade dura até 1889, quando a República entra em cena. Por ser um reduto de conservadores e monarquistas, Itaboraí registra um ostracismo político e começa um grande declínio na sua economia. Em 1890, a Vila de São João de Itaboraí foi elevada à condição de cidade.

Itaboraí entra no século XX com grandes dificuldades econômicas e, com isso, os problemas sociais começam a surgir resultando em problemas de saúde. O município tentaria recuperar sua economia através da retomada da agricultura e de uma atividade tradicional da colônia: a olaria, tanto a utilitária com a decorativa. Mas existiam grandes problemas. Havia uma grande insalubridade nas baixadas alagadiças e focos de febre palustre dificultando as atividades.

Políticas de saúde pública começavam a ser apresentadas e, por decreto do então presidente da República Getúlio Vargas, foi criada a Comissão de Saneamento da Baixada Fluminense, sendo esta uma derivação do Departamento Nacional de Obras e Saneamento. Este projeto foi liderado pelo engenheiro Hildebrando de Araújo, no período de duas décadas, e teve como resultado a reabilitação de terras para o retorno a atividades agrícolas favorecendo a policultura com base familiar.

Itaboraí hoje

Atualmente, com uma população com pouco mais de 200 mil pessoas, os dados mostram que Itaboraí é um município jovem, mas com um crescimento em média de 66% ao ano, por isso, precisa desenvolver políticas de saúde pública para atender a população de forma mais eficiente.

Tabela 1

| População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2009 | | | |
|---|----------------|----------------|----------------|
| Faixa Etária | Masculino | Feminino | Total |
| Menor 1 | 1.634 | 1.561 | 3.195 |
| 1 a 4 | 7.628 | 7.268 | 14.896 |
| 5 a 9 | 10.798 | 10.283 | 21.081 |
| 10 a 14 | 9.989 | 9.562 | 19.551 |
| 15 a 19 | 9.453 | 9.221 | 18.674 |
| 20 a 29 | 19.252 | 19.776 | 39.028 |
| 30 a 39 | 18.227 | 19.105 | 37.332 |
| 40 a 49 | 15.260 | 16.066 | 31.326 |
| 50 a 59 | 10.870 | 11.849 | 22.719 |
| 60 a 69 | 6.054 | 6.324 | 12.378 |
| 70 a 79 | 2.831 | 3.393 | 6.224 |
| 80 e + | 1.085 | 1.507 | 2.592 |
| Ignorada | - | - | - |
| Total | 113.081 | 115.915 | 228.996 |

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

Hanseníase: parte da história de Itaboraí

Na década de 1920 foi criada em Itaboraí a Colônia Tavares de Macedo, que *abrigava*⁸ (deixando à margem da sociedade) os pacientes portadores da hanseníase, que era considerada uma doença contagiosa. Nessa época, a ONU concedeu uma ajuda financeira aos países com essas doenças e o Brasil, sob o governo de Getúlio Vargas, recebe esta ajuda e constrói 30 "leprosários" para tratar os doentes e seus familiares. Em 27 de abril 1936 foi inaugurado oficialmente, em Itaboraí, o Hospital Tavares de Macedo. Neste hospital os doentes ficavam totalmente isolados. Esta situação começaria a mudar em 1958, no governo de Juscelino Kubitschek, quando os doentes tiveram licença para sair da colônia.

Hoje o Hospital Tavares de Macedo é uma referência no tratamento da hanseníase. A doença é diagnosticada e acompanhada pela Atenção Básica. Todas as equipes de saúde da família são capacitadas para cuidar das pessoas com hanseníase. A proporção de casos curados de hanseníase no município era de 62% no ano de 2009.

Itaboraí também tem buscado combater a tuberculose com políticas de saúde pública. A proporção dos casos de tuberculose pulmonar curados com jovens acima de 15 anos de idade, que realizaram o exame de basilosopia de escarro, foi de 91,53%. Na ocasião do diagnóstico, um grande vetor deste sucesso foi a estratégia de administrar uma dose oral realizada, principalmente, pela Estratégia de Saúde da Família, através das visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde.

Estratégia de saúde da família: entrando na história de Itaboraí

Paulo Renato Moraes Pereira e Benwinda Uchôa

Uma das ações da política de saúde pública que aconteceu em Itaboraí no ano de 2002 foi a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), que teve sua nomenclatura alterada recentemente para Estratégia de Saúde da Família (ESF). Hoje a ESF no município é composto por 34 unidades e 45 equipes. Em 2009, a ESF realizou 109.886 consultas médicas básicas, 74.616 atendimentos de enfermagem, 2.240 visitas domiciliares de enfermeiros, 3.133 visitas domiciliares de auxiliares de enfermagem e 150.512 visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde.

O avanço da saúde pública em Itaboraí está intimamente ligado à Estratégia de Saúde da Família que traçou um panorama da saúde e começou a desenvolver ações para melhorar a vida da população. Entre estas ações podemos citar: a atenção à saúde do idoso, das gestantes, das mulheres, das crianças, dos hipertensos e diabéticos e a prevenção de DST/AIDS com atividades de educação em saúde e campanhas de vacinação.

Hoje em Itaboraí são realizadas as seguintes ações em saúde: Programa de Saúde da Mulher com a realização de consultas ginecológicas; exames preventivos; consultas com adolescentes; consultas de mastologia; entrevistas para o planejamento familiar; consultas de acompanhamento da gestação de risco e consultas de pré e pós operatório. Programa DST/AIDS e suas principais ações que são: consultas médicas; atendimento social no centro de testagem e aconselhamento; testes de HIV; testes sorológicos para VRDL (*Sífilis*); distribuição de medicamentos antirretrovirais; distribuição de preservativos masculinos e femininos e distribuição de fórmula láctea infantil para lactantes. São realizados também os Programas de Saúde: Bucal e Mental da Criança e do Adolescente; de Alimentação e Nutrição; de Diabetes e Hipertensão; de Imunização; de Controle de Tuberculose; de Controle de Hanseníase e Antitabagismo.

⁸Grão do autor Paulo Renato Moraes Pereira

A assistência farmacêutica e a rede de saúde municipal são compostas por: Ambulatório Central; Centro de Atenção Psicossocial Pedra Bonita; Divisão de Vigilância Sanitária e Ambiental; Farmácia Básica; Hospital Municipal Desembargador Leal Junior; Policlínica de Especialidades Prefeito Francisco Nunes da Silva; Posto de Saúde Apolo III; Posto de Saúde Engenho Velho; Posto de Saúde Vila Rica; Unidade Básica de Saúde Chácara de Sambaetiba; unidades de Saúde da Família; três unidades móveis odontológicas e Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil no Posto de Saúde de Sambaetiba.

Contrato Social: destaque para a participação de todos

É importante ressaltar a existência de um contrato social municipal que visa garantir a realização de Conferências Municipais de Saúde e a participação social, promovendo reuniões de Capacitação e qualificação dos conselheiros de saúde e funcionários. Suas metas são: garantir condições ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) para a sua qualificação e funcionamento básico; garantir condições para a promoção de ações de informação e conhecimento sobre o SUS junto à população em geral; garantir condições para o fortalecimento da comunicação social através da imprensa para divulgar as ações e reuniões do CMS assim como as suas deliberações.

A saúde pública em Itaboraí tem avançado, mas uma cidade saudável só cresce com políticas de saúde pública e também sociais e educacionais.

Planejamento para o futuro: saber para avaliar

O plano municipal de saúde para o período de 2010 a 2013 tem como algumas de suas diretrizes: ampliar a Estratégia de Saúde da Família, aumentando o percentual de cobertura gradativamente de 74% para 83%; implantar o projeto de avaliação para melhoria da qualidade; instituir um turno para educação permanente e retomar a Ouvidoria Coletiva e a Terapia Comunitária.

Este plano tem ainda os seguintes objetivos: aprimorar e ampliar a Atenção Básica; aprimorar a atenção à saúde bucal; qualificar a atenção em saúde mental; implementar o controle do tabagismo; promover o controle da hanseníase; aprimorar e ampliar o programa municipal de DST/AIDS; fortalecer a atenção à saúde da mulher; aprimorar a atenção à saúde da criança e dos adolescentes; implementar a atenção à saúde do idoso; promover o controle da hipertensão e diabetes; promover o controle da tuberculose; prevenir e controlar as doenças imuno-preveníveis; fortalecer o programa de alimentação e nutrição e o Bolsa Família; promover a assistência social na saúde; qualificar a assistência farmacêutica e facilitar o acesso aos medicamentos estratégicos; implantar a Subsecretaria de Vigilância em Saúde; realizar o monitoramento das notificações dos casos de sífilis em gestantes com base nas estimativas de casos esperados; atenção integral às pessoas em situação de risco de violência; estruturar e fortalecer a vigilância sanitária; estruturar e instruir o serviço e as atividades de vigilância ambiental; aperfeiçoar e otimizar os trabalhos de combate aos vetores com ênfase na dengue; implantar o programa saúde do trabalhador; implementar as ações ambulatoriais especializadas na policlínica de especialidades Prefeito Francisco Nunes da Silva; implementar as ações do laboratório municipal desembargador Leal Júnior; implementar os serviços de urgência e emergência; aprimorar a gestão dos serviços de saúde; implementar o controle de avaliação e auditoria; garantir o fluxo da regulação do Sistema Único de Saúde; fortalecer a participação do controle social; ampliar a rede de equipamentos incorporando sempre que necessário os recursos tecnológicos; fortalecer a gestão do trabalho do SUS e qualificar e ampliar as ações do Núcleo de Educação em Saúde.

Com estas diretrizes e objetivos cumpridos, Itaboraí poderá oferecer serviços de Saúde Pública de qualidade para seus munícipes. Concluímos parafraseando Chico Xavier:

"Sei que não dá para mudar o começo, mas, se a gente quiser, vai dar para mudar o final."

Um pouco sobre a Estratégia de Saúde da Família

Carla Moura Lima

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), antigo Programa de Saúde da Família (PSF), foi criado para ampliar a cobertura dos serviços públicos de saúde para atender aos problemas mais comuns da população. Por isso é que a ESF faz parte da Atenção Básica. Antes da criação do PSF, o Sistema de Saúde separava os diferentes níveis de atenção. Até então, a estrutura da saúde pública se organizava por centros e postos de saúde. A assistência médica organizada por especialidades era prestada por serviços ambulatoriais e hospitalares do Instituto Nacional de Serviço de Saúde (INSS) e posteriormente Instituto Nacional de Atendimento Médico e Previdência Social (Inamps).

Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF). O PSF era a "porta de entrada" do Sistema Único de Saúde (SUS) e nasceu baseado em experiências anteriores bem sucedidas em alguns municípios brasileiros que contribuíram para o fortalecimento da política nacional de saúde na direção do que preconiza a Constituição brasileira e a Lei Orgânica da Saúde.

A Constituição Federal, em seu Artigo 6º, afirma que *"são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição."*⁷

Quanto aos deveres dos municípios, a nossa Constituição deixa claro, no Artigo 30º, parágrafo VII *"prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população."*⁸

Há dois artigos das Disposições Gerais da Lei Orgânica da Saúde, isto é, a Lei que rege a Saúde Pública do País, que expressam claramente os direitos da população:

"Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício."

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação."

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade."

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País."

*Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social."*⁹

⁷ (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 64, de 2010)

⁸ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constitucao/constitucao.htm. Acesso em 09/03/2011.

⁹ Lei Orgânica da Saúde. Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

Segundo essa mesma lei o Sistema Único de Saúde é constituído pelo "conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público."¹⁰ O SUS é fruto da Reforma Sanitária exigida pela sociedade brasileira depois de um intenso processo político na década de 1980 e é fundamentado nos princípios contidos na tabela abaixo:

Tabela 2

| Princípios éticos/doutrinários | Princípios organizacionais/operativos |
|--|---|
| Universalidade dos serviços: acesso à saúde como direito subjetivo, integrante dos direitos da cidadania. A Universalidade é o princípio segundo o qual "a saúde é direito de todos e dever do Estado" (Constituição Federal, 196, <i>caput</i>). | Descentralização dos serviços: redistribuição de recursos e responsabilidades entre os entes federados com base no entendimento de que o nível central, a União, só deve executar aquilo que o nível local, os municípios e estados, não podem ou não conseguem. A gestão do Sistema (SUS) passa a ser de responsabilidade da União, dos estados e dos municípios, agora entendidos como os gestores do SUS. |
| Equidade na prestação dos serviços: a política pública de saúde deve ser redistributiva com o objetivo de corrigir desequilíbrios sociais e regionais. Deve dar-se tratamento desigual para situações desiguais, ou seja, a cada um segundo suas necessidades objetivando proporcionar uma maior uniformidade. | Regionalização e hierarquização da rede: distribuição espacial dos serviços de modo a atender às necessidades da população por regiões e em diferentes níveis de complexidade. Exige ações articuladas entre estados e municípios, sendo-lhes facultada a criação de consórcios. |
| Integralidade da assistência: direito de as pessoas serem atendidas na íntegra em suas necessidades. É "... entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;" (Lei 8.080, 7.º, II) | Participação Social: institucionalização da democracia participativa e do consequente controle social na área de Saúde com a obrigatoriedade de constituição e de funcionamento de conselhos de saúde nos três níveis de governo. |

Fonte: Ministério da Saúde em 2011¹¹

Uma das experiências que antecederam o PSF e e que serviu de base foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que se iniciou em 1990, com resultados significativos no Nordeste. Também serviu de estímulo para a criação do PSF, a consolidação de sistemas de saúde baseados em Atenção Primária à Saúde (APS) em outros países como o Programa Medicina de Família em Cuba.

O Programa de Saúde da Família traz uma modificação no modelo de atenção à saúde nas cidades por: oferecer atendimento em comunidades menos favorecidas e com maior risco de adoecer; organizar seu trabalho centrado no indivíduo, sua família e comunidade; criar espaços para a construção da cidadania; garantir acesso a serviços de maior complexidade (como consultas com especialistas; exames e cirurgias).

Cabe lembrar que antes do SUS, apenas tinham direito a atendimentos de saúde aqueles inseridos formalmente no mercado de trabalho, cujos institutos providenciavam a assistência. Quem podia pagar pelos serviços de saúde tinha acesso a eles e o restante da população permanecia desassistida pelo poder público.

¹⁰ Itaboraí cultural, histórico,socioeconômico, ambiental, turístico, tecnológico. **Ferdinando Bastos Souza**. Documenta Histórica. 2ª ed. Rio de Janeiro, 2008

¹¹ Sistema Único de Saúde (SUS) Descentralização. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://iuh.iec.pa.gov.br/iuh/fulltext/pc/monografias/ms/descentralizasusdescentraliza2000.pdf>

Saber como o SUS se organiza é saber dos seus direitos

No SUS o cuidado com a saúde está organizado de forma hierarquizada, isto é, em níveis de atenção. Na Atenção Básica estão as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde realizadas pelas equipes da saúde da família e pelos postos de saúde e abrangem as especialidades básicas: clínica médica; pediatria; obstetrícia e ginecologia; odontologia; psicologia; serviço social e ações de enfermagem.

No nível de média complexidade estão ações e serviços de outros profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Alguns exemplos de grupos que compõem os serviços de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais são os seguintes: procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumato-ortopédicos; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; outros exames ultrassonográficos; fisioterapia; próteses e órteses e anestesia.

Já no nível de alta complexidade encontram-se os procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo. No SUS, as principais áreas que compõem a alta complexidade são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise) e de câncer; cirurgia cardíaca e de veias; assistência em doenças dos ossos e articulações (juntas); procedimentos de neurocirurgia; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; procedimentos em lábio leporino; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos queimados, aos obesos, aos que têm dificuldade para engravidar; tratamento nutricional, entre outros tratamentos oferecidos neste nível de complexidade.

A importância da Estratégia de Saúde da Família

Em todo o sistema de saúde, o PSF é considerado uma das principais estratégias de reorganização dos serviços de saúde e da atuação dos profissionais para a prevenção de doenças, reabilitação e promoção da saúde. Devido a tal reconhecimento da importância e da expansão do PSF, em 28 de março de 2006, foi emitida a Portaria 648 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O Programa de Saúde da Família passou a ser Estratégia de Saúde da Família a partir de 1997¹², pois o termo Programa pressupõe que haja uma finalização e Estratégia se constitui numa atividade contínua de reorganização da Atenção Básica do SUS. Porém, a sigla PSF ficou tão marcada que ainda hoje muitos profissionais de saúde utilizam o termo Programa ao invés de Estratégia, mas trata-se do mesmo trabalho na Atenção Básica. Como definição da Atenção Básica, a Portaria 648 traz:

“Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que

¹² Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf

devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.¹³

A Estratégia de Saúde da Família é constituída por equipes multiprofissionais com no mínimo: um(a) médico(a), um(a) enfermeiro(a); um(a) técnico(a) de enfermagem e por seis a 12 agentes comunitários (as) de saúde. Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de um número de três a quatro mil pessoas, sendo que cada agente de saúde deve acompanhar no máximo 150 famílias ou 750 pessoas moradoras de uma área geográfica delimitada, de acordo com a Portaria 648. Estas áreas são chamadas de microáreas. A atuação da equipe de Saúde da Família deve se dar por meio de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e da manutenção da saúde desta comunidade.¹⁴

As características da Estratégia de Saúde da Família são diversas, de acordo com a sua concepção: estabelece vínculos com a população; estimula a organização das comunidades para exercer o controle social dos serviços de saúde; utiliza sistemas de informações para monitoramento e avaliação de suas ações para o seu planejamento e atua por meio de parcerias em diferentes áreas sociais que afetam de forma positiva as condições de vida e saúde das comunidades.¹⁵

União, estados e municípios precisam fazer, cada um, a sua parte

A Estratégia de Saúde da Família é formulada e coordenada nacionalmente pelo Ministério da Saúde que garante: recursos financeiros; regulamentação dos mecanismos de cadastramento, inclusão e exclusão das equipes para pagamentos e incentivos federais; prestação de assessoria técnica aos estados e municípios para a implantação e expansão do programa; articulação de instituições em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para a Capacitação e garantia de educação permanente dos profissionais membros das equipes de ESF, promovendo intercâmbio de experiências para o aperfeiçoamento e a disseminação de conhecimentos que melhorem a Atenção Primária.¹⁶ As funções das Secretarias Estaduais de Saúde na Estratégia de Saúde da Família são: auxiliar o Ministério da Saúde na elaboração de normas e diretrizes complementares; assessorar os municípios na implantação, monitoramento e expansão da ESF; facilitar o processo de educação permanente disponibilizando conhecimentos para as equipes; promover intercâmbios entre os diversos municípios; participar do financiamento global da saúde.¹⁷

O papel das Secretarias Municipais de Saúde é fundamental, pois são elas que: operacionalizam a Estratégia de Saúde da Família inserindo-a em sua rede de serviços. Os municípios devem garantir toda a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades de Saúde da Família, isto é: local adequado, equipamentos, materiais e medicamentos, por exemplo. Cabe também às

¹³ Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>

¹⁴ A formação em saúde da família: uma estratégia na consolidação do SUS. Fátima Buchele, Elza Berger Coelho, organizadoras. – Florianópolis: Ed. Da UFSC, 2010

¹⁵ Apelo ao Programa Saúde da Família. Autor: Luis Fernando Rolim Sampaio, Pedro Gilberto Alves de Lima. Em 08 de janeiro de 2004. Disponível em http://www.saudedafamilia.rs.gov.br/v1/contudo/index.php?p-p_30

¹⁷ Lei Orgânica da Saúde. Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Secretarias Municipais a seleção, a contratação e a remuneração dos profissionais de saúde que compõem as equipes, de acordo com a legislação. Enfim, apesar de ser nacional, a Estratégia de Saúde da Família atenderá melhor a sua população se as ações dos gestores municipais forem na direção da valorização da saúde pública e, conseqüentemente, dos seus cidadãos, em especial aqueles que vivem em comunidades menos favorecidas.

Segundo o Guia Prático do PSF, em geral, as cidades implantam o Programa Saúde da Família por insistência da comunidade (que vê bons resultados em municípios vizinhos), por necessidade de achar uma solução para os graves problemas de saúde locais, por influência de algum médico da rede pública, por estímulo do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde. Qualquer que seja a razão determinante, no final de tudo o sucesso da ESF vai depender do prefeito. É ele quem toma todas as decisões, principalmente quando seleciona quem estará à frente da Secretaria Municipal de Saúde.

História da Associação dos Agentes Comunitários de Saúde de Itaboraí¹⁸

Paulo Renato Moraes Pereira, Carla Moura Lima e Márcia Regina Florentina da Silva

“O Agente Comunitário de Saúde é um soldado”

(Carlos Albuquerque - presidente da AACCS)

Este texto foi escrito a partir da diretoria da Associação dos Agentes Comunitários de Saúde (AACCS), em entrevista à Prof^a Carla Moura Lima,¹⁹ com a finalidade de reconstituir a história da AACCS, lembrando seus momentos iniciais, conquistas, decepções e objetivos. As falas dos entrevistados foram organizadas e aqui são apresentadas em discursos coletivos.

Essa entidade vem se tornando um importante instrumento de luta para o agente comunitário de saúde do município de Itaboraí. A entrevista aconteceu na sede da Associação dos Moradores e Amigos do Bairro Joaquim de Oliveira – Amabarjo, periodicamente cedida à AACCS para a realização de suas atividades.

O início da luta

A Associação dos ACS surgiu pouco depois do processo seletivo²⁰, com o objetivo de iniciar a luta pela efetivação no cargo de Agente Comunitário de Saúde e a busca pelo reconhecimento da profissão, tanto pela administração municipal, quanto pela comunidade onde estão inseridos. Nessa época, em 2003, foi criada uma Comissão Representativa para discutir os direitos desses profissionais.

Segundo os diretores, nas primeiras capacitações oferecidas aos agentes comunitários de saúde, constatou-se a necessidade de tornar o grupo mais unido e a partir daí, formar uma comissão com sonhos e ideais. “Fundamos a AACCS, em 2003, e juntos com o Sindsprev viajamos para Brasília. A primeira vitória foi a lei federal nº 10.507 que regulamentou o trabalho dos agentes reconhecendo-os como profissionais de saúde. Esta foi uma grande conquista para nós.”

É preciso ter em mente que os agentes comunitários de saúde são um elo entre a comunidade e o restante da equipe. “É com este pensamento que se deve atuar, buscando oferecer o

¹⁸ Diretores que participaram da entrevista coletiva: Carlos Roberto de Almeida de Albuquerque – Presidente e o vice José Castorino da Silva, Felipe Silva - Conselho Fiscal e Subcoordenador, demais conselheiros Júlia Maria Reis Silva, Evandro D. C., Cátia Santana da Frota, Elisângela Dias de Carvalho, Benvidinha Maria Uchoa; Jorge Antônio da Silva Machado – Secretário de Administração; Márcia Suely Sant Ana Nogueira – Tesoureira.

¹⁹ Colaboração de Márcia Florentina.

²⁰ Realizado pela Prefeitura Municipal de Itaboraí em 2002. Os Agentes Comunitários de Saúde – ACS passaram a compor as equipes de saúde da família em todo o município.

melhor. Sabe-se que não é fácil, pois muitas dificuldades estão presentes em nosso trabalho, muitas vezes os profissionais ficam decepcionados e abatidos quando os obstáculos cruzam os seus caminhos. Contudo, é preciso seguir em frente mesmo quando são massacrados pelos governantes que pouco se importam em saber se o Programa de Saúde da Família está dando resultado ou não."

Há alguns anos a AACs vem garantindo cadeiras no Conselho de Saúde do Município. Na gestão anterior, a AACs tinha quatro cadeiras no Conselho de Saúde e nesta gestão (2008-2012) conquistou seis cadeiras, "o que significa uma honra e também uma grande responsabilidade."

Dois pessoas importantes

Seus diretores destacam a participação fundamental do Dr. Roberto Fuchs, médico, que os ajudou na fundação da Associação, e a Dra. Mônica Almeida, que era a secretária municipal de Saúde de Itaboraí da época (2003).

"Um dia estávamos no cartório para registrar um documento, fizemos um rateio, com o dinheiro que tínhamos e faltavam R\$ 64,00 (sessenta e quatro reais). E ninguém tinha mais nada. Aí pensamos: o sonho acabou. O Dr. Roberto Fuchs gentilmente pagou o registro do documento. O nosso salário era de R\$ 220,00 (duzentos e vinte reais), na época, muito pouco para fazermos alguma coisa. Graças a Deus conseguimos."

"A Dra. Mônica foi uma grande parceira como gestora. Ela reconheceu o direito desses trabalhadores. Sempre teve um respeito muito grande pela categoria. Ela é uma médica sanitária muito competente. Hoje (2010) está na coordenação da Atenção Básica do governo estadual."

Lutas e conquistas

"Quando nosso contrato de dois anos findou, a gente tinha direito a uma recontração por mais dois anos, e após quatro anos de trabalho, a gente entendeu que não podia ser mandado embora. Fizemos um documento para a Câmara de Vereadores do Município, ressaltando que o nosso trabalho, as nossas capacitações, todo o dinheiro que foi investido em nós, não podia ser jogado no lixo. Começou então uma articulação, sempre no sentido da efetivação da categoria. Finalmente, em julho de 2008, nós fomos efetivados como estatutários."

"Começamos a lutar também pela nossa insalubridade e hoje nós recebemos adicional por insalubridade (...) esse repasse que a gente recebe do Ministério, não chega a todos os municípios. É um privilégio conquistado mediante muita luta. Foi outro processo trabalhoso para a gente, mas que acabamos conquistando."

"Estamos na luta pelos 40% para os servidores públicos, que trabalham 40 horas semanais. Porque isso está na Lei Orgânica do Município, está no estatuto do servidor do Município e a gente não pode deixar para trás."

O movimento pela inclusão dos outros companheiros

"Hoje em Itaboraí podemos dizer que somos estatutários, mas temos companheiros nossos em outros municípios que ainda não são. Precisamos lutar pela inclusão de todos os companheiros que fazem o mesmo trabalho. Todos têm direito à insalubridade! Nós temos que lutar por isso. A associação luta sempre pelos direitos do agente comunitário de saúde."

Um não à privatização da Saúde Pública em Itaboraí

O principal objetivo da AACs é a garantia dos direitos trabalhistas. No ano de 2010, a gestão de saúde do município iniciou um movimento para a implantação das chamadas Organizações

Sociais (OS), o que foi fortemente combatido pela AACCS, por entender que contribuía para o enfraquecimento da categoria.

"Na Conferência de Saúde nós combatemos isso acirradamente. Queria-se implantar aqui uma política de privatização do setor público. O que mais nos espantou, não foi a proposta da Organização Social dentro do município, foram servidores, que já tinham um nível acadêmico, como enfermeiros e médicos, que se iludiram com aquela questão do aumento salarial, que a OS propunha naquela época, em relação ao aumento dos servidores."

"Fomos muito penalizados por combater essa OS, mas achamos que venceu o bom senso, a pujança. O nosso ideal de não permitir que essa OS fosse implantada no nosso município foi assegurado. A gente entendia como um fator degradante a privatização e precarização da Saúde no nosso município. Não podíamos deixar de falar disso!"

"Foi uma luta acirrada que teve um papel fundamental. Estávamos todos lá, os trabalhadores e os diretores da Associação. Foi uma vitória."

A luta por melhores condições de trabalho

Apesar das conquistas obtidas, a Associação reclama melhores condições de trabalho. De acordo com a Portaria 648²¹ do Ministério da Saúde, cada ACS deve ser responsável por no máximo 750 pessoas, o que não vem acontecendo no município de Itaboraí, já que há uma defasagem de pessoal na Estratégia de Saúde da Família.

"Hoje nós já temos uma defasagem muito grande de agentes comunitários de saúde. Não estamos trabalhando dentro dos conformes, como preconiza a portaria 648. Na realidade teríamos que ter em torno de 550 agentes comunitários trabalhando. Não só agentes comunitários, mas a ampliação do Programa Saúde da Família, com a contratação de mais médicos. Acreditamos que a falta de profissionais não acontece só em Itaboraí, mas em todo o estado do Rio de Janeiro."

Objetivos futuros da Associação

Além da finalidade de reivindicar direitos trabalhistas, a AACCS vem desenvolvendo outro importante papel: a busca pelo aprimoramento profissional dos agentes comunitários de saúde e a aprovação do (PCCS) Plano de Cargos, Carreira e Salários da categoria.

"A gente não pode ter um profissional inserido na saúde, se ele não estiver se capacitando para isso. Achamos que o objetivo maior da nossa Associação é incentivar a categoria a se aprimorar, a cursar uma faculdade, a lutar diariamente pelos seus direitos. Hoje a gente tem como objetivo não só o curso técnico. A grande luta, que não é só a luta da AACCS, mas de todos os profissionais de saúde, é elaborar o PCCS. Mas, para isso, a gente tem que ter uma qualificação técnica. É uma luta constante."

"As negociações para implantação de cursos de ensino técnico já estão em andamento. A intenção da AACCS é realizar cursos em parceria com instituições de ensino reconhecidas pelo Ministério da Educação."

"A gente foi fazer um primeiro contato com a coordenadora da Educação à Distância. Fomos muito bem recebidos. É um curso semi-presencial, à distancia, que a gente viu que é reconhecido pelo MEC, pelo Sistema de Formação do Ensino Técnico (Sistec), na modalidade da universidade aberta do Brasil. Assim, vai melhorar e muito a nossa qualificação."

²¹ A Portaria 648/2006 do Ministério da Saúde estabelece a Política Nacional de Atenção Básica, reverendo as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

"A AACS dispõe de um Blog²³, no qual podem ser encontrados não só o estatuto da entidade, como também seu regimento interno, cujo nível de detalhamento impressiona."

O lugar da AACS²⁴

Os associados falam com orgulho da representatividade da AACS, hoje consultada por outras associações em formação e recebendo o reconhecimento por parte do Sindicato dos Trabalhadores Federais em Saúde e Previdência – Sindsprev, do qual a AACS faz parte.

"Fomos a primeira Associação do estado do Rio de Janeiro que poderia falar e ser ouvida dentro do Sindsprev. Hoje temos um espaço que conquistamos com muita luta."

"Nós fomos participantes atuantes, militantes da criação da lei 11.350, quando ela tramitava no Congresso Nacional. Esta lei regula as ações do agente comunitário de saúde. Quando chegamos a Brasília, tivemos uma recepção "calorosa" da polícia. Graças a Deus não saiu pancadaria, porque a gente explicou que nós estávamos ali em um movimento pacífico. Como sempre, orientamos nossos companheiros. Como diretores, fazemos do nosso movimento, uma reivindicação pacífica, sem baderna. A gente conversa com os vereadores aqui, negocia, vê o que dá, o que não dá. O que não dá agora a gente volta a persistir mais tarde. É uma luta muito longa, árdua. Onde a gente sofre muita pressão (...), mas achamos que o que sempre levou a gente a preservar na luta é a fé que a gente tem de criar um grau de modificação social dentro desse município. Queremos instituir uma cultura de políticas públicas de saúde, que possam transformar realmente o nosso município, que não é só carente economicamente, mas culturalmente. Itaboraí era um município agrícola e passou a ser uma cidade dormitório. Hoje nós estamos sofrendo um grande impacto, passaremos a ser um município industrial. Muitas empresas vão se instalar aqui com o Comperj."

"Organizar uma federação de agentes comunitários de saúde no estado, construir uma sede no centro da cidade são sonhos da AACS. Alguns em curso para se tornarem realidade."

"O sonho dessa Associação é também a fundação da Federação dos Agentes Comunitários de Saúde do estado do Rio de Janeiro. Esse sonho nosso já está começando a se realizar, já tivemos algumas conversas. Não vai ficar só no sonho."

Perspectivas e desafios com o Comperj

A instalação do Complexo Petroquímico em Itaboraí traz muitas incertezas. Especialmente na área de saúde e há uma preocupação em relação ao bem-estar da população. A qualidade do ar e das águas também vem preocupando a AACS, por isso, novas perspectivas de saúde devem ser pensadas para Itaboraí.

"A indústria de petróleo está começando a se instalar aqui. A qualificação técnica e profissional ainda não está adequada à realidade, ao impacto que o Comperj vai criar dentro do nosso município. A gente sabe que vai ter benefícios com a criação do Comperj no município, mas também haverá malefícios. A gente precisa definir algumas questões, principalmente, na área da saúde. É uma proposta da AACS, da última Conferência de Saúde, adequar o hospital municipal para o atendimento a queimados, por exemplo, já que a procura por essa especialidade deve aumentar com o início das atividades industriais."

²³ <http://aacs-itaborai.blogspot.com/search/label/Legisla%C3%A7%C3%A3o>

²⁴ Composição atual da AACS (2011): Conselho Administrativo: Presidente - Carlos Roberto de Almeida Albuquerque; Vice-Presidente: José Castorino da Silva; Secretária Geral: Maria Aparecida Barbaran Passos; Coordenador de Apoio: Jorge Antônio Silva Machado; Tesoureira: Márcia Suelli Sant'ana Nogueira; Conselho Fiscal: Coordenador - Ailton de Almeida Jr; Subcoordenadores: Felipe Silva; Benvinda Uchoa; Cátia Santana da Frot; Elisângela Dias de Carvalho; Evandro Dias de Carvalho; Júlia dos Reis e Sônia Maria da Conceição.



PROJETO CIDADES SAUDÁVEIS

Carla Moura Lima e Márcia Regina Florentina da Silva



O Projeto “Cidades Saudáveis: Saúde, Inovação Tecnológica e Desenvolvimento Urbano na Área de Implantação do Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro/ Itaboraí – Comperj/RJ”, iniciado em meados de 2008 e terminado no início de 2011, foi desenvolvido pelo Departamento de Endemias Samuel Pessoa (DENSP) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

A publicação “Por uma Itaboraí Saudável” é um dos produtos do Projeto Cidades Saudáveis - Itaboraí, como ficou conhecido entre nós. Esta publicação tem o objetivo de compartilhar a experiência realizada pela Ouvidoria Coletiva, melhor explicada no capítulo seguinte, de modo a contribuir com a implantação de iniciativas semelhantes.

Breve introdução

Ao estudar o impacto social e ambiental de um projeto de enormes proporções de investimento na região de Itaboraí, devemos considerar sua localização sócio-espacial na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, levando em conta os mega-eventos mundiais que se aproximam, como a Copa do Mundo de 2014 e os Jogos Olímpicos de 2016. Esses acontecimentos terão um impacto profundo no ordenamento da vida dos habitantes da cidade e da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, redesenhando os mapas urbanos do ponto de vista das infra-estruturas de trânsito, comunicação, informação, habitação, saneamento, emprego e, obviamente, da distribuição da renda.

No entanto, outros eventos tão grandes como os da Copa do Mundo e dos Jogos Olímpicos estão acontecendo com o mesmo impacto, a exemplo do Comperj, e que não dispõem da mesma visibilidade por parte da imprensa, exceto quando as notícias são negativas.

De qualquer modo, por mais amplas que possam ser as pesquisas e o envolvimento dos grupos de diferentes instituições públicas na tentativa de medir e avaliar os impactos desses mega-projetos e eventos, sempre serão aproximações devido à dificuldade de dar conta da complexidade do fenômeno.

Para nós, coordenação e equipe do projeto “Cidades Saudáveis - Itaboraí”, interessa pensar a cidade saudável como um amplo movimento social, pautada na ideia de que o direito à cidade implica conceder a palavra e a ação aos atores populares que lutam por ela, em sua pluralidade de interesses, culturas e valores.

Na medida em que se trava no terreno concreto da cidade, a luta por esse direito, pondo em questão o acesso a terra e aos serviços, a segurança da posse, o direito de ir e vir, confrontando-se com as privatizações, a especulação imobiliária, os abusos e o tráfico de poder, a desregulamentação do espaço público, o planejamento urbano para os interesses de poucos. Certamente, contra os mega-projetos e mega-eventos, construídos sob a lógica da acumulação de capital, à margem da participação popular.

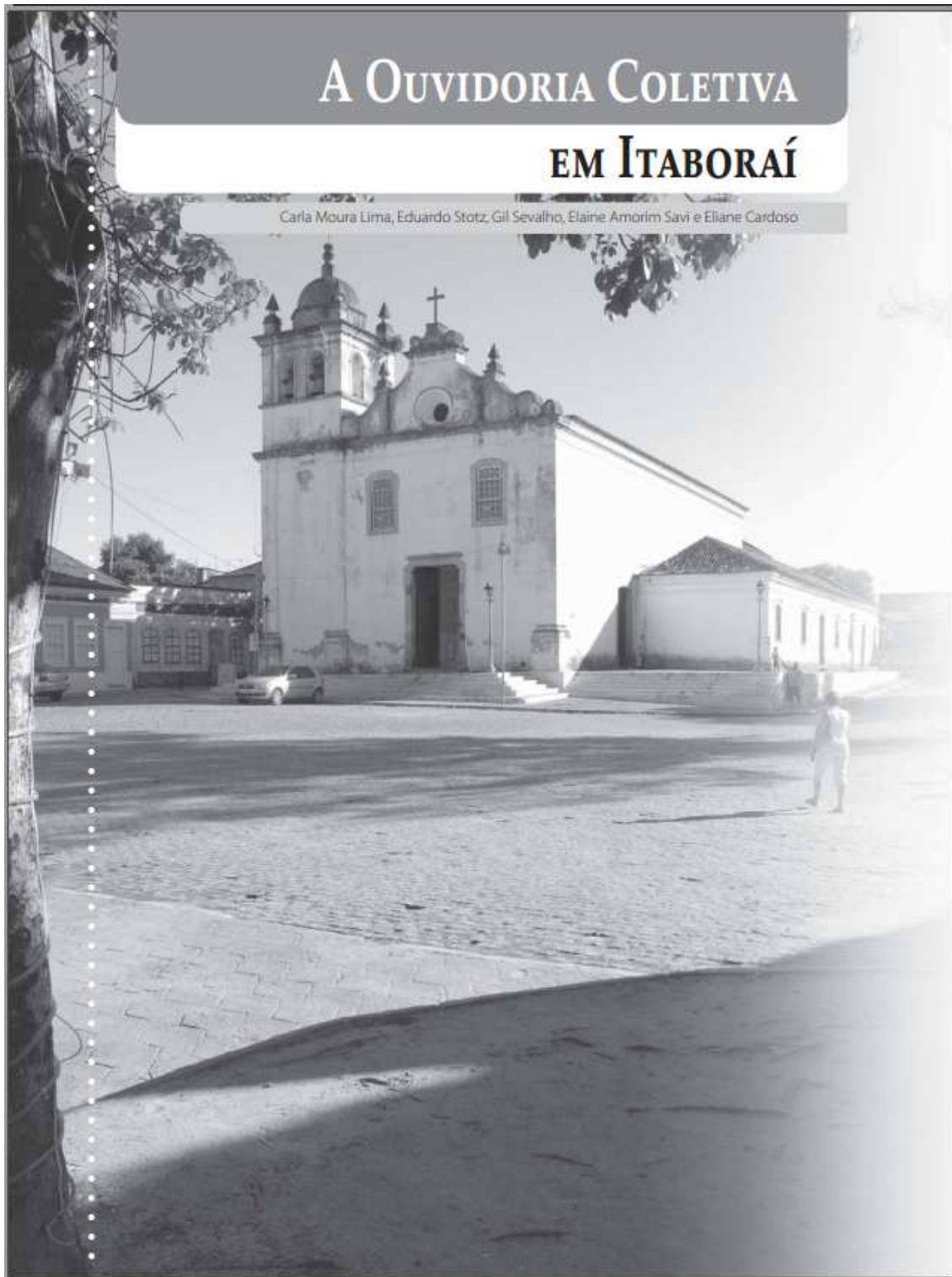
Devemos pensar, no caso de Itaboraí, a instalação do pólo como uma bifurcação que leva a um futuro incerto. É preciso acompanhar (intervindo) na viagem para o futuro. É importante a colaboração com a educação, em especial, com a perspectiva da Educação Popular em Saúde.

Em termos de ações, devemos utilizar práticas construídas em comum com a população local, no nosso caso, metodologias participativas nos campos da educação, saúde e urbanismo. Metodologias estas que entre outros resultados, possam contribuir para a democratização das políticas públicas, o fortalecimento das organizações populares e a melhoria da qualidade dos serviços públicos de saúde oferecidos as populações que vivem em contextos de pobreza. Caso contrário, os sentidos continuarão a escapar aos pesquisadores científicos, principalmente dos campos da educação e da saúde. É preciso, no entanto, utilizar, em nosso trabalho, metodologias capazes de incorporar o modo como as pessoas das classes populares elaboram seu conhecimento do mundo, levando em consideração as situações de opressão e medo do cotidiano.

A OUVIDORIA COLETIVA

EM ÍTABORAÍ

Carla Moura Lima, Eduardo Stotz, Gil Sevalho, Elaine Amorim Savi e Eliane Cardoso



Introdução

A proposta de Ouvidoria Coletiva elaborada com base na metodologia da Educação Popular em Saúde foi desenvolvida na perspectiva da ampliação da concepção tradicional de ouvidoria, no intuito de contribuir para a participação popular no SUS e a mobilização social na busca de soluções para enfrentar os impasses gerados pelos determinantes sociais do processo saúde-doença com base nos trabalhos de Victor Valla e Eduardo Stotz, pesquisadores da ENSP/Fiocruz¹

A metodologia da Ouvidoria Coletiva pressupõe a formação de pequenos grupos – Fóruns-, compostos por diferentes atores sociais. Tem como objetivo principal compreender as condições de vida e de saúde da população de um determinado local, as formas encontradas por ela para lidar com seus problemas e, também, mobilizar novas possibilidades de enfrentamento dos mesmos. Para tanto, privilegia o diálogo e a escuta da diversidade, analisando cada tema proposto para discussão – problema – por vários ângulos.

Tal metodologia amplia a concepção das ouvidorias tradicionais, na medida em que a “escuta” excede o âmbito dos serviços públicos de saúde, pois não se restringe a avaliar o atendimento oferecido, e sim obter maiores informações sobre as condições de vida das comunidades, a partir da percepção de participantes representativos da situação investigada. Nesse sentido, se constitui numa ouvidoria autônoma, isto é, não vinculada a um órgão público específico e, portanto, não responsável pelo serviço de atendimento ao consumidor.

Após as reuniões iniciais em 2008 com atores sociais de Itaboraí, a gestão da Secretaria Municipal de Saúde propôs a elaboração de uma Capacitação para a Atenção Básica que estabelecesse as bases para a implementação de fóruns de Ouvidoria Coletiva nas Unidades de Saúde da Família do município.

Objetivos

Seu **objetivo geral**: capacitar profissionais de saúde no processo de Ouvidoria Coletiva que possibilite levantar e ampliar dados qualitativos acerca das condições de vida, saúde e trabalho dos grupos populacionais residentes de Itaboraí, tendo como base a abordagem da construção compartilhada do conhecimento.

Objetivos específicos:

1. Capacitar os profissionais da Saúde da Família do município de Itaboraí para a coordenação de fóruns de Ouvidoria Coletiva;
2. Levantar dados qualitativos relativos à influência dos determinantes sociais da saúde e suas conseqüências na qualidade de vida da população, nos Fóruns de Ouvidoria Coletiva;
3. Favorecer o estabelecimento de redes e/ou parcerias entre diferentes atores locais;
4. Organizar um banco de dados atualizado sobre as condições de vida na região;
5. Registrar, analisar e avaliar todo o processo;
6. Elaborar um dossiê em cada ano: relatório detalhado sobre o acompanhamento das atividades;
7. Contribuir para o aumento contínuo do protagonismo dos participantes da pesquisa utilizando a metodologia da Educação Popular em Saúde;
8. Contribuir para a formulação de políticas públicas em saúde que considerem a experiência e o saber das populações em busca de soluções para seus problemas.

¹ INFORME ENSP: Ouvidoria Coletiva: os impasses da saúde no contexto da pobreza [on line]. 2006 Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal/Arquivos/18102006>

Alcance dos objetivos

Metodologias participativas, a exemplo da Ouvidoria Coletiva, podem contribuir de maneira particular para a análise do impacto da implantação do Comperj sobre a saúde pública e a saúde ambiental e urbana de Itaboraí, o que permite às autoridades, em cada nível de governo, na área de abrangência do Comperj, adotarem simultaneamente medidas de caráter antecipatório e de mitigação dos impactos previstos em cenários de curto e médio prazos.

A partir do diálogo estabelecido entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Fiocruz, por ocasião da formalização da parceria para a execução do projeto Cidades Saudáveis, a Secretaria demonstrou interesse pela metodologia da Ouvidoria Coletiva, como uma estratégia de aprofundamento do diálogo entre os profissionais de saúde e outros sujeitos envolvidos na vida comunitária das localidades em torno das Unidades Básicas de Saúde da cidade.

A decisão dos gestores da Secretaria Municipal de Itaboraí de solicitar a elaboração de um processo formativo e oferecer a Capacitação Técnica em Ouvidoria Coletiva deve-se à compreensão da necessidade do serviço público de saúde avançar e aprofundar o conhecimento sobre as mudanças nas condições de vida da população, em virtude das aceleradas transformações na cidade iniciadas em 2008 com as obras de implantação do Comperj.

A Estratégia de Saúde da Família em Itaboraí constituiu-se em um lócus privilegiado para a implantação da Ouvidoria Coletiva como metodologia inovadora em Educação Popular e Saúde, assim como para a obtenção de dados qualitativos, até então invisíveis, acerca das condições de vida da população, capazes de monitorar e avaliar os impactos do Comperj na sua saúde.

A hipótese é a de que o diálogo entre os profissionais de saúde da ESF, com lideranças comunitárias, religiosas e outros profissionais inseridos nas localidades identifique e dê voz a situações vividas pela população mais pobre que, na maioria das vezes, não chega aos serviços de saúde, devido à precariedade das suas condições de vida. Além disso, amplia a compreensão dessas situações uma vez que incorpora a visão de diferentes atores sociais.

Itaboraí destaca-se como a cidade com mais de 200.000 habitantes com maior cobertura em ESF do estado do Rio de Janeiro, 76,23%. Ocupa um destaque de cobertura de ESF em relação a municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro, como se observa na tabela abaixo.

Tabela 1 - Cobertura dos municípios de próximos com mais de 200 mil habitantes

| Município | População estimada - 2008 | Cobertura de ESF |
|----------------|---------------------------|------------------|
| Rio de Janeiro | 6.136.656/habitantes | 6,77% |
| Niterói | 476,671/habitantes | 25,34% |
| São Gonçalo | 973.372/habitantes | 36,47% |
| Itaboraí | 220.982/habitantes | 76,23% |

Fonte: Ministério da Saúde/2008.

Em 2008, Itaboraí tinha 44 equipes de ESF alocadas em 36 unidades de saúde² e um Conselho Municipal de Saúde que contava com a participação ativa de lideranças comunitárias de diversas partes do município.

² TCE, 2007. Estudo Socioeconômico Itaboraí. Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria-Geral de Planejamento. Disponível em: http://www.seterj.com.br/pdfs/dados_itaboraí.pdf Acesso em 20/10/2008.

O curso de Capacitação aconteceu em três módulos entre agosto e dezembro de 2008, incluindo a realização dos primeiros Fóruns de OC, bem como o relato da experiência pelas equipes da ESF. A Capacitação em Itaboraá se deu com os participantes divididos em seis turmas com 80 pessoas em média, perfazendo um total de 480 participantes.

A seguir, apresentamos um breve relato sobre a Capacitação para oferecer uma ideia do atual status do processo.

O Módulo I teve por objetivo sensibilizar os participantes para a importância da escuta atenta para os profissionais de saúde e, em especial, para a metodologia da Ouvidoria Coletiva. Para tanto, foram explicados os objetivos da Capacitação, os procedimentos metodológicos, feita a apresentação de todos e foram utilizados exercícios de concentração individual e de integração do grupo, a partir da prática da escuta atenta. A sensibilização foi reforçada com a leitura coletiva de um texto sobre o tema.

A sensibilização para a escuta também se deu pela realização de uma roda de Terapia Comunitária Temática,³ no qual os participantes responderam à questão abaixo:

Que tipo de sofrimento mais toca você no seu trabalho? Como você faz (fez) para lidar com isso? Cite um caso como exemplo.

Depois das falas de todos, seguiu-se debate e avaliação das experiências propostas no módulo e foram apresentados os textos de apoio da Capacitação para serem lidos entre o primeiro e o segundo módulo.

O Módulo II da Capacitação apresentou a experiência de Ouvidoria Coletiva realizada pela equipe na região da Leopoldina e promoveu um debate com os participantes. Além de ouvir a opinião de todos sobre a pesquisa relatada, suas dúvidas e expectativas foram consideradas para a continuidade do processo. Neste momento da Capacitação, todos tiveram a oportunidade de ouvir profissionais da saúde e lideranças comunitárias, falando das dificuldades por eles enfrentadas no cotidiano do trabalho. Questões como a impotência diante da realidade, o sofrimento que disso advém, a sobrecarga e as incertezas quanto à continuidade das suas atividades foram discutidas por todos. Outra questão relevante foi a necessidade de se pensar em formas de dar mais atenção aos cuidadores, isto é, aos próprios profissionais de saúde, em especial, os agentes comunitários de saúde.

Após o debate os participantes se dividiram em subgrupos para um levantamento prévio de temas que consideravam relevantes para as discussões nos Fóruns de OC e quais seriam os potenciais participantes, de acordo com a realidade de cada local. O gráfico abaixo representa uma compilação dos resultados dos trabalhos realizados nos subgrupos.

³ A Terapia Comunitária é uma técnica de trabalho com grupos que objetiva a partilha de experiências de vida e sabedorias, identifica e reflete acerca de situações-problema, potencializa recursos individuais e coletivos, de modo a encontrar caminhos para resolução dos problemas.

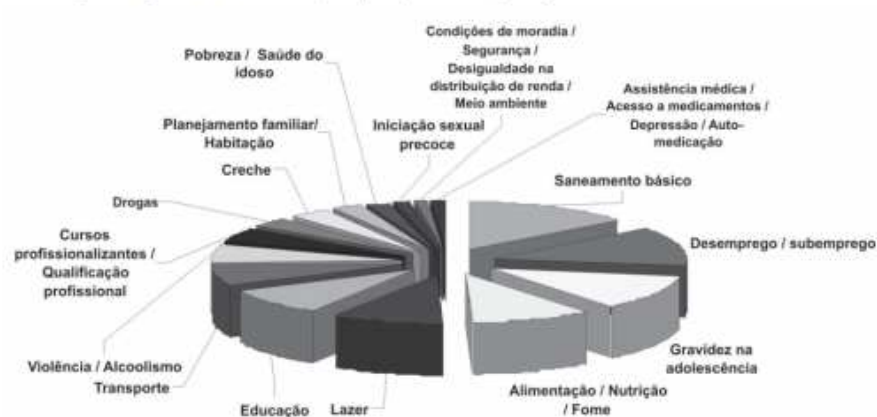


Participantes fizeram dinâmicas em grupo



Depois da apresentação individual, participantes fizeram exercícios de concentração

Figura 1 – Sugestões de Temas feitas pelos participantes da Capacitação



Ao lembrar que a maioria dos participantes da Capacitação é composta de moradores e moradoras de Itaboraí, pode-se perceber que os temas escolhidos como prioritários, correspondem aos que apareceram nos fóruns realizados e conseqüentemente, a questões que preocupam as pessoas.

Entre os módulos II e III, os gestores da Secretaria Municipal de Saúde foram consultados para reafirmar os compromissos assumidos com a Fiocruz a fim de viabilizar a realização dos Fóruns de Ouvidoria Coletiva pelas equipes de ESF que, voluntariamente, decidissem aderir à proposta. De posse das respostas necessárias o Módulo III foi planejado de modo a contemplar as dúvidas dos participantes.

O último módulo aconteceu depois das eleições municipais. Havia uma expectativa de quebra da continuidade do projeto, uma vez que o candidato eleito não foi o apoiado pelo então prefeito.

O principal objetivo do Módulo III da Capacitação foi esclarecer as dúvidas acerca da metodologia e avançar no processo de construção coletiva da metodologia da Ouvidoria Coletiva em consonância com as necessidades de Itaboraí. Nessa ocasião foram realizadas dinâmicas grupais com vistas a trabalhar a concentração e a favorecer a reflexão acerca do trabalho em equipe, assim como fóruns experimentais de OC.

Os participantes assistiram uma apresentação intitulada "Ouvidoria Coletiva em Itaboraí: possibilidades e desafios", onde foram apresentados os principais fundamentos da metodologia e os resultados do trabalho realizado em grupos no módulo anterior. Após a apresentação os participantes debateram sobre a metodologia da OC e em seguida, dividiram-se em subgrupos para discutir a articulação do trabalho da ESF-Itaboraí com a equipe do projeto Ouvidoria Coletiva.

Ficou acordado que cada equipe de ESF deveria realizar um fórum de Ouvidoria Coletiva e apresentar um relatório como condição para receber o certificado de conclusão da capacitação. A continuidade do processo se daria por adesão voluntária. Cabe ressaltar que mesmo a adesão à realização dos fóruns de Ouvidoria Coletiva sendo voluntária, todas as equipes de ESF se comprometeram em fazê-lo.

Ao final do Módulo III, todos receberam um roteiro para a constituição dos primeiros fóruns de OC e para a elaboração dos relatórios. Os participantes avaliaram positivamente a capacitação como um todo.

Resultados dos primeiros fóruns de Ouvidoria Coletiva

As equipes das unidades de saúde receberam um roteiro para elaborar os relatórios a fim de garantir que os mesmos contivessem as informações básicas necessárias para a compreensão do processo de realização de cada fórum, desde sua organização. Mesmo assim, a maioria dos relatórios que foram entregues descreve as etapas do trabalho tão resumidamente, que não ficou claro se os participantes realmente entenderam o tema discutido. Cabe ressaltar que a maioria das equipes fez, pelo menos, uma reunião em que cada membro da equipe de ESF assumiu o compromisso de realizar uma tarefa preparatória para o fórum.

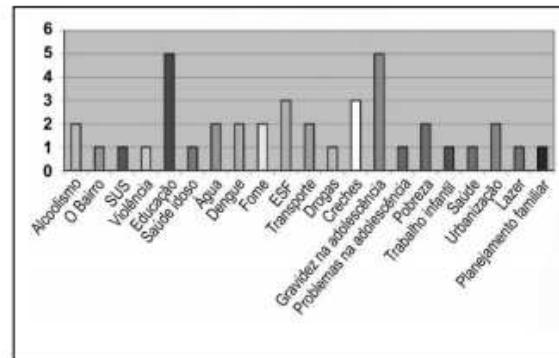


Após as reuniões foram entregues relatórios

As informações contidas nos relatórios serão aqui apresentadas por meio de uma compilação inicial das informações em gráficos.

Dos 27 fóruns realizados os temas mais discutidos foram: saneamento básico; alcoolismo; o bairro; o SUS; violência; educação; saúde do idoso; dengue; fome; Estratégia de Saúde da Família; transporte; desnutrição; drogas; adolescência (gravidez e dificuldades) e lazer.

Figura 2 – Primeiros Fóruns de Itaboraí /Temas discutidos



O gráfico ao lado mostra que os temas mais discutidos nos fóruns foram educação e gravidez na adolescência. Ambos os temas relacionam-se diretamente com a implantação do Comperj na região.

O tema educação, por ser escolhido por vários fóruns, revela a preocupação da população com o ensino de jovens e adultos. A primeira preocupação diz respeito à percepção de que a maioria da população tem baixo grau de escolaridade, em geral com apenas o nível fundamental de ensino. Os participantes de vários fóruns identificaram a necessidade de aumentar a escolaridade para promover o acesso aos cursos profissionalizantes, como segundo ponto de preocupação.

Na época em que foram realizados os primeiros fóruns, havia a crença de que milhares de vagas seriam oferecidas para a população local mediante a Capacitação desses trabalhadores através de cursos profissionalizantes na área industrial e de petróleo. Em relação ao mercado de trabalho, os moradores demonstram **“o medo de perder o trem da história.”**

43

Em 2010, nos discursos expressos durante grupos focais realizados em unidades de saúde diferentes ficou evidente que as almeçadas vagas não apareceram. A população empobrecida não demonstra mais tanta esperança na geração de empregos pelo Comperj. Segundo o IBGE, há uma distinção de pobreza também pela falta de oportunidades e poder. Quanto maior a vulnerabilidade de grupos sociais, tanto maior a probabilidade de acirrar essa condição. Neste sentido, somente o crescimento econômico não será suficiente se os pobres não forem capazes de usufruir seus benefícios por falta de treinamento, saúde ou acesso à infra-estrutura básica⁴.

Outro tema que mereceu destaque nos fóruns de OC foi a gravidez na adolescência. A percepção do aumento do número de casos já configurava uma preocupação para todos, agravada pelo receio de que a chegada de grande quantidade de homens sozinhos para o trabalho de construção das instalações do Comperj pudesse agravar ainda mais a situação.

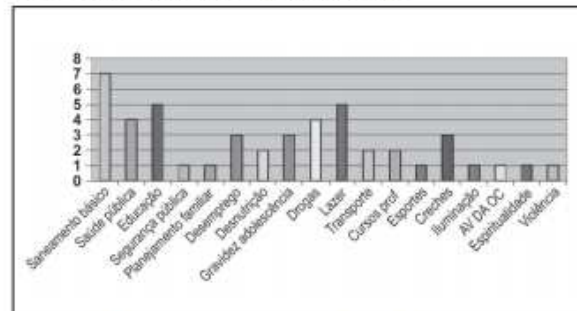
Um dos resultados desse processo foi a reformulação do trabalho nas unidades de saúde, cujos profissionais de saúde relataram terem adquirido novas formas de lidar com as adolescentes atendidas. Como veremos adiante, o problema continua a preocupar os profissionais.

Profissionais de saúde de uma das unidades que discutiu o tema, durante um grupo focal em 2010, confirmaram a continuidade do aumento de adolescentes grávidas.

Ainda no primeiro fórum de OC, os grupos tiveram a tarefa de elencar temas que julgassem relevantes para serem discutidos nos fóruns de 2009. Os temas considerados prioritários foram: saneamento básico; educação; lazer; saúde pública; drogas; creches; desemprego; desnutrição; gravidez na adolescência; cursos profissionalizantes; segurança pública; planejamento familiar; esportes; iluminação pública; avaliação da OC; espiritualidade e violência.

Na figura abaixo apresentamos os temas escolhidos nos 27 fóruns para serem discutidos em 2009.

Figura 2 – Primeiros Fóruns de Itaboraí /Temas escolhidos



O tema saneamento básico foi identificado como principal problema de saúde a ser discutido nos fóruns de 2009. Tal escolha demonstra que a ausência de abastecimento de água e rede de esgotamento sanitário é percebida como determinante para o adoecimento da população e indicativo de baixa qualidade de vida.

Em Itaboraí, 22,3% dos moradores tinham acesso à rede de água geral com canalização em pelo menos um cômodo do domicílio em 2000⁵. Com relação ao abastecimento de água, Itaboraí tinha 23,8% dos domicílios com acesso à rede de distribuição, 69,8% com acesso à água através de poço ou nascente e 6,4% têm outra forma de acesso à mesma. O total distribuído alcança 124, 780 metros cúbicos por dia, dos quais a totalidade passa por tratamento convencional.

⁴ IBGE, 2010. Mapa da Pobreza e Desigualdade nos Municípios – Brasil – 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em 17 de novembro de 2010.

⁵ PORTAL ODM - Acompanhamento Municipal dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatórios Dinâmicos: Indicadores Municipais. Disponível em: www.portalodm.com.br. Acesso em 18 de novembro de 2010.

⁶ TOLEDO, L; SABBAGZA, P. Acompanhamento analítico da evolução de doenças e agravos segundo parâmetros epidemiológicos pré-estabelecidos. Plano de Monitoramento Sanitário do Processo de Implantação do Comperj-Relatório Técnico – Executivo de Mobilização - Etapa 1 da Implantação do Plan. Rio de Janeiro, 28 de janeiro de 2009.

A rede coletora de esgoto sanitário chega a 27,3% dos domicílios do município; outros 41,1% têm fossa séptica, 9,5% utilizam fossa rudimentar, 16,4% estão ligados a uma vala, 3% são lançados diretamente em um corpo receptor (rio, lagoa ou mar) e 1,3% dos domicílios não têm instalação sanitária. O esgoto coletado tem uma quantidade não declarada que passa por algum tipo de tratamento, e é lançado no rio tratado. O restante é lançado in natura.⁶

Em síntese, os números oficiais apontam que menos de 30% da cidade tem saneamento básico.

Uma das consequências são as doenças transmitidas por mosquitos. No município, entre 2001 e 2008, houve 12.130 casos, dentre os quais dois casos confirmados de malária, nenhum caso confirmado de febre amarela, três casos confirmados de leishmaniose e 12.125 notificações de dengue.⁷

A título de ilustração, a tabela abaixo apresenta um resumo das discussões sobre o tema eleito pela grande maioria dos fóruns de OC: saneamento básico.

Tabela 2 - Resumo das discussões sobre o tema eleito: saneamento básico

| Local | Problemas relatados | Necessidades apontadas | Soluções Locais identificadas | Propostas feitas |
|-----------------|--|---|--|--|
| Reta Nova | <ul style="list-style-type: none"> Contaminação do solo e da água pelo esgoto; Período de seca por falta de abastecimento de água; poços contaminados; valas de esgoto a céu aberto, doenças. | <ul style="list-style-type: none"> Dragagem e limpeza do valão que corta o bairro; | | <ul style="list-style-type: none"> Reivindicação de obras de infraestrutura junto às autoridades competentes |
| Vila Nascimento | <ul style="list-style-type: none"> Ausência de rede de esgoto; água de um poço comum; Objetos e dejetos são jogados diretamente no rio, mesmo assim a Cedeae envia cobranças; O esgoto permanece entupido frequentemente invadindo o interior das casas. | <ul style="list-style-type: none"> Escoamento das águas pluviais por canais diferentes a rede de esgoto. Término das valas à céu aberto | <ul style="list-style-type: none"> Instalação de canos para esgoto pelos próprios moradores | |
| São Joaquim | <ul style="list-style-type: none"> Falta de saneamento básico - contaminação e proliferação de doenças; Trabalho do ACS – prejudicado - difícil acesso às casas, não há rede de esgoto trazendo à superfície os roedores, mosquitos, além do mau cheiro e da contaminação dos lençóis freáticos. | <ul style="list-style-type: none"> Asfaltamento das ruas; | | <ul style="list-style-type: none"> Trabalho de conscientização da população sobre a responsabilidade de cada morador como a orientação para o tratamento domiciliar da água |

Fonte: Ministério da Saúde/2008.

⁶ TOLEDO, L.; SABROZA, P. Acompanhamento analítico da evolução de doenças e agravos segundo parâmetros epidemiológicos pré-estabelecidos. Plano de Monitoramento Sanitário do Processo de Implantação do Comperj - Relatório Técnico - Executivo de Mobilização - Etapa 1 da Implantação do Plano. Rio de Janeiro, 28 de janeiro de 2009.

⁷ PORTAL ODM - Acompanhamento Municipal dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatórios Dinâmicos: Indicadores Municipais. Disponível em: www.portalodm.com.br. Acesso em 18 de novembro de 2010.

Cabe ressaltar que os relatos dos participantes dos primeiros fóruns corroboraram a compreensão de que a OC pode ser um importante instrumento de construção coletiva, não só dos conhecimentos e da formação dos profissionais de saúde como também dos caminhos para a solução de problemas na perspectiva emancipatória da Educação Popular e Saúde.

Os relatos das equipes de ESF demonstram que os fóruns de OC motivaram os participantes a encaminhar as propostas para o poder público e ao Comperj, de modo a promover a melhoria das condições de vida das comunidades. Embora fiquem nítidos os avanços na relação de muitas unidades de saúde com a população local, os problemas vivenciados nos bairros foram pouco mencionados nos relatórios dificultando por vezes a identificação das condições de vida nas localidades.

Houve um reconhecimento da importância fundamental do "ouvir para cuidar" e da potencialidade dos fóruns para a solução dos problemas das comunidades. A metodologia da Ouvidoria Coletiva permite adaptações de acordo com os contextos nos quais se realiza. Cabe ressaltar algumas delas: comerciantes que não puderam comparecer enviaram doações para o fórum; um fórum criou uma nova categoria de participante, o ouvinte, de forma a contemplar o grande número de interessados em participar do fórum; alguns fóruns confundiram-se com assembleias comunitárias e outros ainda contaram apenas com a presença da equipe da unidade de saúde.

A maioria dos fóruns foi composta por um pequeno número de participantes (de seis a dez), conforme preconiza a metodologia, entretanto, alguns contaram com mais de vinte participantes. Ao todo, os primeiros fóruns de OC em Itaboraí envolveram 529 participantes.

Os relatos dos fóruns demonstraram a coexistência de realidades diversas no município, mas ficou nítida a identificação da falta de saneamento básico como o problema mais relevante. Temas pertinentes ao campo da Educação e Saúde também foram identificados como prioritários, a saber: gravidez na adolescência; alcoolismo; drogas; planejamento familiar; fome; desnutrição entre outros.

Além de possibilitar uma primeira aproximação dos sofrimentos expressos pela população, a realização dos fóruns de OC fomentou o diálogo entre atores sociais que nunca haviam estado juntos em instâncias desse tipo, embora cooperem em localidades pequenas. Diversas lideranças populares se sentiram pela primeira vez reconhecidas pelos profissionais de saúde e em alguns lugares, como já foi dito anteriormente, os moradores identificaram nos fóruns a promoção de uma inédita possibilidade de diálogo e compareceram mesmo sem terem recebido convite. Também ocorreu a avaliação do trabalho e foi sugerida a modificação de procedimentos das unidades de saúde a partir das questões discutidas nos fóruns.

A continuidade do processo em 2009

Todas as equipes se dispuseram a realizar Fóruns de OC durante o ano de 2009, o que ofereceria condições favoráveis para a continuidade do projeto. Os relatos dos participantes corroboraram a idéia de que a OC carrega em si potencial para ser um importante instrumento de construção coletiva, não só de conhecimentos, como também de caminhos para a solução de problemas de saúde da população atendida pelas unidades básicas de saúde.

O compromisso entre as equipes de ESF, a SMS e a Fiocruz passou a ser o de realizar mais cinco Fóruns e um Seminário Geral em 2009, seguido de avaliação da primeira fase da experiência e planejamento para o trabalho em 2010.

Contudo, em função de problemas político-administrativos, poucos fóruns de Ouvidoria Coletiva aconteceram. Veremos, mais adiante, honrosas iniciativas nos capítulos dedicados às localidades de São Joaquim e Gebara.

Apesar do reconhecimento da existência de um convênio entre a Fiocruz e a Prefeitura de Itaboraí, assinado na gestão anterior e da importância da continuidade do trabalho afirmada publicamente pelo atual prefeito, os problemas internos da gestão municipal prevaleceram.

Uma das tentativas de retomar o trabalho se deu com a promoção de um encontro com coordenadores e relatores dos 27 fóruns de Ouvidoria Coletiva, quando finalmente a SMS reuniu as equipes de ESF para uma reunião com o projeto. Nesse encontro, em julho de 2009, diversos desdobramentos dos fóruns foram relatados, o que motivou mais de 20 equipes a continuarem a articular fóruns no segundo semestre de 2009. Como encaminhamento do encontro ficou combinado que os representantes das equipes da ESF consultariam as mesmas, em reunião geral, sobre a disponibilidade de continuidade de realização dos Fóruns de OC e ficou a cargo da SMS, o contato com as coordenações das unidades de saúde para averiguar o posicionamento das equipes e assim, repactuar o trabalho com a equipe do subprojeto da Ouvidoria Coletiva. Entretanto, nada disso foi possível em função dos problemas políticos que afetam a gestão da Saúde em Itaboraí.

Ainda em meados de 2009, houve uma reunião com a equipe da Fiocruz que contou com a presença do pesquisador Eduardo Stotz que naquele momento, assumia a coordenação do Projeto Cidades Saudáveis. Nessa reunião, ficou acordado que a equipe ofereceria uma capacitação na metodologia da Ouvidoria coletiva para os novos gestores e alguns funcionários que não puderam participar da primeira, com o intuito de sensibilizá-los para a continuidade do trabalho. A equipe organizou um roteiro para a capacitação, foi sugerido mesa de abertura com os coordenadores do projeto e a secretária municipal de saúde em exercício. O evento não foi realizado devido a mais uma substituição de equipes à frente da Secretaria Municipal de Saúde.

Além disso, foram realizadas diversas reuniões com diretoras de Atenção Básica e coordenadoras de ESF que, recebiam as informações sobre o trabalho realizado e as intenções de continuidade, mas logo eram substituídas.

Diante das dificuldades encontradas, em meados do segundo semestre, foi composta uma comissão com representantes de cinco unidades de saúde, com a coordenadora da ESF da época e com uma representante da Fiocruz. As discussões durante as reuniões apontaram para a necessidade de um trabalho de resgate não só da Ouvidoria Coletiva em Itaboraí, como também da história da saúde pública, pela primeira vez na cidade. Iniciou-se uma pequena busca documental e uma pessoa foi indicada para ouvir funcionários antigos e resgatar documentos, mas com a saída da coordenadora da ESF, não foi possível a contratação. As reuniões prosseguiram espaçadamente, com sua intensificação no quarto trimestre de 2010.

A história política recente de Itaboraí, como ocorre nas cidades em geral, influencia diretamente nas condições de vida e saúde da população.

No ano de 2008, no qual a experiência em Ouvidoria Coletiva foi introduzida como uma possibilidade para o trabalho na Atenção Básica do município havia uma Secretaria Municipal de Saúde estruturada, cujas ações serviam de referência para outras cidades. Esse cenário de êxito permitiu que a gestão da Secretaria Municipal de Saúde aceitasse os desafios propostos pelo subprojeto Ouvidoria Coletiva e por sua vez, propusesse a ampliação da proposta original do projeto, que consistia em realizar um trabalho piloto em algumas Unidades de Saúde da Família.

Embora com dificuldades operacionais, as relações, de confiança e cooperação, estabelecidas com técnicos do segundo escalão da SMS possibilitou a continuidade do projeto no município.

Em julho de 2009, apresentamos os resultados dos fóruns de Ouvidoria Coletiva, realizados pelos profissionais da ESF em 2008, para os servidores da SMS- nível central com a proposta de realizarem fóruns. Os participantes se dividiram em dois grupos e ficou acordado que cada grupo poderia escolher um tema para ser discutido.

O primeiro grupo escolheu o tema: Drogas Lícitas e Ilícitas. A questão mais preocupante para a maioria dos participantes se refere à implantação do Comperj.

Segundo alguns relatos, o centro da cidade abriga um grande número de usuários e pontos de venda de drogas. Com a chegada do Comperj, a população supõe que essa situação possa se agravar. Os jovens por falta de lazer, se aglomeram na única praça e freqüentemente são vistos embriagados. Nos bairros mais afastados, o álcool precocemente começa a fazer parte da vida das crianças. Um dos participantes que teve seu filho envolvido com o uso de drogas, relata que o município não possui serviço de saúde para atender essa demanda e sugere atividades de prevenção as drogas para pais e filhos nas unidades de Atenção Básica.

Na semana seguinte, retornamos à SMS para realizarmos fórum com o segundo grupo que optou pelo tema: Gravidez na Adolescência.

Os participantes iniciaram a discussão falando da dificuldade das mães em dialogar com as filhas. Eles relatam que as mães são chefe de família e falta tempo para conversar com as filhas. As adolescentes que procuram o ambulatório central estão grávidas ou com suspeita de gravidez. Algumas engravidam por falta de informação, outras, como meio de sobrevivência principalmente quando o parceiro tem um bom emprego. O acesso ao serviço é dificultado pelo excesso de demanda, mas a resolutividade é satisfatória.

O grupo sugere que as agentes comunitárias de saúde desenvolvam atividades educativas com as adolescentes, principalmente aquelas que residem nas áreas que não tem cobertura das ESF.

Analisando os relatórios dos fóruns e conversando com profissionais de saúde, percebemos que a primeira etapa, gerou uma movimentação nas comunidades entre lideranças, moradores, profissionais de saúde e de outras secretarias municipais, merecendo de nós uma cuidadosa movimentação, de modo a evitar o acirramento da descrença na solução problemas que se avolumavam nas unidades de saúde e nas comunidades onde estão localizadas.

Ainda em 2009, enquanto aguardávamos o planejamento detalhado e repactuado com a gestão municipal da continuidade dos fóruns de Ouvidoria Coletiva, começamos a visitar as unidades de saúde de Itaboraí, acompanhados por uma supervisora. Entramos em contato direto com a realidade dos bairros e com a situação das unidades de saúde e de seus profissionais. Situação semelhante é relatada em uma grande pesquisa realizada no início da década de 1990, em diversos municípios de São Paulo⁹, na qual a cumplicidade estabelecida com os profissionais de saúde e outros trabalhadores dos municípios como, motoristas de carros oficiais, proporcionou um maior conhecimento dos territórios, a despeito das dificuldades encontradas junto às prefeituras.

Processo de pesquisa em 2010

Em 2010, aconteceram simultaneamente, alguns processos. Um deles foi a realização de grupos focais em unidades de saúde para agregação de informações aos relatos enviados, com vistas à elaboração de um capítulo para a publicação, além de levantamentos documentais e entrevistas.

⁹ HEIMANN, L ET al. O município e a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1992.

Também foram juntados resultados advindos da Observação Participante de reuniões das áreas de saúde, meio ambiente, educação e assistência social, que foram analisados posteriormente. Um tema que se apresentou em diferentes reuniões foi a sensação de que o aumento populacional será muito maior do que o estimado, para o período de 2008 a 2010.

Reuniões com temas específicos

Embora todas as Unidades de Saúde tenham realizado os Fóruns de OC, cinco delas se destacaram. Com intuito de identificar as percepções desses profissionais, optou-se por utilizar a metodologia do Grupo Focal, que consiste, em linhas gerais, em reunir um pequeno número de pessoas com objetivo de discutir um tema de interesse comum de modo a permitir uma diversificação e um aprofundamento dos conteúdos.

Tais grupos procuraram resgatar a história das unidades de saúde e de seus respectivos bairros, as mudanças de 2008 a 2010, os aspectos marcantes dos três módulos da Capacitação em Ouvidoria Coletiva, o processo de preparação, realização e avanços após os fóruns. A importância de tal processo para a formação dos profissionais de saúde também foi abordada.

Os resultados desses grupos foram a base para a presente publicação. O resumo da produção coletiva acerca de cada uma das unidades de saúde gerou capítulos elaborados pela coordenação da OC, com o intuito de deixar esse registro como legado para as equipes de Saúde da Família e para cidade. Cabe ressaltar que os primeiros resultados apontam que a repercussão do processo de Capacitação para a atuação dos profissionais de saúde, em especial dos agentes comunitários de saúde, foi maior do que a esperada, mesmo tendo sido interrompida a continuidade dos fóruns.

A presença de integrantes do subprojeto Ouvidoria Coletiva durante todo o período de 2008 a 2010, apesar da descontinuidade, demonstrou uma disposição para cooperação, segundo os relatos dos profissionais de saúde. Eles achavam que não estavam sós na luta e demonstraram confiança com expressões como: "luz pra gente" ou "tivemos esperança de ver as coisas melhorarem", entre outras afirmações.

Chama a atenção a importância que esse processo de acompanhamento da realidade dos profissionais e suas dificuldades junto à população quando é ressaltada a "força" que a esperança traz, principalmente, para os agentes comunitários de saúde. Eles ressaltam o quanto o seu trabalho é sofrido, pois têm que lidar com uma realidade dura. Nesse contexto, o papel da esperança é fundamental para que continuem acreditando que vale a pena lutar apesar das adversidades.

Após quase dois anos decorridos, todos os Grupos Focais apontaram para a relevância da sensibilização para a escuta que a Capacitação promoveu.

Os profissionais de saúde afirmam que não só modificaram sua relação com os cadastrados como também na vida pessoal.

Outra característica da Capacitação bastante ressaltada foi a inclusão de jogos, brincadeiras, exercícios de respiração e concentração, assim como também vídeos com mensagens que reforçam a importância da cooperação. Para os profissionais, esses foram diferenciais que destacaram o trabalho da Ouvidoria Coletiva das outras capacitações das quais participaram antes e depois desta.

Tendo em vista os problemas internos de gestão das unidades de saúde, da Secretaria e da Prefeitura citados nessas reuniões e identificados por meio de observação participante, percebe-se

que a presença de representantes do subprojeto Ouvidoria Coletiva lá adquiriu maior importância à medida em que o tempo foi passando.

Sobre as mudanças nos bairros, há agentes comunitários de saúde que asseguram que a população de sua microárea triplicou, pois em muitos terrenos foram construídos "puxadinhos", novas casas e novos andares.

Relatos emocionados são ouvidos de moradores, lideranças e mesmo gestores sobre o não reconhecimento mais dos seus lugares. Da angústia de não reconhecer mais as pessoas. Da incidência de estelionatários às suas portas fazendo-se passar por profissionais de saúde, por funcionários do Comperj, por pesquisadores, entre outros.

Tais exemplos mostram a necessidade de investigações e intervenções sobre o significado de tantas modificações para a população de Itaboraí e a elaboração de propostas para a diminuição dos impactos sociais negativos, advindos de tais modificações.

Apesar das dificuldades, há uma aspiração de continuidade do trabalho junto às equipes de Saúde da Família e sua transformação em produção que contribua para a formação dos profissionais de saúde, como também para outros atores sociais envolvidos e interessados em metodologias participativas para o avanço da democracia no SUS.

Considerações finais sobre a Ouvidoria Coletiva em Itaboraí

Movimentos de idas e vindas e modificações bruscas na realização de estudos e intervenções são comuns quando envolvem parcerias com administrações municipais. Há relatos assim como em outros estudos, como em Soares⁹, nos quais a permanência de profissionais comprometidos com a melhoria das condições de vida da população mais pobre e que exercem funções técnicas asseguram a continuidade de projetos, como no caso do nosso trabalho em Itaboraí.

Apesar de Itaboraí não ser considerado um município pequeno, e sim uma cidade média¹⁰, algumas de suas características podem ser identificadas em municípios menores, principalmente no que tange à chamada sociedade civil, como aponta Heiman¹¹. As relações entre os grupos sociais são marcadas por um grau de pessoalidade ainda muito grande e são poucos os grupos que se identificam com causas sociais mais amplas.

Espera-se que o lançamento da presente publicação auxilie nas discussões sobre as contribuições dos movimentos sociais para a ampliação do direito à cidade, de acordo com a perspectiva adotada para uma cidade saudável.

Outra realização do subprojeto OC em 2010 foi um novo momento de Capacitação com vistas a aprofundar as discussões sobre a ampliação da democracia no SUS, por meio da Estratégia de Saúde da Família, a pedido de coordenadores da própria Secretaria Municipal de Saúde de Itaboraí.

Foi realizado o Encontro "Participação Popular em Saúde na Estratégia de Saúde da Família em Itaboraí" nos dias 14, 15 e 16 de dezembro de 2010. Dele participaram todos os profissionais de saúde da Atenção Básica, os conselheiros do Conselho Municipal de Saúde e gestores convidados.

⁹ SOUZA KR, Rozemberg B, Kelly-Santos A, Yasuda n, Sharapin M 2003. O desenvolvimento compartilhado de impressos como estratégia de educação em saúde junto a trabalhadores de escolas da rede pública do Estado do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública 19(2):495-504

¹⁰ PENALVA SANTOS, A. M. S. Desenvolvimento local e autonomia financeira dos municípios. Revista de Economia Mackenzie, v. 7, n.2.: 112-137, 2009.

<http://www3.mackenzie.br/editora/ndes.php?sem/articulo/view/1646>

¹¹ HEIMANN, L ET al. O município e a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1992.

O Encontro foi um pedido da coordenação do Núcleo de Educação em Saúde e da Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Itaboraí.

Tal solicitação deveu-se ao reconhecimento da importância da parceria do subprojeto — ***Vigilância Civil da Saúde na Atenção Básica: uma proposta de Ouvidoria Coletiva do projeto “Cidades Saudáveis: Saúde, Inovação Tecnológica e Desenvolvimento Urbano / Itaboraí/RJ”***, iniciada com a Capacitação em Ouvidoria Coletiva.

Os relatos advindos das equipes de ESF demonstram que os primeiros fóruns de Ouvidoria Coletiva cumpriram os seus objetivos, inclusive, o de motivar os participantes a darem encaminhamento às propostas surgidas de modo a promover a melhoria das condições de vida das comunidades.

Houve um reconhecimento da importância fundamental do “ouvir” para o “cuidar” e da potencialidade que se adquire quando se está em grupo para a solução dos problemas das comunidades.

O Encontro ***“Participação Popular em Saúde na Estratégia de Saúde da Família”*** foi o início de um aprofundamento do trabalho junto às equipes, por meio do diálogo entre pesquisadores, gestores, profissionais de saúde e outros atores locais.

Os movimentos que aconteceram no subprojeto em 2010, como a continuidade da Capacitação, a realização de grupos focais e a construção coletiva da publicação apontam para o reconhecimento da importância da Ouvidoria Coletiva em Itaboraí e requisitam a continuidade desse trabalho.

Neste sentido, a experiência aponta para resultados no campo da articulação de saberes, mas também no âmbito da construção de uma outra maneira de formular e implementar políticas públicas, na direção do aumento progressivo do protagonismo local. A continuidade da experiência da OC depende agora, fundamentalmente, da cooperação da atual gestão municipal no sentido de incentivar novos fóruns e o aprofundar a sua democracia como parte importante dos trabalhos das equipes.

A conjugação de prática social e de pesquisa na Ouvidoria Coletiva reafirma o compromisso de diálogo e contextualização de conceitos e noções dos participantes em um processo de construção de autonomia do saber no campo da saúde e de condições de vida¹² a partir das discussões sobre temas eleitos como prioritários em cada localidade.

Percebemos ainda ser necessário o desenvolvimento da metodologia para que as coordenações dos fóruns possam estar melhor preparadas para fomentar a reflexão e as emoções dos profissionais de saúde e de outros participantes, de modo a possibilitar que pensem sobre o que percebem e sentem; que se sintam desafiados, incomodados, indignados (no sentido freireano) pela falta de mobilização pessoal e coletiva.

Já é possível vislumbrar algumas possíveis contribuições para a formulação de políticas públicas nas áreas de saúde, percebidas pelos técnicos, profissionais e representantes das organizações sociais e religiosas.

A Ouvidoria Coletiva permite fazer convergir para o sistema de saúde e acolher tanto aqueles problemas de saúde como as tentativas ou trajetórias seguidas pelos usuários para resolvê-los, comumente não percebidos pelos profissionais de saúde.

Outra contribuição consiste na atuação dos representantes comunitários que, como porta-vozes dos usuários, passam a participar das reflexões acerca do planejamento do próprio serviço de saúde, inclusive, de atividades educativas junto à população.

¹² SOUSA SANTOS, B. *Renovar a teoria crítica*, São Paulo: Boitempo, 2007.



- 1. Fala do Antonio "Tortuguês"
- 2. Eduardo Stotz
- 3. Mesa de abertura / Carla Moura Lima



52





4. Paulo Renato apresentando o trabalho de Reta Velha
5 e 6. Plenária
7. Discussões em grupos





- 8. Preparação para uma dinâmica
- 9. Dinâmica / Carla Moura Lima
- 10. Momento de reflexão individual
- 11. A plenária em grande círculo





12

12. Partilha
13 e 14. Música e alegria



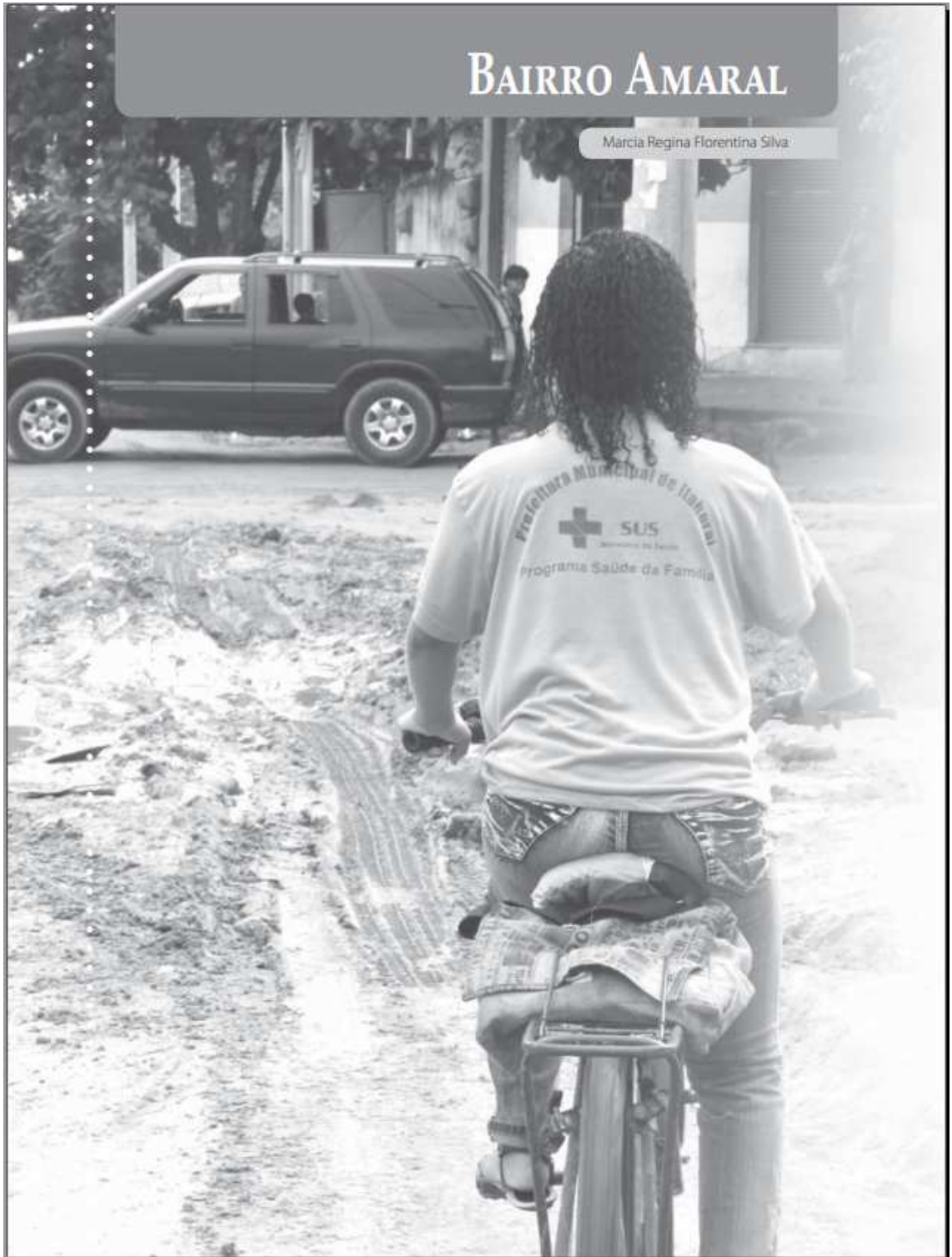
13



14

BAIRRO AMARAL

Marcia Regina Florentina Silva



O que falam as equipes

A partir de agora, a publicação traz as vozes das equipes das Unidades de Saúde da Família que se destacaram, cada uma a seu jeito, no processo da Ouvidoria Coletiva.

Inicialmente, foi sugerido que cada uma das equipes de saúde da família escrevessem um texto contendo um pouco da história: do bairro; da unidade de saúde e do processo de Ouvidoria Coletiva lá.

Quanto consultadas, todas as equipes se dispuseram a escrever, mas diversos fatores impediram essa produção escrita, mas cabe ressaltar que o principal fator foi a falta de tempo não permitiu que se reunissem para conversar e produzir esse texto.

Como o tempo foi passando e era muito importante que as equipes falassem de si mesmas, pois não queríamos reproduzir a prática mais comum que é a do pesquisador escrever sobre o processo vivenciado por outras pessoas, decidimos radicalizar nossa proposta. Fomos as unidades de saúde, realizamos grupos focais com as equipes e compusemos os capítulos a seguir procurando manter fidelidade a tudo o que foi dito.

Como já foi mencionado anteriormente, os grupos focais foram realizados da mesma forma nas cinco unidades de saúde: Bairro Amaral, Gebara, Itambi, Reta Velha e São Joaquim.

Cada grupo focal se iniciou com uma breve exposição dos motivos do trabalho para todos os presentes. Cada participante poderia fazer perguntas tanto sobre o projeto Cidades Saudáveis, quanto sobre o Grupo Focal em si.

Depois dessa parte introdutória havia uma rápida explanação do que aconteceu na capacitação em Ouvidoria Coletiva em 2008, para "refrescar a memória" de quem participou e de oferecer informações gerais para quem não estava na ESF em Itaboraí na época.



O que falam as equipes

Apartir de agora, a publicação traz as vozes das equipes das Unidades de Saúde da Família que se destacaram, cada uma a seu jeito, no processo da Ouvidoria Coletiva.

Inicialmente, foi sugerido que cada equipe da saúde da família escrevesse um texto contendo um pouco da história: do bairro; da unidade de saúde e do processo de Ouvidoria Coletiva lá.

Quando consultadas, todas as equipes se dispuseram a escrever, mas diversos fatores impediram essa produção escrita. Cabe ressaltar que o principal fator foi a falta de tempo que não permitiu que os grupos se reunissem para conversar e produzir esse texto.

Como o tempo foi passando e era muito importante que as equipes falassem de si mesmas, pois não queríamos reproduzir a prática mais comum que é a do pesquisador escrever sobre o processo vivenciado por outras pessoas, decidimos radicalizar nossa proposta. Fomos às unidades de saúde, realizamos grupos focais com as equipes e escrevemos os capítulos a seguir, procurando manter fidelidade a tudo o que foi dito.

Como já foi mencionado anteriormente, os grupos focais foram realizados da mesma forma nas cinco unidades de saúde: Bairro Amaral, Gebara, Itambi, Reta Velha e São Joaquim.

Cada reunião começou com uma breve exposição dos motivos do trabalho para todos os presentes. Cada participante pode fazer perguntas tanto sobre o projeto Cidades Saudáveis, quanto sobre o grupo em si.

Depois dessa parte introdutória havia uma rápida explanação do que aconteceu na Capacitação em Ouvidoria Coletiva em 2008, para "refrescar a memória" de quem participou e oferecer informações gerais para quem não estava na ESF em Itaboraí na época.



POR UMA ITABORAÍ SAUDÁVEL

Para atualização de informações foi oferecida uma ideia de alguns dos encaminhamentos, após a realização dos fóruns de Ouvidoria Coletiva nas unidades de saúde.

Depois foram feitas perguntas para os profissionais de saúde, tais como:

– O que sabem da história do bairro?

– Quando e como se iniciou o trabalho do PSF neste bairro?

– O que acharam da Capacitação?

– Como foi o processo de organização do primeiro fórum dentro da unidade e com a comunidade?

– Como foi o primeiro encontro?

– Fizeram outros? Quais? Como?

Se os encontros de Ouvidoria Coletiva fizessem parte do trabalho das equipes de saúde da família, como eles poderiam contribuir?

A partir de agora, apresentamos as falas dos profissionais de saúde durante os grupos focais, em geral, na forma de discursos coletivos sobre as questões colocadas acima.

Bairro Amaral

A Estratégia de Saúde da Família está no Bairro Amaral desde 2002. Cinco pessoas da atual equipe estão no trabalho desde o início.¹

O bairro tem origem na Fazenda Santa Amélia, que foi loteada e passou a ser o loteamento Colônia Agrícola de Itambi. Esse loteamento vai da linha férrea às margens dos rios Macacu, Itambuí e Itambicu. Neste loteamento era comum as pessoas brigarem por qualquer motivo, daí ter surgido o nome Pé de Briga, por volta dos anos 60.²

Outra característica do bairro é a parada de trem. O Sr. Feliciano, morador do loteamento Colônia Agrícola e funcionário da Rede Ferroviária Federal SA (RFFSA), conseguiu que o trem, que vinha de Visconde de Itaboraí, parasse só para ele embarcar. Posteriormente o vereador Pedro Amorim e o Sr. Feliciano solicitaram que a parada fosse oficializada para todos.

Em 1968, a Fazenda Santa Terezinha compreendia da linha do trem até Manilha e da BR 493 até o Rio Itambuí e pertencia a quatro sócios que se desentenderam e acabaram com a sociedade. Então, um dos sócios, o Sr. Raulino de Souza Porto, transformou a parte dele no loteamento Cidade Grande Rio. Em 1972, considerando que o trem parava entre o loteamento Colônia Agrícola e o loteamento Cidade Grande Rio e que a localidade era conhecida como Pé de Briga o vereador Pedro Amorim decidiu mudar o nome para Bairro Amaral, porém não chegou a oficializar.

Outras informações históricas

O loteamento João Caetano foi criado em 1942 e pertencia ao grupo de sócios que eram de São Gonçalo. Eles criaram a imobiliária SEG (Sociedade Expacionista Gonçalves).

A linha de ônibus, que atendia o bairro, foi criada e inaugurada no dia 16 de setembro de 1970 com a empresa Corgel (Coletivo Magé Ltda.) que fazia a linha Itaboraí – Niterói, via Porto das Caixas.

Na década de 60 existia na Vila Nova de Itambi um farmacêutico chamado Djalma Lemos que fazia o papel de médico dos moradores de Itambi e adjacências. Para homenagear seu trabalho deu nome à Rua 03 do loteamento João Caetano. Eram dois irmãos, o Djalma atendia em

¹ Participaram do grupo focal: **Dra. Fernanda de Oliveira Pinto** (dentista); **Rosemeri da Cruz Barros** (ACS); **Merijane de Souza Mello** (ACS); **Adriana** (enfermeira); **Lella da Conceição Ferreira** (ACS); **Cristiane Marques de Moura** (ACS); **Benvinda Maria Uchôa** (ACS).

² Informações fornecidas pelo Sr. **Pedro da Conceição** morador antigo do bairro.

Itambi e o Dráuzio Lemos atendia em Visconde. Eles consultavam, aplicavam injeções, passavam remédios e manipulavam os remédios e o Djalma também fazia partos.

A saúde no Bairro Amaral

A primeira consulta médica realizada no Bairro Amaral foi feita pelo Dr. Sérgio Soares que atendia a população na casa da Dona Marta (dona de uma vila de casas de aluguel) no ano de 1988, quando ele estava em campanha concorrendo ao cargo de prefeito de Itaboraí.

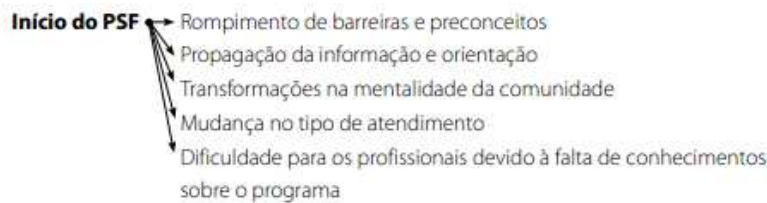
O Dr. Sérgio Soares começou a atender em um cômodo alugado pelo então presidente da União dos Moradores da Área Santa Rita de Cássia, Sr. Valter. Dona Maria, era a atendente. Ele atendeu a população durante dois meses e depois deixou a Dr^a Maria Cristina, sua sobrinha, em seu lugar. Depois veio o Dr. José Antonio, que passou a dar consultas na sede provisória da União dos Moradores da Área Santa Rita de Cássia. A União dos Moradores mais tarde veio a se transformar na Associação dos Moradores do Bairro Amaral, fundada em 1992.

Considerando que as primeiras ações de saúde no Bairro Amaral começaram em 1988, três anos depois e então como prefeito eleito, Dr. Sérgio Soares, cumprindo uma promessa de campanha reivindicada pela União dos Moradores da Área Santa Rita de Cássia, constrói o primeiro Posto de Saúde no Bairro Amaral, que foi inaugurado em outubro de 1991.³

Durante onze anos e passando por três mandatos de diferentes prefeitos o Posto atendeu a população como Unidade Básica de Saúde. Os médicos: pediatra, clínico e ginecologista atendiam uma vez por semana alternando cada um por vez e atendiam 20 pessoas.

Em 2002 veio a implantação do Programa Saúde da Família em todo município de Itaboraí. O Programa Saúde da Família funcionou com duas equipes no pequeno posto de 24 metros quadrados por dois anos. Finalmente, em 2004, foi construído o novo prédio dentro dos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde para o Programa Saúde da Família.

Abaixo reproduzimos um resumo da visão que a agente comunitária de saúde, Merijane Lemos, tem daquela época e da função do posto e de seu próprio trabalho:



Conhecimento e confiança → Fase Teatral → Empolgação → Desestímulo

"Adquirimos informações e passamos a dominar a prática do PSF a partir dos ensinamentos trazidos por uma experiente médica que tinha em sua bagagem muitos conhecimentos de seu trabalho no Nordeste, onde o programa já era desenvolvido."

"Quando começamos a unidade só tinha dois cômodos e um banheiro. Um era o consultório médico e o outro se dividia entre recepção, sala de curativos e vacinas e o que mais fosse necessário."

³Informações fornecidas por Dona Maria Cardoso dos Santos, ex-presidente e fundadora da Associação dos Moradores do Bairro Amaral

POR UMA ITABORAÍ SAUDÁVEL

"Por falta de espaço físico, nossas atividades educativas eram realizadas em igrejas e na associação de moradores. Não tínhamos uma grande estrutura física, mas um apoio que muito estimulava. Hoje, trabalhamos numa unidade bem maior, com uma ótima estrutura física, mas sem recursos. O que nos desestimula muito."

A ACS Merijane diz ainda que "o PSF para nós é como um filho, que vimos nascer e crescer. Hoje ele encontra-se doente e sua cura não depende somente de nós."⁴¹

Capacitação em Ouvidoria Coletiva



Rua da unidade de saúde

A equipe de Bairro Amaral tem muito o que contar sobre sua história e a experiência da Ouvidoria Coletiva lá. Recebemos um texto da agente comunitária Merijane Lemos e ouvimos pessoas que participaram do grupo. Para não perder a autenticidade das contribuições, reproduzimos os dois a partir de agora.

"Nossa trajetória em Ouvidoria Coletiva reúne as mais diversas e interessantes histórias para contar. Aprendemos muito, cometemos erros, acertamos também, mas o fundamental é que incorporamos ao nosso trabalho uma nova forma de enxergar o outro. Hoje sabemos que os pacientes trazem para a Unidade de Saúde muito mais do que a doença. O que se pretende é buscar a cura, que deve ser compreendida em seu sentido mais amplo. A cura vai além daquilo que as ciências médicas podem oferecer. Está ligada à atenção, ao desabafo, a uma simples palavra que dita no momento oportuno é capaz de aliviar os mais diversos males que acometem o corpo e a alma."

"Depois de três meses de Capacitação, entendemos que existe diferença entre escutar e ouvir. Escutar vai além da capacidade física dos ouvidos, manter a

mente livre e o coração aberto na tentativa de buscar uma resposta ou solução para aquilo que nos é dito. É entender até mesmo o que não é dito com palavras."

"Antes da Ouvidoria Coletiva reclamávamos quando as pessoas que iam até o posto se lamentavam de seus problemas. Quantas vezes não nos perguntávamos: por que temos que ficar diante das pessoas enquanto elas falam de seus problemas se nada podemos fazer para solucioná-los? Muitas queixas não tinham remédio e nossa paciência acabava se esgotando rápido demais. A partir da Capacitação passamos a perceber que angústias e sentimentos também geram manifestações patológicas no campo físico. Então, resolvemos tomar uma iniciativa. Propusemo-nos a implementar, junto à nossa comunidade, um sistema de acolhimento. Algo que pusesse em prática nosso aprendizado e nosso novo modo de entender as coisas. Era um "tiro no escuro", pois se tratava de uma primeira experiência e não sabíamos se daria certo."

⁴¹ Texto Merijane Lemos

"Recebiamos todas as manhãs os pacientes na Unidade de Saúde e procurávamos ouvi-los individualmente. Passamos a notar que eram sempre as mesmas pessoas que buscavam consulta no posto e pareciam nunca estar satisfeitas", comentam os profissionais em seus relatos, acrescentando que após este acolhimento vieram as surpresas.

"A comunidade até que aceitou bem a nova proposta. Relatos surpreendentes foram colhidos e muitas pessoas que ali estavam, em busca de uma consulta, depois de serem ouvidas, retornaram para suas casas aliviadas, pareciam medicadas e carregavam consigo o semblante leve de quem recebeu conforto e teve seu problema resolvido. E, o mais interessante, é que boa parte delas nem precisava entrar na sala do médico."

Ainda neste contexto, as ACS Leila e Benvinda, que participaram da Capacitação, lançaram mão de uma Terapia Comunitária nesta área e passaram a promover, junto à população, rodas temáticas nas quais o assunto era escolhido entre as sugestões dos presentes. Abria-se um espaço para que cada um falasse um pouco sobre suas aflições. As agentes somaram seus conhecimentos em Ouvidoria Coletiva com a terapia e promoveram um trabalho de excelência. A comunidade ganhou momentos de reflexão, relaxamento, aprendizado e passou a ouvir e reconhecer no semelhante o seu próprio problema.

"A terapia nos ensinou, dentre tantas outras coisas, que, olhar para dentro de si e para tudo o que há ao redor pode ser bastante útil e grandioso. Infelizmente não foi possível darmos continuidade a estes trabalhos, pois muitas mudanças ocorreram em nosso município, em um espaço muito curto de tempo. Devido às reestruturações políticas e de gestão, passamos por transformações e restrições nos mais diversos patamares."

A equipe que idealizou e praticou esta nova experiência ficou bastante desfalcada. Um médico aposentou-se, a enfermeira deixou a unidade, alguns agentes comunitários de saúde saíram, a auxiliar de enfermagem entrou de licença e a estrutura que nos foi oferecida pela nova coordenação não mais incentivou a realização deste tipo de trabalho.

"Apesar dos percalços, nossa produtividade foi boa. Em novembro de 2008 realizamos o "I Fórum Comunitário de Ouvidoria Coletiva do PSF Bairro Amaral."⁵

"Gostamos e usamos muito aquele exercício de respirar e pensar que somos uma montanha. A gente usou muito isso porque acalma. Quando ficava nervosa eu lembrava, eu sou uma flor, respira, você é uma flor. Algumas coisas a gente trouxe até para a realidade diária do nosso trabalho."

Outro relato sobre o mesmo exercício que foi incorporado pelos agentes que participaram da Ouvidoria: "Respira, você é uma flor, relaxa o seu pescoço. Eu gostei, achei muito legal. Nós trouxemos muita coisa daquela Capacitação para o nosso dia-a-dia. Achei muito importante também essa questão de saber ouvir. Se você está aberto para ouvir aquilo que as pessoas têm a dizer, pode solucionar o problema. A gente utilizou muito essas técnicas também de relaxamento, de liberar o pensamento, para poder ouvir aquilo que a pessoa tem a dizer.."

"Foi muito bom, a questão do ouvir, para mim foi o melhor. Porque normalmente a equipe é chamada para ser cobrada e naquele momento nós pudemos aprender a ouvir e fomos ouvidos também. Trouxemos algumas coisas para a Unidade de Saúde, como colocamos aqui. Foi a partir dali que fizemos a questão do acolhimento. Implantamos um novo sistema de atendimento aqui na Unidade. Colocávamos todo mundo na sala e ouvíamos o que cada cadastrado queria antes

⁵ Texto enviado por Merijane Mello (ACS - Bairro Amaral)

da consulta. Foi muito interessante porque a gente percebia que às vezes, algumas pessoas não queriam uma consulta. Elas queriam ser ouvidas. Todo dia. É. Todas as manhãs."

"Essas pessoas que só queriam ser ouvidas, passamos a ouvir com mais atenção. Elas se abriam para a gente. A gente acaba sendo um pouquinho psicóloga. Conversa, chora, conta os problemas. Depois de falar, algumas pessoas esqueciam porque tinham ido ao posto. Bastava a conversa. E isso estava dando um resultado muito positivo, era muito legal. Infelizmente, por uma série de mudanças na secretaria, essa metodologia não foi à frente. Até porque nós fazíamos isso sem nenhum respaldo. Fazíamos porque trouxemos de lá da Ouvidoria. Tem muita coisa que nós fazemos aqui, por nossa conta, sem nenhuma estrutura."

"Tendo vontade, a equipe vai fazendo. E acaba ajudando mais do que se não fizesse nada", resume uma das agentes.

Ouvidoria Coletiva: continuidade, humanização e experiência

Conversando com a equipe de profissionais de saúde do Bairro Amaral, a opinião é que o projeto de Ouvidoria deveria continuar, porque humaniza, aguça as percepções e melhora o atendimento. Reproduzimos algumas opiniões dos profissionais.



Profissionais da saúde do Bairro Amaral avaliam a experiência como positiva

"Eu acho que o projeto contribui positivamente. Envolve humanização. A nossa formação na faculdade não dá essa visão humanizada. É sair um pouco da técnica e entrar no universo que é a essência do Saúde da Família. Não é uma visão só técnica. Ali nós conhecemos a pessoa, a realidade do local e os problemas pelos quais ela está passando. É uma visão mais ampla."

"Esse trabalho não é uma coisa engessada, não é uma regra que não pode ser quebrada. A gente tem que fazer de acordo com o momento. É isso que eu quero concluir. Quando o paciente chega, ele não é só um doente. Ele trás toda uma história de vida com ele.

Então a gente mudou o atendimento, que deixou de ser apenas técnico, para olhar tudo que está ao redor também."

"A Ouvidoria nos dá um processo contínuo de Capacitação. Cada vez mais a gente percebe que a Ouvidoria nos ajuda no trabalho. Por isso a ideia de realizar uma Ouvidoria mensal. A gente convida representantes comunitários e religiosos para dividir a responsabilidade, para eles verem como realmente as coisas funcionam. O objetivo é mostrar que a gente faz o que pode e o que não pode, e buscar respaldo com outras pessoas da localidade, para que reconheçam o nosso trabalho."

"A gente convida representantes comunitários e religiosos. Eu acho que isso contribui muito, porque a gente é muito cobrada. A responsabilidade sempre cai sobre a gente aqui. E eu acho que eles, juntos, vão ver que realmente as coisas funcionam, que a gente não tem respaldo, que a gente faz o que pode e o que não pode e a gente não é reconhecida."

"Somos cobrados por todos na comunidade, por isso aquela Ouvidoria que fizemos foi muito boa. Várias pessoas se manifestaram, falaram, reclamaram. A menina que estava representando

a igreja católica falou muitas coisas interessantes. Então eu acho que seria muito legal a gente continuar. A gente pode se organizar melhor e continuar esse diálogo.”

“Nessas reuniões a gente aprende, com certeza, muita coisa. Aprendemos a ouvir e a falar.”

Sobre o Fórum de Ouvidoria Coletiva⁶

“A organização do fórum aconteceu durante as reuniões de equipe. Nossas tardes de quinta-feira se animaram com o fervilhar de ideias que surgiam em torno do assunto. Debates bastante, afinal precisávamos tratar de algo que refletisse bem a realidade de nossa comunidade. Enfim, optamos pelo tema: “Gravidez na Adolescência.” O índice de gestantes menores de 18 anos na população de nosso bairro é bastante elevado.”

Tema escolhido, os organizadores contam que partiram para a seleção do local, data, horário, convidados e delegação das tarefas. O fórum ocorreu na Escola Municipal Izaura Zainott Peccine, no sábado, 8 de novembro de 2008, das 8h às 12h.

O empenho de todos para que tudo saísse conforme o esperado foi animador, ressaltando que foi divertido organizar aquela reunião.

A coordenação ficou por conta da Janete, supervisora. Quem ouviu, gravou e relatou o fórum foi a ACS Benvinda. O relatório foi editado e finalizado pela dentista Dra. Fernanda e pelos ACS Isalmir, Merijane e Rosemeri. O apoio foi dado pela auxiliar de serviços gerais Josiane, que também ficou com a tarefa de arrecadar, junto ao comércio da região, as doações para o café. Uma bela mensagem inicial foi lida pela ACS Leila. E a ornamentação do local ficou por conta do bom gosto e dedicação das ACS Cristiane, Elizabete e da recepcionista Gláucia. Recebendo os convidados, contamos com a auxiliar de enfermagem Paula.

Não restam dúvidas de que todos da equipe mergulharam de cabeça neste projeto, mesmo sem respaldo algum da coordenação.

“Depois de muito corre-corre, o grande dia chegou. Estávamos visivelmente nervosos. A ansiedade tomava conta de nós naquele momento. Tudo era motivo de preocupação e de dúvida. Será que os convidados virão? Onde estão os componentes da mesa que não chegam? Cadê a comunidade? Será que a mesa do café ficou atrativa? O som tá funcionando? Tá todo mundo aí? Afinal, era um sábado, cedo e fazia um sol daqueles... Alguém trocaria a praia pelo nosso fórum?”

“Nós da equipe não pensamos duas vezes. Trocamos nosso descanso e lazer daquela manhã ensolarada, depois de uma semana exaustiva de trabalho, pela realização de nosso projeto. Estávamos todos lá desde as 7h. Fomos recompensados e sentimos uma enorme gratificação quando vimos a mesa composta e a sala cheia. Enchemos-nos de orgulho e por cumprir, com sucesso, nossa missão.”

“A abertura do fórum ocorreu às 8h30. Explicamos aos presentes a finalidade, apresentamos o tema e os componentes da mesa” e foi lida a mensagem “Somos todos iguais”, letra de uma canção da Banda Catedral, cuja mensagem muito nos sensibilizou.”

“Somos todos iguais/ Na chegada e na partida/ No encontro e despedida/ Na jornada pela vida/ Sem saber/ Somos todos iguais/ Na mentira e na verdade/ No amor e na maldade/ Parte da humanidade/ Sem saber/ Sentimento em comum/ Comunhão sem perceber/ Somos partes de um só/ No sentido de viver/ E viver é tão difícil/ Se não nos aproximarmos/ Cabe a nós querer mudar/ O amor está

⁶ Reprodução de falas sobre o Fórum durante reunião coordenada pela equipe da Fiocruz.

⁷ Participaram do Fórum todos os citados acima e ainda o médico Joel, a enfermeira Aneliza e a ACD Margarete. Fizeram parte da mesa a Dra. Valéria, coordenadora do Programa Saúde da Mulher; a professora Angela, diretora da escola; Edmilson, representante do Conselho Tutelar; Edvânia, representante religiosa; Sônia, representante da Associação de Moradores do Bairro Amarel e a pedagoga Fabiana. Estavam presentes ainda grupos jovens e pais desses jovens.

no ar/ Somos todos iguais/ Na chegada e na partida/ No encontro e despedida/ Na jornada pela vida/ Sem saber/ Que a resposta está/ Dentro de nós."

Todo mundo chamou todo mundo

Na reunião de avaliação, os participantes compararam a primeira e a segunda reunião.

"A organização da primeira reunião foi uma enrolação danada."

"Agora, participou toda a equipe." "Todos entenderam que era uma assembleia comunitária."

"Nós dividimos as tarefas, mas na hora de convidar todo mundo chamou todo mundo. Cada um pegou uma quantidade de convites. Cada um teve uma fala, demos um minuto para todo mundo falar, não foi? Teve tempo para todo mundo."

"Foi interessante você ouvir a história que as pessoas tinham para contar. As experiências que elas tinham passado dentro do tema que a gente escolheu. E aí a gente foi juntando. Tivemos a visão de cada um, o que era uma coisa desconhecida para mim em muitos aspectos. O tema foi discutido pela visão da religião, da educação, da saúde, do Conselho Tutelar e das pessoas da localidade. Foram muitas opiniões diferentes."

"É interessante você dar uma palavra para uma pessoa da comunidade. A mesma coisa também foi perceber que muita gente foi para ficar calado. Muitas pessoas que não estavam com coragem de falar no início, se soltaram, colocaram sua opinião e a sua gente ouviu um pouco o que as pessoas pensam."

"Não podemos deixar de relatar aqui o quanto é bom ouvir. E, com nossas mentes preparadas ouvimos muito. Identificamos causas, debatemos, percebemos olhares loucos de vontade de falar, porém, dominados pela timidez, expressões de pura catarse com o que estava sendo dito, pequenos sorrisos no canto da boca, olhos mareados d'água com lágrimas prestes a rolar pela face."

"Abordamos a iniciação sexual precoce, a falta de informação e o diálogo familiar, o afastamento dos jovens da escola, a atividade sexual como meio de inserção social, a falta de compreensão dos pais e dos parentes, a interrupção das interações sociais geradas pela gravidez precoce, dentre tantos outros assuntos. Ouvimos as histórias das pessoas de forma atenta e de coração aberto."

"Foi, de fato, muito produtivo e engrandecedor. Conseguimos apontar possíveis soluções para estas questões e todos concordaram que a educação é a base fundamental para este problema. Verificamos a necessidade de articular o PSF, a escola e a associação de moradores para mudar a realidade local. Terminamos aquela manhã felizes e empolgados, de alma lavada, mas, na prática, as coisas não são tão simples. Precisariamos de muito mais respaldo do que o que temos para realizar nossas propostas. Bem, ficou o aprendizado, a vontade de fazer acontecer, a satisfação em ter dado o primeiro passo e, se antes faltava tudo isso, hoje só faltam os recursos, algo que não depende de nós."

Agentes comunitários de saúde são agentes de mudança⁸

"Nós, Agentes Comunitários de Saúde, somos agentes de mudança. Mudança de comportamento na comunidade, de melhoria da qualidade de vida da comunidade. Quando o Ministério da Saúde exigiu, na diretriz do Programa de Saúde da Família (PSF), que o Agente Comunitário teria que ser um morador da comunidade e de preferência uma liderança, ou alguém que conhecesse realmente a comunidade, foi para nos usar como agentes de mudança. Nós até não temos a percepção do quanto já mudamos essa comunidade. Mas quem chega de fora, percebe

as mudanças de nossas visitas de casa em casa, ouvindo as pessoas. Não é 100%, não é o ideal, mas é o que temos. Nós fizemos uma Conferência Municipal de Saúde com o tema: o Sistema Único de Saúde (SUS) que temos e o Sistema Único de Saúde (SUS) que queremos. A gente tem um Sistema de Saúde Público, mas quer um SUS muito melhor.”

“Não poderíamos imaginar que ao sermos convidados para Capacitação seríamos instruídos a testar nossa sensibilidade, induzidos a nos transportar mentalmente ao topo de uma montanha, exercitar respiração, soltar a imaginação, realizar dinâmicas engraçadas. Sem perceber, adquirimos um novo conceito de vida. Aprendemos a respirar profundamente, sempre que ficamos nervosos e perdendo o controle da situação, para higienizar nossa mente, nos libertar dos preconceitos que dominam nosso pensamento.”

“Melhor do que conhecer é ter a possibilidade de passar adiante. De nada adianta saber e não praticar. Se semeamos a terra, temos que regar diariamente e, pacientemente, esperar nascer, para colher bons frutos. Não tivemos medo de mudar. Mudamos, gostamos muito de tudo o que aprendemos e aprendemos tanto que hoje podemos ensinar. Ensinaamos para nossos filhos, familiares, amigos, pacientes e para todos vocês que estão tendo a oportunidade de ler este capítulo. Sabemos que ainda temos muito por fazer, mas, acreditamos que isto nos manterá em movimento, sempre em busca de fazer a diferença.”¹³

GEBARA

Carla Moura Lima



Todas as pessoas que participaram do grupo focal estavam na Capacitação em Ouvidoria Coletiva em 2008.¹

A equipe sofreu a perda dos relatórios dos fóruns de Ouvidoria Coletiva realizados na Unidade de Saúde. Os textos foram enviados para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), mas não chegaram. Como não tinham feito fotocópia, todo o trabalho foi perdido. A memória do fórum foi recuperada através de entrevistas e conversas com o grupo, para efeito de conclusão da Capacitação.

"Nosso negócio aqui é que a gente perdeu toda a introdução sobre o trabalho. Perdemos a descrição de todas as etapas, de como a gente convidou, de como a gente fez o projeto. Todos eles foram perdidos. A gente tinha escrito tudo a caneta. Feito tudo direitinho. A gente ainda teve um trabalho, a gente mandou. Agora vai ser tudo registrado e guardado aqui no Posto."

A importância das mulheres

Esse é um resumo do que o grupo escreveu na quarta etapa do processo de avaliação. Foram os únicos textos que se salvaram e que mostram que o grupo também cumpriu seu papel.

"Na maioria das vezes são as mulheres as chefes dos lares. São elas que muitas vezes têm os filhos e que acabam tomando essa responsabilidade, de manter, educar, amar e cuidar, porque o companheiro vai embora."

"Eu saio muitas vezes daqui cansada, estressada e chego em casa e tenho que ver os trabalhos da escola e ver tudo. A gente vê que seu filho está crescendo, que o tempo está passando para ele, e você está perdendo fases que não voltam mais. E você não pode estar lá com ele, porque está trabalhando, deixando-o com outras pessoas. Mas a gente volta à realidade. A gente precisa trabalhar para ter dinheiro para comprar as coisas para dentro de casa. Tem esse lado também. Na maioria não tem ninguém não. Não tem mãe, nem irmã. A gente tem que pagar outra pessoa. Deveria ter uma creche que a criança se alimentasse, passasse o dia, inclusive sábado. E que você fosse trabalhar, sabendo que a criança está em um lugar com pessoas responsáveis por ela. Saber que seu filho não está solto num lugar, aonde está sujeito a acontecer qualquer coisa. As crianças com três, quatro anos, ficam na rua. Mas isso aqui é a realidade nossa. É uma preocupação muito grande."

Sugestões e opiniões

Durante as conversas de avaliação, o grupo ajudou a pensar sobre que tipo de publicação seria boa para contar as histórias dos Fóruns e preservar este momento histórico de participação popular.

"Nada maçante para alguém ler. As pessoas da comunidade não têm hábito de ler. Tem que ser, claro, o que a gente falou. Vai olhar primeiro as fotos. Vai olhar a capa e dizer nossa! Ficou legal hein!"

Sobre a Capacitação e o momento épa!

"A gente foi naquela expectativa de saber o que nos espera. Qual é o momento épa da situação? É quando você chega e tem aquele impacto. Épa! O que vai ser apresentado, quem vai falar. Aí você faz: épa! Épa é quando você percebe que é uma coisa legal, algo novo que vai acrescentar experiência à sua vida."

¹ Participaram do grupo: Joana Ramos da Silva; Jupiara Borges de Maria; Wladir Brandão Sampaio; Andréia Carla Marques Borges; Geise Solange; Guilherme Breves; Fuver Lopes Motta

"Não ia ser mais uma coisa que eu já estava cansada de ouvir. Era uma coisa nova. Uma coisa que integrava a gente não só como um Agente de Saúde, mas como cidadão, que durante algum tempo viveu aquela realidade e agora está do outro lado, servindo aquelas pessoas, mas ainda com muita dificuldade para dar o suporte que elas precisam. Eu, por exemplo, cheguei e comecei a ouvir as experiências. A parte que mais me marcou foi aquela grande roda, em que cada um falou de sua experiência. Poder ouvir com sensibilidade, estar mais sensível ao que está sendo ouvido. Tentando entender, tendo respeito pelo que está sendo dito. Mesmo quando você acha que não pode resolver, mesmo quando você não concorda, mas ter respeito pelo próximo. Saber que eles também fazem parte de uma realidade que é sua. Cada um com a sua singularidade, mas ao mesmo tempo vivenciando o mesmo problema. Ter essa experiência foi muito importante na Ouvidoria. Se a gente se unir vai ver que o meu problema não é maior, o seu não é maior. Todos têm problemas e todo mundo quer ser ouvido em algum momento."

"Como foi a Capacitação? Épa. Se eu pudesse resumir... Foi algo novo, algo que somou, que trouxe para a gente uma esperança, de que alguma coisa pode mudar. A gente até comentou depois, entre a gente mesmo, que um sempre precisa do outro. E que o saber ouvir é uma virtude. Nem todos gostam de saber ouvir. Querem sempre falar. Nunca querem ouvir o próximo. Eu sou o dono da verdade, eu sou o dono da razão e nunca quero dar atenção, uma palavra, um gesto para uma outra pessoa. É isso marcou a gente também."

"Depois que a gente sai da Capacitação tem o costume de sentar, conversar, debater e avaliar. Temos essa mania, de comentar tudo o que aconteceu. Quando é ruim a gente fala. Porque tem umas que são maçantes mesmo, que ficam repetitivas."

"Essa reunião foi maravilhosa para a gente, porque aprendemos bastante. Legal para mim e para toda a equipe também. Mostrou que o PSF não precisa ficar voltado só às consultas. A Ouvidoria envolveu a comunidade e a equipe do PSF. Fez aquela parceria realmente, porque até então o PSF era só consulta. Na verdade, o PSF ficava mais preocupado com a doença, com a consulta dentro do posto, do que com a prevenção."

Organização comunitária

Participaram do Fórum, o médico Artur; o pastor Homero, a professora Flávia, representantes da Associação de Moradores de Gebara, como Adauto, Carlos Alberto (gari), Márcio (representante dos motoristas de vans); José, ex-presidente da associação de moradores, Maria (comerciante), as ACS Joana Ramos e Andreia Carla Marques e a assistente social Elisângela.

O pastor da Igreja Nova Aliança foi o representante religioso que participou do Fórum de Ouvidoria Coletiva no bairro Gebara. Participantes destacaram que há uma associação de moradores e uma igreja forte, que se preocupa com a comunidade.

Os participantes lembram que, no início, o pastor nem quis se expor, ele quis ouvir a comunidade. Eles contaram que ele é uma pessoa que se preocupa com o bem-estar social, a saúde da pessoa, a prevenção. Disseram que ele está sempre tentando integrar os jovens, inclusive os adolescentes que estão nas ruas. Para isso abriu um projeto de futebol na igreja. Para reunir o grupo de jovens. Os agentes contam que tiveram dificuldades de fazer exames preventivos nesses jovens. O médico do posto aconselhou marcar um agendamento para realizar esses exames. Mas era necessária a autorização dos pais e o comparecimento dos garotos, porque se o exame desse algum resultado preocupante os pais é que deveriam ser avisados. A dificuldade era grande. O pastor

pediu ajuda à equipe do posto e ao médico, depois do Fórum da Ouvidoria Coletiva, para que os jovens fizessem os exames, mas também não foi possível. Mesmo assim o pastor sempre está em contato com a gente. "É o único, fora nós, agentes de saúde, que se preocupa com a saúde da comunidade e faz um trabalho de conscientização da importância da prevenção. Agora ele tem duas kombis para fazer assistência. A igreja dele não vê só o lado eclesialístico, olha o lado social de seus moradores também. Ele tem bons projetos. É um rapaz novo, que se preocupa com a população."

Vínculo com as lideranças

A relação da equipe da Unidade de Saúde com as lideranças antes desse Fórum era apenas no papel. Eles destacam que não havia relação de amizade com as lideranças presentes ao Fórum. Até tinham conhecimento com o pastor, mas não havia um diálogo, uma aproximação, como a que se estabeleceu depois dos fóruns de Ouvidoria Coletiva na localidade de Gebara.

"Depois da Ouvidoria Coletiva os moradores começaram a respeitar mais o nosso trabalho e até ajudar. Porque muita gente dizia que nem ia ao posto porque não conseguia nada. Depois da Ouvidoria, os próprios líderes da comunidade argumentavam com os outros moradores."

"Como assim a senhora vai ao posto e não consegue? O que é que está acontecendo? O pessoal do posto está lá para ajudar. Está acontecendo alguma coisa. Eles começaram a tentar entender para somar forças com a Unidade de Saúde. Então isso mudou muito. Houve uma grande mudança. Houve um arregaçar de mangas."

Os participantes também destacam que houve dificuldade de compreensão das intenções da equipe de saúde por parte de uma liderança local:

"Explicamos que o pessoal se juntaria no Posto de Saúde para discutir problemas que afetam a saúde, com o propósito de ajudar, mudar e somar. Nosso objetivo não é e nunca vai ser ocupar o papel de uma instituição comunitária."

Foram convidados para os fóruns lideranças da igreja católica e do centro espírita, mas eles não compareceram. Convidaram também representantes da escola municipal da localidade, comparecendo apenas a assistente social do CRAS, mas destacaram a presença de moradores e de um rapaz que trabalha com vans, entre os participantes desse primeiro Fórum.

Uma participação muito especial

"Todos ficaram surpresos quando ele começou a falar. O comentário era pertinente. As pessoas acham que o cara porque está ali varrendo a rua não pensa em nada. Mas ele tem suas reflexões, sua mente está aberta. Consegue perceber melhor essas coisas que estão acontecendo em volta da comunidade, porque ele está na rua e nós tivemos essa noção. O médico que trabalhava no PSF, naquela época, falou para a gente, que adorou o comentário do gari, que ele aprendeu muito com ele também. Aquela troca de conhecimento foi muito boa. E ele colocava as coisas assim com tanto gosto, que dava prazer ouvir. A Ouvidoria Coletiva permitiu dar valor a esse tipo de profissional. A valorizar todo o cidadão, todo o morador. Em 2010 ele veio como candidato a presidente da associação de moradores. O nosso trabalho foi feito em cima das questões que ele levantou no Fórum."

"Continuar essa troca de conhecimento vai ser muito bom. Até virar política pública."

"A gente nunca tinha pensado em chamar um gari para discutir questões de saúde. Só que muitas vezes as pessoas te surpreendem. Foi uma inovação e foi ótimo. Aquele fórum de Ouvidoria Coletiva gerou para gente uma conscientização muito grande, tanto que ninguém consegue jogar mais lixo no chão. A gente se reeducou."

"Ficamos vendo a satisfação das pessoas em serem convidadas, por isso que eu estou dizendo que o momento de dar a palavra e ouvir foi muito importante. Da singularidade do gari virar, naquele momento, um plural de todo mundo. Uma coisa que era só dele, que estava guardada ali. Quem sabe a Ouvidoria influenciou aquele gari a virar liderança comunitária? Será que não foi a primeira vez que esse homem foi ouvido e percebeu que suas ideias tinham valor? Foi a primeira vez que ele foi ouvido dessa forma. Ele foi muito importante e a gente deixou isso claro para ele. Ele, com toda a simplicidade, era tão fundamental como qualquer um, com curso superior. No momento que a gente fez o convite, a gente disse para ele, você vai lá, vai ser ouvido e a gente quer que você leve seu conhecimento. 'Tu vai somar conosco'. E ele veio. Veio com essa disponibilidade de falar, de ouvir, de entender. Foi muito importante."

Temas discutidos por todos

O primeiro fórum discutiu a dengue. O segundo foi a organização da campanha, que seria uma gincana. Mas a equipe não conseguiu material. "Fizemos a dinâmica, a discussão sobre o tema. Aí nasceram vários assuntos. Teve a apresentação de nome, a troca de nomes. Foi a troca de personalidades, um se colocar no lugar do outro e ter o olhar dele. Eu estava no lugar dele, mas eu tinha o meu olhar. Colocamos como objetivo da Ouvidoria Coletiva o que poderíamos propor como melhoria para o nosso bairro. Aí cada um falou sobre um tema. Fizemos um levantamento de problemas e o que mais se destacou foi saneamento e dengue. Foi aí que entrou o lixo, os buracos, a preocupação com a retirada de areia. O gari colocou a questão de que ele só trabalhava na Avenida I. Só tinha ele como gari. A preocupação dele era com as outras ruas, a outra Avenida, as outras ruas, as transversais. E ele falou que já tinha até solicitado ajudante, e não tinha nenhuma resposta. Falou que já havia pedido galões para colocarem lixo e que ninguém tinha dado uma posição, ninguém o ajudava, ninguém dava uma resposta. Ele mostrou como lidava com os problemas no âmbito do trabalho dele. Ele mostrou que os problemas não são só meus. Ele dizia: eu sei que eu preciso de caçamba, quem devo procurar para pedir? E ele ia. Eu preciso de mais um gari. Ele ia. Aí nós percebemos que podíamos ajudar. A escola poderia ajudar. Os moradores poderiam ajudar, as igrejas poderiam ajudar nessa situação. Aí a comunidade começou a se movimentar, a pensar como a gente vai recolher esse lixo? Porque lixo dá dengue. Foi quando cada um percebeu que a escola poderia ajudar nessa parte."

"Diante de vários problemas, selecionamos o que era importante para todos, o que era um problema de todos. Qual o problema que a gente vivencia agora e que é mais urgente? Aí estávamos vivendo aquele alarde da dengue, porque havia crianças morrendo e muita gente doente com os focos do mosquito. Aí o Fórum gerou em torno somente disso."

"A terceira reunião foi de preparação da ação. Já foi desdobramento do Fórum. O pastor chamou algumas pessoas da igreja dele, convidou os pais e os alunos. Da Secretaria de Saúde veio o pessoal do setor de endemias. Eles fizeram uma apresentação na escola. A Vigilância Sanitária, porém, que ia ceder sacos para a gente fazer uma grande coleta de lixo, não chegou no momento esperado. Mas aí a gente andou, colocou faixas, conscientizou as crianças, pediu que elas fossem para casa e falassem para a mamãe não deixar caixa d'água aberta, garrafa com água. Choveu muito. Aqui (no bairro Gebara) encheu e quase ninguém pode vir."

"A quarta reunião foi mais informal. Nos reunimos para saber os resultados da ação. A gente procurou saber como estava o nosso bairro em relação ao surto de dengue. O nosso bairro era

um dos mais afetados com o problema da dengue. A gente registrava um caso atrás do outro. Depois da ação e da Ouvidoria, diminuíram os casos de dengue. Antes de 2008, no primeiro momento, morreu bastante gente. Depois do fórum, não encontramos mais dengue. Isso foi legal demais."

"Vale destacar que muitas vezes ficamos à espera de uma ação do governo, quando podemos fazer a nossa parte. É uma coisa bem pequenininha que tem resolução, tem resposta. Não precisamos esperar a Prefeitura. Não é que os órgãos públicos não tenham que fazer a sua parte. A Ouvidoria Coletiva gerou uma ação coletiva. Serviu para abrir a mente de todos."

Todos podem fazer a sua parte

"Se a Ouvidoria Coletiva continuasse contribuiria com o sucesso da Unidade e do bairro em si, porque muitas vezes a gente pensa na Ouvidoria Coletiva com milhões de pessoas. Mas não é, basta começar. O pastor começou a salientar que o problema da dengue era de todos em pequenas reuniões eclesiais na sua Igreja. E isso gerou um resultado positivo. Igual quando a gente fala com ele sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS, por exemplo. A gente pede a ele que oriente as pessoas, claro, de maneira tranquila, porque ele está dentro de uma Igreja. Mas ele precisa dizer o quanto é importante que os adolescentes venham, que as mães se preocupem com os seus filhos."

"Acho que a cada fórum a gente deve discutir um único tema. Tem temas frequentes, atuais. Sugiro que a gente passe quatro meses do ano discutindo o mesmo assunto e tentando ver os resultados para aquela questão. Seria de muito sucesso. E vou te dizer uma coisa que foi fundamental, que foi o encorajamento dessas lideranças. Mesmo as que já estavam esquecidas. Foi importante para elas virem à tona novamente."

"A gente vivencia esses problemas. Por isso que eu falo: se esses Fóruns continuassem seriam de grande ajuda. Porque eles encorajam a gente quando vê esse resultado. Você não tem noção."

As constantes mudanças no comando da Secretaria Municipal de Saúde também mereceram comentários dos participantes. Eles disseram que, "com essas mudanças, a realidade para a gente aqui está um caos. Você chega lá hoje e fala com um, quando volta daqui a 15 dias, não é mais a mesma pessoa. Então tem que contar a história de novo. Mesmo assim não perde a esperança."

"Nós estamos tentando fazer um trabalho aqui, que é realizar reuniões para discutir e ouvir as pessoas. Agora, esse trabalho só vai fazer diferença se for relatado e arquivado."

"Quando escrevemos o primeiro relatório, teve uma pessoa que falou que não ia dar em nada, que isso era política. Foi uma hora de sermão e tentaram minar mesmo. Mas brigamos e continuamos a escrever. Não desistimos. E graças a Deus conseguimos."

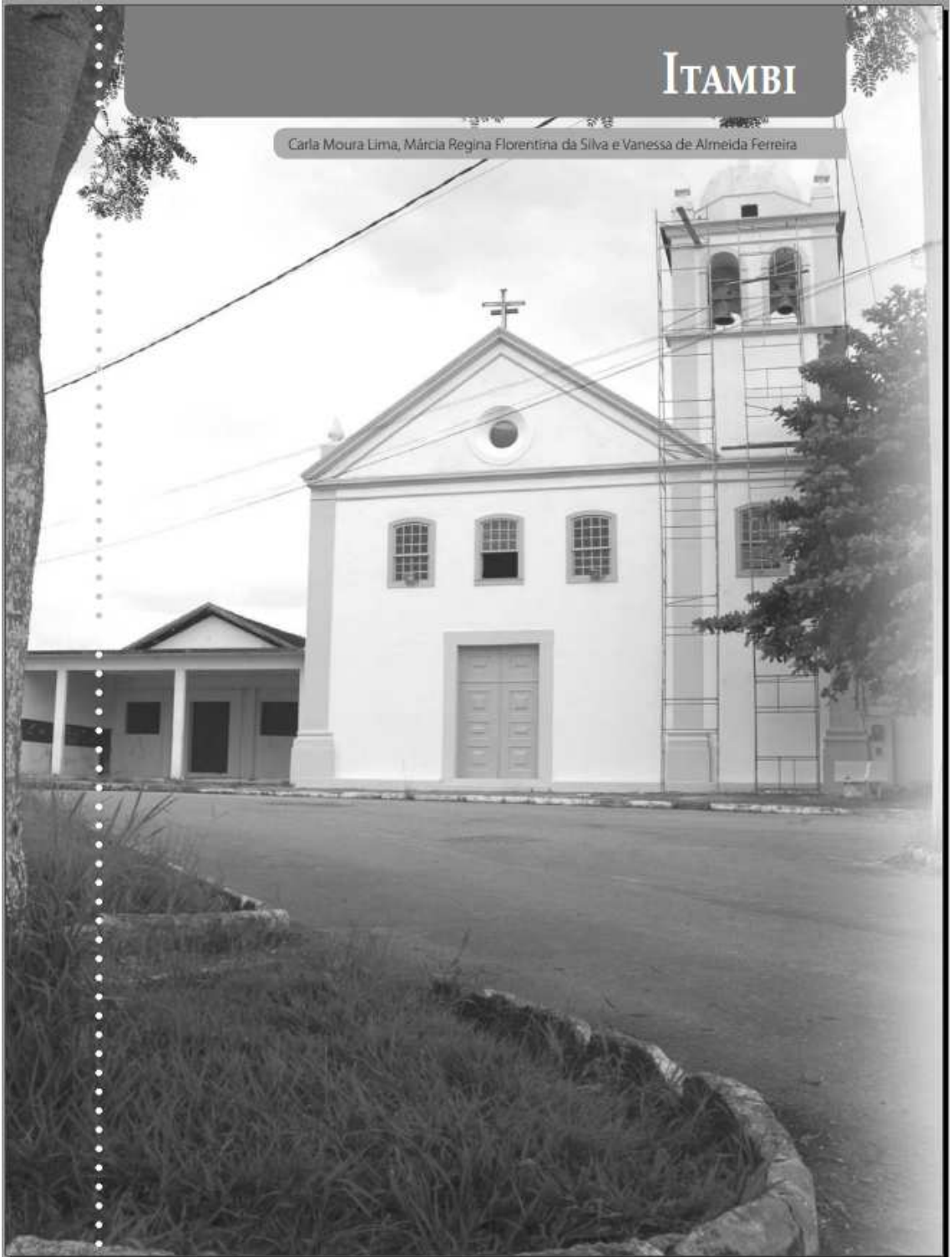




Posto de Saúde de Gebara

ITAMBI

Carla Moura Lima, Márcia Regina Florentina da Silva e Vanessa de Almeida Ferreira



Itambi é sede do 3º distrito de Itaboraí. Seu maior bem natural é o manguezal, que pertence à Área de Preservação Ambiental – APA de Guapimirim. A indústria cerâmica emprega boa parte da população. A região oferece pouca infraestrutura a seus moradores, além da presença de um aterro sanitário.

A Rodovia BR 496 corta o distrito e será parte do Arco Metropolitano, que ligará o Comperj ao Porto de Itaguaí, contornando a Baía de Guanabara. Com a implantação do Arco Metropolitano, a paisagem de Itambi tende a se modificar, o que pode agravar os problemas ambientais e da saúde da população.

O distrito de Itambi conta com cinco Unidades de Saúde da Família, as de Bairro Amaraí, Gebara, Itambi e Grande Rio. Nesse capítulo, a equipe da Unidade de Saúde da Família de Itambi vai contar como foi realizado o I Fórum de Ouvidoria Coletiva daquela unidade, e quais foram os resultados alcançados.¹



Posto de Saúde de Itambi

Ouvidoria Coletiva – a experiência de 2008

Para a equipe do ESF de Itambi, a Ouvidoria Coletiva realizada em 2008 trouxe algo mais do que as capacitações tradicionais. Assim foi a percepção da equipe:

“O que mais marcou, para mim, foi saber ouvir as dificuldades que a pessoa tem. Porque, às vezes, você conversando com a pessoa, parando realmente para ouvir a pessoa, você resolve o problema dela ou dá um conforto muito grande. Lidar com a comunidade é lidar com a gente mesmo. Ouvir o outro tem a mesma importância que ouvir o filho da gente.”

“Geralmente, é realizada uma Ouvidoria quando existe um caso anormal. Na Ouvidoria somos chamados para informar sobre aquilo. E eu achava que deveria ser uma Ouvidoria tradicional e não como vocês fizeram. A reunião valeu a pena, não só pela união de todos nós, como também por passarmos a compreender a Ouvidoria de outra maneira. Não só de reclamação, mas de contribuição.”

“Eu gostei muito da Ouvidoria Coletiva. Participou toda a equipe, de médicos a auxiliar de limpeza. E eu gostei de participar, porque a gente aprendeu também a desenvolver outros tipos de trabalho, a ouvir.”

¹ Participaram do grupo: médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem; – **Maria da Penha Silva Vimercale** – ACS; **Elaine Cristina Lopes de Souza** – auxiliar de enfermagem; **Maria do Desterro S. Nascimento** – ACS; **Didimo de Almeida Filho** – ACS; **Dilza Pimentel Correia Borges** – ACS; **Letícia Marques** – ACS; **Patrícia Vieira da Mota** – ACS; **Ruy Medeiros** – Médico; **Jovana Lúcia Schettini Mendonça** – Enfermeira; **Leila Rios de Jesus** – auxiliar de enfermagem; **Anaeldes Fernandes (Prata)** – ACS; **Jane Moraes da Fonseca** – ACS; **Maria Beatriz Martins de S. Silva** – ACS; **Miralva Barbosa dos Santos Lira** – ACS; **Rogério Brum Ribeiro** – ACS.

Ouvidoria serviu para a vida profissional

"Depois da Ouvidoria, voltei com mais ânimo, vendo que eu poderia melhorar muito o meu trabalho, não é que eu não trabalhava, mas eu voltei com mais coragem, mais disposição. Na Unidade de Saúde passei a ouvir mais as pessoas, passei a parar para ouvir."

"Gostei muito da dinâmica. O exercício fez com que a gente se unisse mais. Um ouvindo o problema do outro. A população passou a acreditar mais no nosso trabalho."

"Além dessa questão da metodologia da Capacitação, dessas dinâmicas que fazem a gente ter essa comunhão com a equipe, aprendemos a ouvir o outro. Acho que a proposta do trabalho, trás uma coisa muito importante. Faz a gente exercitar a cidadania. Faz a gente trabalhar essa questão da transformação. A gente consegue trabalhar isso com a sociedade e a comunidade começa a perceber que eles também são agentes que podem construir."

Preparação e realização do Fórum²

A Unidade de Saúde de Itambi é composta por duas equipes de Saúde da Família, que realizaram o trabalho em conjunto. Inicialmente as equipes definiram quem seria convidado para a Ouvidoria Coletiva. Ficou decidido que participariam lideranças da comunidade, professores, representantes das igrejas batista e católica e pessoas que fazem parte de projetos sociais na localidade, além de dois agentes de saúde.

O Fórum aconteceu em dezembro de 2008 e houve muita discussão para definir o tema, apesar dos poucos participantes. Dessa discussão, foram apontados cinco problemas considerados os principais da comunidade, a saber: gravidez na adolescência; implantação de creche; lazer; desemprego; e saneamento básico.

A escolha do tema³

"As pessoas que participaram são pessoas simpáticas, inteligentes, que se preocupam com a comunidade. Começamos a conversar e discutimos sobre todos os assuntos e chegamos à conclusão que deveria ser gravidez da adolescência. Nós entendemos que a Educação seria importante, o saneamento é importante, mas o tema gravidez na adolescência foi escolhido porque tinha muita grávida na época. Quando muitas adolescentes começam a engravidar, fica tudo mais difícil. Faltam creches, as escolas ficam superlotadas. E adolescentes têm filhos problemáticos, com baixo peso. Por esses motivos, chegamos a um acordo que o tema do nosso fórum seria gravidez na adolescência."

"O tema foi escolhido porque o professor que veio já tinha um trabalho dentro da escola também. A escola tinha chamado a gente uma vez para fazer palestras, porque estava tendo muita adolescente grávida. A gente estava vendo o problema da gravidez. No nosso trabalho, como agentes de saúde, o que mais chega, além de hipertensão, são problemas de gravidez"

Após a escolha do tema, os participantes apontaram e discutiram os problemas relacionados à vida da adolescente grávida e seus familiares. De acordo com o relatório apresentado pela equipe são estes os principais problemas:

- *Responsabilidade de criação da criança pela avó e não pela mãe;*
- *A falta de preparo da adolescente para ser mãe;*
- *Falta de informação, o que é agravado com a dificuldade de relacionamento familiar;*

² Participaram do Fórum: um professor - representante da escola municipal; um representante da igreja católica e **Vanessa, Anaelde, Hugo Leila e Maria da Penha**, representaram a Unidade de Saúde da Família de Itambi.

³ As informações sobre as discussões no fórum de Ouvidoria Coletiva foram enviadas por **Vanessa de Almeida Ferreira** – ex-enfermeira da Unidade de Itambi, que mesmo após a sua saída permaneceu no Conselho Editorial desta publicação.

- Após serem mães, não voltam a estudar;
- Paternidade não é reconhecida e não ocorre a co-responsabilidade na criação do filho;
- A gravidez interfere nos projetos de vida, ou seja, de trabalho e estudo;
- Desentendimento familiar;
- O erotismo já é influenciado desde cedo;
- Famílias desarticuladas;
- Banalização da vida cotidiana, muitos valores estão desaparecendo e degradando as relações entre as pessoas;
- A saúde só cuida da adolescente quando ela já está grávida.

Como a comunidade lida com o problema

Ainda de acordo com o relatório, a comunidade vê o problema da seguinte forma:

- Na igreja católica não existe um trabalho específico, o trabalho é realizado com base nos valores de responsabilidade e castidade. Foi relatada a percepção de que a igreja precisa realizar um trabalho específico para este tema;
- Na escola o tema é trabalhado com informações e prevenção com os alunos e também com os pais;
- A igreja evangélica da comunidade está trabalhando com os adolescentes e os pais fazendo reuniões conjuntas, identificando a responsabilidade tanto do homem quanto da mulher;



Reunião com a equipe.

- Na saúde é realizada a orientação para a família devido ao vínculo dos ACS. Foi também apontada a necessidade de um trabalho mais articulado com a educação e a saúde.

Propostas debatidas

O Fórum apontou formas com as quais a comunidade pode enfrentar o problema:

- Chamar a gravidez na adolescência de 'Adolescentes grávidos', pois muitas vezes, o homem também é adolescente.
- Realizar atividades que incluam os meninos e não só as meninas;
- Ação integrada entre a igreja, escola e saúde da família com reuniões frequentes para "cercar" estes adolescentes
- Fortalecer as ações entre a igreja e a escola, pois engloba a orientação familiar e ajuda na troca de experiências;
- Convidar os representantes das igrejas, os líderes comunitários e a associação de moradores para que possamos pensar em atividades práticas;

- Utilizar como exemplo as palestras de vivência sobre droga e levar este tipo de estratégia para "A Gravidez na Adolescência em Itambi;"
- Acompanhamento psicológico para a adolescente grávida e a família;
- Realizar grupos de apoio para os adolescentes de forma contínua para o enfrentamento desta fase da vida;
- Trabalhar com a valorização do adolescente e a importância da prevenção;
- Realizar trabalhos de autoconhecimento do próprio corpo e das fases da vida;
- Realizar uma Feira da Saúde para chamar a atenção das questões relacionadas à saúde.

A contribuição da Ouvidoria

Além do trabalho proposto pelo grupo, o I Fórum de OC rendeu o trabalho **Planejamento Participativo: A Ouvidoria Coletiva na USF de Itambi (Itaboraí-RJ)**, elaborado por Vanessa Ferreira, ex-enfermeira da equipe da Unidade da Saúde da Família de Itambi. O trabalho foi apresentado em um congresso em 2009.

A Capacitação e a realização do I Fórum em OC de Itambi ampliaram a interação entre a comunidade e a equipe da Unidade de Saúde. Alguns ACS relataram em dezembro de 2010 sua convivência com a comunidade, a partir da experiência da OC, transcritas a seguir:

"No começo do programa, nosso trabalho era muito difícil, mas não tínhamos tantas adolescentes gestantes porque as mulheres e adolescentes de hoje eram crianças. Com o passar do tempo, as crianças cresceram e houve uma mudança de comportamento. As mães não conseguem ter o controle de seus filhos e filhas adolescentes. E muitas famílias não concordam que as escolas promovam reuniões para falar e conscientizar os adolescentes sobre a prevenção e controle da natalidade, ou mesmo que incentive o uso de preservativos."

"Cada vez encontramos meninas com menos idade grávidas, não tendo nenhuma consciência do que é ser mãe. E assim quem acaba criando o bebê são os avós, por consequência os filhos ficam sem a responsabilidade e acabam por engravidar novamente."

"Hoje é um grande desafio para a sociedade e para nós, agentes de saúde, discutir e ajudar da melhor maneira possível a mudar essa realidade. A formação do corpo da adolescente é interrompida pela gravidez. E essas jovens, às vezes, são violentadas. Sofrem pela ausência de uma família estruturada, pela falta de orientação dos pais."

"Para descobrir quem é o pai da criança, temos que conquistar a confiança dessa adolescente, passando confiança para ela. Temos que alertar também sobre os inúmeros problemas que vêm junto com esta gravidez e sua vida sexual como, por exemplo, doenças sexualmente transmissíveis, como sífilis, gonorréia, AIDS etc..."

"Nós precisamos formar grupo para discutir como evitar e prevenir. Temos que reunir pais, professores, instituições existentes na comunidade para discutir a educação desses adolescentes. Em geral, essa rede começa pelas mulheres, por conta do papel de liderança que elas desempenham nas famílias e também pela facilidade e necessidade que elas têm de desabafar."

"No momento, eu tenho uma adolescente de 16 anos grávida. E também tenho um caso em que a mãe acha que a filha estava sendo assediada pelo vizinho. O caso tomou uma proporção muito grande, mas está sendo resolvido da melhor maneira possível."

"No começo do programa do ESF, a maioria das mulheres não aceitava fazer o pré-natal no posto de saúde, porque não aceitava fazer o pré-natal com a enfermeira. O número de consultas de pré-natal realizado em nosso ESF era baixíssimo, só atingia 15% de nossas gestantes. As gestantes preferiam fazer o acompanhamento da gravidez com médicos particulares ou não faziam na maioria das vezes. Os ACS não conseguiam identificar as gestantes no primeiro trimestre de gravidez, porque mesmo ouvindo o agente de saúde perguntando todo mês se havia alguém grávida, as adolescentes ou mães das grávidas não respondiam. Elas escondiam. Só ficávamos sabendo da gravidez quando estavam próximo de ganhar o bebê ou quando este já havia nascido, dificultando nosso trabalho. Com muita insistência fomos conquistando nosso espaço. Com o tempo, mostramos a importância do pré-natal, o quanto a enfermeira está preparada para realizar tal função junto ao médico e os benefícios que um acompanhamento adequado trás para toda a família. Hoje em dia o número de consultas de pré-natal realizado em nosso ESF aumentou 90%, sendo que 50% são adolescentes, o que trás para todos nós grandes preocupações. Não existe mais dificuldade em saber quem ficou grávida, pois a confiança que existe entre o ACS e o usuário é tão intensa que, às vezes, somos os primeiros a saber da situação e não podemos interferir ou tomar a iniciativa de contar para os pais sobre a gestação. Fazemos a nossa parte em sigilo e agilizamos o pedido do exame da gestante e, dando o resultado positivo, orientamos os mesmos a conversarem com os pais. Quando ganhamos a confiança delas, as adolescentes começam a fazer o pré-natal já no primeiro trimestre."

"A gestação de adolescente aumenta a cada dia trazendo grande preocupação para nossa comunidade. Apesar das informações divulgadas pela equipe de saúde, de como evitar essa gravidez, o número aumenta a cada dia, trazendo desespero e intranquilidade."

"A maior preocupação é o despreparo da adolescente para lidar com tal situação. Meninas que não estão com seu organismo preparado para gerar um filho, nem estado psicológico para o mesmo. Elas não têm responsabilidade nem com elas mesmas. Como podem cuidar de seus próprios filhos? Então acabam transferindo tal responsabilidade para seus pais."

"De imediato o que estamos fazendo para prevenir tal situação? Informamos os métodos mais comuns e seguros para evitar a gravidez e prevenção de doenças como DST que é o mais importante e preocupante."

"Apesar de todos ouvirem com atenção e concordarem, na hora H, não colocam em prática no dia-a-dia, o que aprendem sobre prevenção. Cada dia mais aumenta o número de adolescentes grávidas em nossa comunidade e o mais grave: está diminuindo a idade da gestante. Chegamos a pegar adolescente até com 12 anos. Grávidas, param de fazer suas atividades mais comuns como estudar, praticar esportes, se divertir e conviver com outros adolescentes da mesma idade porque já têm uma responsabilidade que não está à sua altura. A gravidez na adolescência pode levar a consequências trágicas. A jovem, quando não tem o apoio de familiares ou pessoas da comunidade, pode acabar se prostituindo ou entrando no mundo do tráfico e do crime, para garantir seu próprio sustento."

"Uma gravidez nessa idade pode levar a sérias consequências: desestrutura familiar, mortalidade infantil, óbito da própria adolescente, crescimento desordenado das famílias, crianças sem uma formação adequada e abandonadas. A partir desse momento, nós, agentes comunitários de saúde, passamos a ter um olhar diferenciado para este problema e unimos nossas forças em busca de soluções para diminuir e até erradicar o problema."

Três grávidas na mesma sala de aula

"Apesar das informações, há mais adolescentes grávidas. Há três meses, fui convidada pela diretora da escola, para fazer palestra. Ela já veio me pedir duas vezes. Eles me conhecerem antes mesmo de trabalhar no PSF. É que eu já trabalhava na Pastoral com esse problema de gravidez não planejada. Eles me chamaram porque uma professora está com três grávidas na sala de aula. Duas de 15 anos e uma de 16 anos. Só numa turma são três adolescentes grávidas."

"Vão ser três meninas que vão abandonar o estudo. E meninos também, porque quando ele é chamado, sai da escola para trabalhar e ajudar no sustento da nova família e acaba abandonando o estudo. Não é só a menina."

As transformações urbanas começam a bater à porta

As notícias de mudanças, com a construção de estradas e do próprio complexo petroquímico, também preocupam as famílias, como relatam:

"Bateram na minha casa dizendo que vão retirar as famílias, porque ali vai passar a estrada para levar os caminhões para a Petrobras. A gente tem um vínculo com a região. Eu nasci, fui criada e moro até hoje no mesmo lugar. Existem famílias que moram todas no mesmo terreno. Então o que você vai fazer? Eu reformei minha casa, conseguimos fazer quatro quartos, com muito sacrifício. Minha família é grande, minha mãe mora comigo e é acamada. Eles não vão pagar o que eu quero. Aonde eu vou arrumar uma casa com quatro quartos?"

Oe catadores de caranguejos e as obras do PAC

Também há uma preocupação quanto ao futuro da comunidade de catadores de caranguejos, que é tradicional. As obras do Comperj, que fazem parte do PAC – Programa de Aceleração de Crescimento do governo federal, com objetivo de desenvolver o país, criar vagas de trabalho e dar oportunidade de uma vida melhor, podem prejudicar ainda mais esse grupo.

"A comunidade dos catadores deve ter mais ou menos umas 50 famílias. E a renda deles realmente é o caranguejo. E quando chega na época do defeso, que eles não podem catar o caranguejo, é a época que eles passam mais dificuldade, porque eles ganham um salário mínimo, mas custa a chegar. Às vezes chega a juntar os três meses do defeso, para eles receberem. Então eles vendem um pouco de siri, que é permitido. Mas o siri é bem mais barato, bem mais em conta e eles passam grandes dificuldades. Eles catavam também garrafas plásticas para vender para reciclar. Só que teve uma época que eles deixaram de vir buscar esse material, porque tem que ter um caminhão. Então essa coleta não está sendo mais feita. Mas dentro da Bacia existem associações de pescadores."



Grupo Focal



Praça de Itambi

RETA VELHA

Paulo Renato e Carla Moura Lima



O registro do processo em Reta Velha foi diferenciado. Até apresentação em slides com música enviaram. O esmero dos registros antecipava a importância do trabalho da equipe da Estratégia de Saúde da Família.¹

Na unidade de Reta Velha, a OC foi um grande divisor de águas, pois conseguiu juntar a comunidade e a equipe, visando uma melhor integração para resolver problemas de saúde e sociais.

Sua história é contada da seguinte forma pela equipe:

Sobre o bairro:

Reta Velha está situada no bairro-distrito de Venda das Pedras e pertence ao 1º Distrito de Itaboraí. A localidade tem um papel importante na história do município. Foi uma grande fazenda onde eram plantados os laranjais, principal fonte econômica dos tempos áureos de Itaboraí.

Era também caminho para regiões como Cachoeiras de Macacu, Friburgo e Teresópolis e era usado como rota comercial. Outros fatores econômicos ocorridos na década de 60 que ajudaram o crescimento da região foram a instalação das cerâmicas de olarias e a construção do Conjunto Habitacional financiado pelo então Banco Nacional de Habitação (BNH). Como não foi concluído, foi invadido por moradores e pessoas que vieram de outros estados e municípios para sua construção.

Outra forma de crescimento desta região aconteceu na década de 20 com a instalação do Hospital Tavares de Macedo, que hoje é uma referência no tratamento da Hanseníase. Pessoas de todo o estado do Rio de Janeiro e outras regiões do Brasil viviam isoladas. Os chamados "lepro-sários" foram construídos no governo de Getúlio Vargas e este isolamento só acabou no governo de Juscelino Kubitschek. Com o fim do isolamento, familiares dos "doentes" começaram a fixar residência na região. Na década de 70, aconteceu uma grande enchente na região que derrubou a ponte que ligava a outros municípios e foi preciso construir um novo acesso. Por causa da construção da estrada nova nova, que leva à Região Serrana e à BR 116, que ficou conhecida como Reta Nova, o antigo acesso recebeu o nome de Reta Velha.

Hoje a região da Reta Velha tem uma escola municipal, uma creche municipal, um colégio estadual e uma unidade de saúde da família, o Posto de Saúde Lizete Fernandes.

Sobre a unidade de saúde

O atendimento médico na localidade começou com o primeiro posto instalado em uma casa alugada. Até 2002 existia uma equipe de atenção básica composta de um médico, uma auxiliar de enfermagem e alguns agentes comunitários de saúde (ACS).

¹ Participaram do grupo: **Fernanda dos Santos Freitas Rosa** (ACS); **Janete R. G. da Silva** (ACS); **Simone Barros da Silva** (ACS); **Maria José de Souza Costa** (auxiliar de enfermagem); **Maria das Graças Manhães** (ACS); **Ivanilda Florentina Alves Cardoso** (ACS); **Rosângela Gonçalves Mendes de Faria** (ACS); **Paulo Renato Moraes Pereira** (ACS).



Fachada da Unidade de Saúde

Com a implantação do PSF foram criadas duas equipes (equipe 01 e 02) com dois médicos, dois enfermeiros, três auxiliares de enfermagem e 15 agentes comunitários de saúde. As equipes atendiam os seguintes bairros: Vila Esperança, Santo Antônio, Vila Progresso, Conjunto Habitacional Morar Feliz, BNH e São Pedro. Logo depois da implantação do PSF na região de Reta Velha, o governo municipal construiu um prédio para alojar as duas equipes e estrutura para curativos, vacinas, atendimento médico, atendimento de enfermagem, pré-natal, exames preventivos e ações de educação em saúde. Também eram realizadas as visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde, da enfermagem e dos médicos.

Hoje a atendimento da unidade de saúde de Reta Velha gira em torno de 2 mil pessoas por mês, mas o início do trabalho foi visto pela comunidade com desconfiança. Os moradores achavam que era o um "programa eleitoreiro", mas a equipe da unidade de saúde mostrou que o Programa de Saúde da Família poderia trazer benefícios para a comunidade.

Capacitação em Ouvidoria Coletiva

Os relatos abaixo são dos profissionais que participaram da Ouvidoria Coletiva² e mostram como foi importante para a vida deles, tanto pessoal quanto profissional, terem participado dos fóruns. Vale lembrar que a maioria destes profissionais são os agentes comunitários de saúde. Eles são os principais atores desse processo.

"Achei dinâmico, muito interessante, muito importante para o trabalho da gente. Foi um momento novo, de parar e refletir. De avaliar como a gente está trabalhando. Porque essa proposta de ouvir o outro é sempre delicada. Porque a gente está preparado para falar, mas na hora de ouvir o outro já tem uma resposta dentro da cabeça. Então na verdade a gente não está ouvindo. E aquela Ouvidoria fez eu refletir sobre isso..."

"Para a gente ouvir o outro tem que estar aberto para realmente ouvir. Mesmo que a gente não concorde. A gente tem que ouvir o ponto de vista do outro. Entender a visão do outro. Porque geralmente quando a pessoa está dizendo uma coisa que a gente não concorda, já estamos com a resposta pronta. Não, é isso. Não, é aquilo. Primeiro a gente tem que ouvir e depois partir para tentar encontrar uma solução, junto com a pessoa. Não a solução que agrada a gente, mas a solução que resolve o problema. E isso foi uma coisa que eu aprendi lá na Ouvidoria. E isso foi muito importante, porque eu passei a ter uma receptividade melhor, eu passei a me relacionar melhor com os moradores."

"Sim, porque se a gente trabalha ouvindo, o nosso trabalho já é uma Ouvidoria. A gente ouve de tudo diariamente. Começamos lá de manhã, por volta de oito, nove horas e às três da tarde, a gente não aguenta ouvir mais nada."

"Sou moradora e também passei a exercitar essa coisa de ouvir melhor, e também passei a saber responder melhor. E a colocar qualidade naquilo que eu estou respondendo. Porque também tem uma coisa, quando a gente coloca qualidade nas nossas respostas, ganha mais credibilidade, mais confiança. Consegui melhorar também a minha imagem como profissional. Porque hoje a pessoa já me procura para encontrar uma solução para o problema dela. Então, isso aí para mim foi muito positivo..."

.. Claro que tudo é um começo, é uma pontinha. Ainda tem muita coisa para ser feita. Muitas coisas não são resolvidas só com palavras. É preciso atitudes. Mas só esse início, essa mudança, já ajuda muito..."

²Participaram do grupo: **Fernanda dos Santos Freitas Rosa** (ACS); **Janete R. G. da Silva** (ACS); **Simone Barros da Silva** (ACS); **Maria José de Souza Costa** (auxiliar de enfermagem); **Maria das Graças Manhães** (ACS); **Ivanilda Florentina Alves Cardoso** (ACS); **Rosângela Gonçalves Mendes de Faria** (ACS); **Paulo Renato Moraes Pereira** (ACS).

"Houve uma melhoria para mim, porque eu consegui encontrar uma maneira de trabalhar isso melhor, até comigo mesma. E estou sempre consciente de que vou encontrar aquela pessoa várias vezes. E tenho que avaliar que, alguns vezes, vou encontrar essa pessoa feliz, alegre. E vou encontrar também estressada, chateada, cheia de problemas. E saber dosar isso, para mim foi muito importante."

"Que a gente saiba ouvir a nossa comunidade, mas que eles também saibam ouvir a gente. Porque um dos sofrimentos que a gente tem é falar e não ser ouvido."

"Fazendo as pazes" com a comunidade

"A Ouvidoria Coletiva veio para a unidade da Reta Velha como uma forma de fazer as "pazes" com nossa comunidade que sofreu bastante com questões de falta de médico, com a falta de água na unidade e falta de medicamento. Com a Ouvidoria teríamos que fazer um trabalho para a conclusão do curso que foi o fórum de Ouvidoria Coletiva na unidade. Foi nossa grande oportunidade de nos aproximarmos da comunidade e juntos discutimos assuntos referentes à saúde e questões sociais."

A mobilização para o fórum

No dia 30 de outubro de 2008, às 9h, a equipe de saúde da unidade Reta Velha se reuniu para organizar o 1º Fórum de Ouvidoria Coletiva marcado para o dia 5 de novembro de 2008 no Posto de Saúde da Reta Velha. Foi decidido que os agentes comunitários de saúde Paulo Renato Moraes Pereira e Ivanilda Florentino seriam os mediadores, a ACS Rosângela Mendes a relatora e a ACS Luciene de Oliveira ficaria com o registro fotográfico. Os demais membros da equipe ficaram no apoio do evento.

"Nós passamos a nos reunir. Com o conhecimento da equipe de enfermagem, e do resto da equipe, lançamos propostas. Falamos sobre temas, apresentamos ideias."

"Nesta reunião discutimos quem poderia ser convidado para o fórum e chegamos à seguinte conclusão: seriam convidados para o fórum Claudia Rodrigues, a diretora da creche municipal do conjunto habitacional Neuza Brizola; o vereador Carlinhos da farmácia; Sandra Ribeiro presidente da Associação de Moradores de Venda das Pedras; Leci Ferreira do Projeto Social Ação e Reação; Shirley, pastora da Igreja Evangélica Sinais e Prodigios do BNH; Glauberto, pastor da Assembleia de Deus Independente da Vila Esperança e mãe Tereza dirigente do Centro Espirita em Vila Esperança."

"Apesar das dificuldades para a realização deste fórum, conseguimos convidar todas as pessoas da comunidade. Quando começou sentimos que os convidados queriam reclamar dos problemas da unidade. Falando bem popular: eles, iam quebrar o pau na hora deles."

"Mas os mediadores juntamente com o restante da equipe conseguiram mostrar aos convidados qual era o principal objetivo do fórum: que era, juntos, buscar soluções para os problemas de saúde e sociais da comunidade. A proposta foi entendida pelos convidados e a reunião seguiu de forma bastante positiva", avaliam os participantes do fórum.

"Não gente. Não é isso. A proposta aqui é ver qual é o tema de maior preocupação na comunidade, saber o que a gente pode fazer para mudar o quadro."

A única coisa lamentada pela equipe e convidados foi a falta de continuidade dos fóruns por motivos alheios à vontade deles.



Reunião de equipe de Reta Velha

na prevenção dos problemas sociais, entre outros, mas o tema escolhido para o primeiro fórum foi a gravidez na adolescência. "Me tira o sono ver uma criança gerando outra criança." O relato foi de uma das convidadas e mostra como esse tema é preocupante e foi uma unanimidade entre os convidados e equipe. O tema foi amplamente discutido.

Foram identificados os problemas que estão relacionados com a gravidez na adolescência. Foram citados: a evasão escolar que acontece quando os adolescentes abandonam os estudos devido à gravidez; a falta de responsabilidade do pai que não assume a criança e com isto a família da jovem mãe acaba assumindo a jovem e a criança onerando e muito o orçamento já apertado da família e a descoberta da gravidez da adolescente que gera conflitos familiares.

Estes problemas foram amplamente discutidos e as possíveis soluções encontradas pela equipe e convidados foram: mais informação; mais trabalho nas escolas; mais presença dos serviços educativos e mais conscientização do público jovem. Estas soluções se dariam com os seguintes passos: realizar outras reuniões com a comunidade; fechar parceria com as lideranças para um trabalho conjunto; promover eventos educativos com a comunidade e convidar outras lideranças para próximas reuniões.

Contribuições da Ouvidoria

"Temos que parar com a história de recomeçar. A gente precisa continuar."

"É disso que nós precisamos. Desse momento quando vem o profissional e nos motiva a continuar. Porque chega um momento que a gente fica cansado, desmotivado, a gente fica, sem gás. A estrada está ali, mas a gente já perdeu as pernas para andar."

"Como falamos no início a Ouvidoria foi uma forma que nos permitiu estar mais próximos da comunidade e de discutir os problemas de outra forma. Antes toda forma de contato com a comunidade esbarrava em dificuldades, pois equipe e moradores estavam distantes e não discutiam seus problemas entre si. Com a Ouvidoria aprendemos a ouvir melhor nossos moradores e citando o grande educador Paulo Freire 'aprendemos quando ensinamos e ensinamos quando aprendemos.'"

"A Ouvidoria também nos ensinou que, sem continuidade, não chegaremos a lugar nenhum. É preciso uma colaboração mútua de gestores, profissionais de saúde e comunidade para tentarmos resolver problemas sociais que resultam em uma saúde ruim, uma educação precária, enfim, todos os setores da vida são afetados por problemas sociais e o fato de parar e ouvir a outra pessoa já é um grande passo para chegarmos a uma solução."

"Isso atrapalhou bastante o que nós queríamos fazer. A gente se propôs a fazer outros fóruns. Teve vezes que ninguém podia comparecer. Assim, sair na rua. Teve outras vezes que não tinha água no posto. Aí o posto estava muito sujo..."

Escolha do tema

Vários temas foram discutidos como: gravidez na adolescência, esporte como forma de prevenção, ociosidade infantil, saúde na terceira idade e conscientização da família

"É importante traçarmos metas que possam ser atingidas no trabalho de prevenção e promoção da saúde coletiva. Unir forças e amarrar parceiras é fundamental para alcançar tudo que for planejado, seja em que área for. O objetivo maior de toda a equipe foi e sempre será a qualidade de excelência de uma saúde pública bem assistida e de usuários e profissionais de saúde parceiros na realização deste trabalho."

A consideração acima é da equipe da unidade de saúde da Reta Velha em relação ao processo de Ouvidoria Coletiva que foi considerado um grande divisor de águas naquela localidade.

A avaliação do primeiro fórum de Ouvidoria Coletiva pode ser descrito da seguinte forma:

"Foi uma gratificante ocasião de somatório de forças por um objetivo comum, o interesse demonstrado pela iniciativa denota a carência da comunidade e o desejo de que se tenha um trabalho voltado para as reais necessidades da população e a continuidade desse trabalho no interesse do bem comum."





SÃO JOAQUIM

Márcia Regina Florentina da Silva e Carla Moura Lima



O trabalho desenvolvido pela equipe de saúde de São Joaquim mereceu destaque por diversos aspectos: o desejo da comunidade de participar do fórum de Ouvidoria Coletiva - OC; o empenho da equipe; a continuidade da articulação em torno da OC; a quantidade de ações que a OC desencadeou em prol do bairro e a criação de uma nova rede social que funciona até hoje.¹

Por tudo isso, nada melhor do que deixar que a própria equipe conte a sua história.

Sobre o bairro

O bairro de São Joaquim era uma fazenda que abrangia o que hoje são os bairros de São Joaquim e Bela Vista, que surgiram depois que a fazenda foi loteada. Havia muita produção de laranja. Muitas famílias tinham barraquinhas de venda de laranja pelas estradas de Itaboraí. Também se plantava bastante abacaxi e banana. São Joaquim pertence ao 1º Distrito de Itaboraí.

Na década de 50, veio a época da produção de cerâmica artesanal no bairro. Depois, as indústrias de cerâmica se instalaram ao longo das estradas e passaram a gerar empregos para a população da localidade. Na década de 60, a chegada da energia elétrica mudou a vida do bairro. A empresa instalava um poste no meio da rua e cada família fazia sua instalação.

Na equipe de Saúde da Família há moradores que vivem em São Joaquim desde essa época. Um deles contou: "em 58, ainda me lembro de levar uma lamparazinha."

Outro evento importante foi a chegada da coleta de lixo. "Há uns oito anos", avaliam, o que significa que o serviço começou em 2000.

Mas, o fato mais marcante para o bairro, segundo a equipe, foi a implantação do Posto de Saúde da Família. "Eu acho que foi decisivo na nossa vida, até hoje, esse PSF e os agentes comunitários de saúde."

Sobre a Unidade de Saúde

Há nove anos as reuniões eram feitas em baixo de uma mangueira, pois a sede da Unidade de Saúde era apenas um consultório, em uma pequena sala cedida numa escola pública.

"Quando ia atender uma gestante e a sala estava ocupada com algum doente, colocava um biombo, para examinar a paciente perto das árvores mesmo", relembra uma das mais antigas funcionárias do posto.

Em 2002 deram 72 horas para a equipe sair da escola e conseguir espaço para a instalação do Programa Saúde da Família, mas a equipe estava preparada e mudou-se para a Associação de Moradores do bairro.

"O espaço era enorme, porém, não tinha banheiro, não tinha vidraça, não tinha uma mesa, não tinha nada. As pessoas chegavam para serem atendidas e a gente ficava ali, servindo de parede,



O grupo se reuniu antes e depois do Fórum gerando ações concretas de mudança

¹ Participaram do grupo: **Erande Pereira de Souza** - ACS; **Renata Andrade Gomes** - ACS; **Rosileia Araújo de Oliveira** - ACS; **Viviane Rodrigues Magalhães** - ACS; **José Castorino da Silva** - ACS; **Lúcia Helena Martins de Assis** - Agente Administrativo; **Lilian Menezes Pacheco** - Enfermeira; **Maria Estela dos Santos Esteves** - Aux. de Enfermagem; **Neusa Fernandes da Costa** - ACS; **Fabiana da Silva Almeida** - Recepcionista; **Márcia Cristina Pereira da Silva** - Auxiliar de Serviços Gerais

POR UMA ITABORAI SAUDÁVEL

puxando um pano para cá, outro para lá. A própria comunidade foi dando as coisas para gente, para poder montar o lugar. A população fez muitas doações para o Posto de Saúde."

As dificuldades iniciais não foram só de falta de estrutura, mas também de relacionamento com a comunidade, que não acreditava que o Programa Saúde da Família teria continuidade.

"Houve uma desconfiança, um estresse com a comunidade. Eles diziam que aquilo ali era político, que quando findasse a gestão, tudo ia acabar. Eles não confiavam em nós para entregar a documentação necessária para fazer o cadastro, porque nós morávamos no bairro, mas não éramos conhecidos, nem nada da pessoa. Esse vínculo foi sendo criado com o tempo. Claro. O programa exigia muito no começo. Só podia ser cadastrado quem tivesse todos os documentos e a documentação sempre voltava porque faltava alguma coisa. A gente teve muita dificuldade. Não tínhamos nem crachá naquela época. Então, para conquistar a confiança das pessoas foi muito difícil. Houve uma transformação, não só nos moradores como também na gente. Isso foi muito importante. Essa transformação que o PSF fez na gente foi incrível."

Atualmente a Unidade de Saúde tem sede própria.



Entrada do Posto de Saúde da Família de São Joaquim, um prédio com ampla estrutura

Ouvidoria: aprendizado e esperança

Os relatos sobre a Capacitação em Ouvidoria Coletiva demonstram diversos momentos marcantes. Em geral, o destaque foi a forma da Capacitação, que se diferenciou de outras como podemos ver a seguir:

"Eu gostei mais da parte dos exercícios, falar sobre as pessoas, se apresentar, o que a gente fazia na Unidade. Acho que, para mim, a melhor parte foi aquela. Além do que a gente aprendeu também."

"Interessantes as dinâmicas que tivemos. A Ouvidoria Coletiva dentro dos Postos, no caso, a gente fazer dentro da comunidade, também foi interessante. Focamos mais a realidade do nosso lugar. Então foi bem interessante e eu gostei muito."

"A Ouvidoria Coletiva trouxe, para essa Unidade, uma oportunidade muito grande, porque nós tivemos a chance de aprender. Além de aprender, nos divertimos. Tivemos a oportunidade de interagir mais com a comunidade, com mais companheiros. E as falas dos professores foram ótimas. Tudo que nos ensinaram ficou marcado. Deixou uma marca na gente. A gente aprendeu outra maneira de se comunicar com a comunidade."

"Nós já temos uma maneira de lidar com a comunidade, mas nos passaram várias outras maneiras, que deram abertura para lidar com o diabético, o hipertenso, com todos os problemas que nós temos diariamente aqui."

"Até então a gente achava que estava só na luta. Depois dessa Capacitação, que foi feita com a gente, nós tivemos um pouco de esperança de ver as coisas melhorarem. Foi muito bom mesmo, até porque foi uma coisa muito alegre, divertida. Porque o nosso trabalho é muito sofrido. É muita dor, muitos problemas. Ficou uma coisa muito gostosa mesmo. Muito produtiva. Eu acho muito importante porque você sem esperança não realiza nada, não faz nada, não se vive sem esperança. Você não se realiza, não realiza projetos na vida, não ajuda o próximo. Se você não tiver a esperança de que aquilo vai mudar, nada acontece. O papel da esperança, para mim, é fundamental. Então vocês trouxeram a esperança, trouxeram uma luz, um caminho, uma ajuda, um braço forte para lutar com a gente. Foi muito importante. A comunidade também gostou à beça."

A Ouvidoria também foi um marco pelo contraponto que ofereceu à situação cotidiana do profissional da Estratégia de Saúde da Família. Eles apontaram a diferença em relação a outras experiências.

"Nós saímos de casa cansadas, desanimadas. Pensando assim: ah eu vou para lá, vai ser uma reunião chata. Mas foi muito, descontraído. Até esqueci um pouco dos problemas da comunidade. De maneira relaxada, conhecemos outros colegas de outros PSF. Interagimos com eles. Ouvimos as dificuldades deles e eles as nossas. Foi bastante produtivo."

"Eu acho que foi uma Capacitação diferente. Nas outras reuniões, você chega lá, senta, vê um filme, escuta uma pessoa falar e você sai calado, sem falar nada. As suas ideias não são colocadas para fora. Nessa Capacitação, além de você escutar aquilo foi bem descontraído. Você tinha o poder de falar da sua comunidade, dos problemas de cada um. Coisa que nunca tivemos. Acho que, por isso, essa Capacitação ficou na lembrança de todo mundo. Quando você fala, você lembra. Porque você participou. A diferença, para mim, foi que a gente relaxou primeiro, se descontrauiu, mas sempre focado naquilo. Todos falaram livremente, o que quiseram. Das outras vezes, você não tinha essa experiência de falar dos problemas. Só escutava. E ninguém escutava a gente. Acho que essa foi a grande diferença."



Recepção da Unidade de Saúde de São Joaquim

"Você vê que foi tão importante, que cada um lembra de um pedacinho. Das outras reuniões, e nós fizemos várias, eu não lembro."

"Acho que isso foi importante. Além daquela parte das pedrinhas. Para mim foi o máximo. Quando eu estou assim, eu pego as pedrinhas eu fico lá..."

"Através da Ouvidoria, nós aprendemos, conversando, trocando informações. Acho que esse foi o principal objetivo: aprender com o outro."

A mobilização para o Fórum

Na epígrafe do relatório do fórum entregue pela equipe foi escrito "*Deus não escolhe os capacitados, mas capacita os escolhidos.*"

O primeiro Fórum se realizou no dia 5 de novembro de 2008, às 14h, na unidade de saúde. A equipe elegeu Neuza Costa como coordenadora e Elizabeth S. Frota como relatora.³

"A gente já fazia intuitivamente uma aproximação com a comunidade. Só que houve um aperfeiçoamento. Nós todos já acionávamos até os próprios moradores, um para ajudar o outro. Ah, você tem uma cadeira de rodas, você tem uma muleta? Então ia transferindo benefícios de um morador para o outro. Só que aí, com a Capacitação, aperfeiçoamos, aprimoramos aquilo na nossa cabeça. Nós vimos que poderíamos ter mais recursos, fazer uma coisa mais organizada. E aí foi bom, mas foi difícil, porque na realidade era para chamar apenas um representante, um líder da comunidade, mas todo mundo queria participar. No final a gente não conseguia colocar aquele número de pessoas dentro da sala que tínhamos destinado para o encontro. Muita gente queria participar. A gente explicava: depois a gente faz uma reunião com vocês, a gente conta como foi, mas não teve jeito. Foi um pouco complicado para a gente quem deveria ser convidado, porque tinha muitas pessoas de boa vontade. Mas tem sempre aqueles que se destacam. Deu muito bate boca, mas no fim tudo deu certo. O encontro foi filmado e gravado."

O debate sobre o tema

"Foi muito interessante, muito legal. No início, eles não entendiam que queríamos escolher apenas os temas que deveriam ser debatidos e não discutir o assunto ali. E nós queríamos colocar ordem no debate. Mas depois de muita falação, o tema escolhido foi saneamento básico."

"Vale citar que vieram representantes de um centro espírita, de uma igreja evangélica, da escola municipal, da associação de moradores. Teve essa diversidade de ideias, de valores e tudo. Nós nem conseguimos debater o primeiro tema na primeira reunião. Não conseguimos porque o bate boca aqui esquentou. Foi a primeira vez. Eles também ficaram meio desconfiados. Ah, não vai dar em nada. Só que depois nós mostramos a necessidade da colaboração deles. Mostramos que poderíamos desenvolver um trabalho, unidos. Nós do PSF, com os líderes da comunidade e a própria comunidade. E eles passaram a se interessar a partir dali."

³Participaram: Rebeca Chacon - presidente do Centro Espírita Alta de Souza; Marcelo Costa - funcionário dos Correios; Alegna de Souza - funcionário dos Correios; Nair de Jesus Teixeira - representante da escola municipal de São Joaquim - Ademiro, Júlio César Teixeira Mendes - representantes das ações sociais de Tia Ângela (esta senhora é rezadeira e faz ações sociais no bairro); Pedro Lino Jardim - representante da ONG Guardiões do Mar; Arlindo da Costa Silva - presidente da Associação de Moradores de São Joaquim; Selma; Pastor Jorge - Igreja Evangélica; Wellington Emerick (policia civil que atua no bairro com ações sociais e quase se elegeu vereador nas últimas eleições). Equipe de Saúde da Família: médico - Anderson Alves de Almeida; enfermeiros - Renê de Oliveira Almeida e Judith Maria do Nascimento; técnicos de enfermagem: Fernando Coelho Faria e Alcione Silva da Cruz; agente administrativo - Lúcia Helena Martins; ACS - Cátia Santana da Frota, Eliane da Conceição Monteiro, Elizabeth Santana da Frota - Relatora; Ernandes Pereira Souza, Fabiana da Silva Almeida Luiz Marcelo Constantino da Silva; Maria José Martins da Silva; Neuza Fernandes da Costa - Coordenadora; Rosângela da Silva Sodré, Rosiléa da Silva Oliveira, Renata Andrade Gomes da Silva, Joana D'Ark, Washington Luiz de Souza Viana. Representantes da UFRJ, UFF e UERJ foram participando das outras reuniões.

Justificativas para as escolhas

Para justificar a escolha dos temas propostos pela comunidade foi feito um trabalho de citar os problemas que provocam e precisam ser mudados.

A falta de saneamento básico acarreta a proliferação de vários tipos de doenças tais como: dengue, hepatite, leptospirose e outras doenças existentes. Foram observados vários problemas no bairro. Segundo os participantes o saneamento básico trará mais saúde para a comunidade. A ESF no bairro é de extrema importância, mas toda a estrutura fica comprometida devido aos fatores de contaminação, proliferação e criação de doenças que são causadas pela ausência de saneamento básico.

Além do saneamento foram identificados como problemas enfrentados pela comunidade de São Joaquim, a falta de: iluminação, pavimentação, educação, transporte e emprego. Um exemplo é o fato do trabalho dos agentes comunitários de saúde ficar prejudicado em dias chuvosos. A falta de pavimentação dificulta o acesso às casas. Não há rede de esgoto, o que provoca mau cheiro, além de roedores pelas ruas, mosquitos e a contaminação dos lençóis freáticos e dos poços artesanais.

Os temas escolhidos para a realização de outros fóruns foram: educação; transporte; geração de emprego (trabalho e renda) e saúde.

Os participantes sugeriam a realização de palestras sobre doenças (dengue, leptospirose, entre outras), orientando os moradores quanto às causas e à prevenção das mesmas, por agentes comunitários de saúde ou outros profissionais. Também foi sugerida a realização de mutirões de conscientização com a própria comunidade.

Para solucionar os problemas de esgoto a céu aberto foi sugerida a realização de mutirões com funcionários da prefeitura e moradores da comunidade, mas para isso o governo municipal precisaria fornecer: manilhas, cimento, caixas de esgoto e todo o material necessário. Tal proposta também foi sugerida para a pavimentação das ruas com a prefeitura disponibilizando máquinas, cimento, areia, pó-de-pedra, máquina, rolo, e à comunidade entrando com a mão-de-obra.

Para resolver a questão da iluminação pública, os participantes disseram que é preciso melhorar com a colocação de postes, pois existe a cobrança de taxa, mas a comunidade não conta com o serviço.

Sobre a falta de transporte, a sugestão é que as empresas de ônibus coloquem linhas noturnas, para trazer de volta os jovens que estudam e os trabalhadores do horário noturno, o que também geraria mais empregos no setor.

O lanche

"Nós fizemos salgadinho. Todo mundo deu dinheiro. Eles gostaram muito e foi a primeira vez que demos lanche aqui" destacou o grupo na reunião de avaliação, colocando esse como mais um ponto positivo do trabalho.

O que aconteceu depois do primeiro fórum

Foram feitos outros fóruns fora da unidade de saúde. Nessas reuniões foram eleitas bandeiras de luta e o grupo saiu a campo para batalhar por soluções.

"O desdobramento foi muito bom. Porque começaram a surgir as colaborações. Desde a primeira reunião já surgiram as ideias sobre o que nós poderíamos fazer. Na segunda reunião já

estávamos acionando os órgãos e todo mundo foi opinando. Através da divulgação das nossas ideias, ali na Ouvidoria, e a pesquisa e divulgação pela internet, foram se juntando a nós ONGs (Organizações Não Governamentais) e órgãos públicos."

"Nós começamos a acessar os recursos para buscar soluções."

Sebrae como parceiro

"Surgiram muitos recursos, como o Sebrae (Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas). Nós acionamos o Sebrae. No primeiro Fórum saiu, como proposta, a realização de uma feira de artesanato. Isso porque uma das nossas preocupações era o desemprego. Um dos temas apresentados era desemprego e falta de renda. Nós procuramos os pontos principais, os pontos que nós poderíamos explorar na comunidade, positivamente, para melhorar essa situação de desemprego. Então surgiram os sítios. O que poderíamos fazer? Entrar em contato com os donos e moradores e pedir que as pessoas da comunidade, que fazem artesanato ou algum tipo de lanche colaborassem para a realização de uma feira de produtos artesanais. Para desenvolver essa ideia, para ensinar as pessoas a produzir melhor, acionamos o Sebrae."

Colaboração da ONG Guardiões do Mar

"Nós também acionamos a ONG Guardiões do Mar. Nós pedimos a colaboração deles, para que nos orientassem sobre reciclagem. Queríamos saber como aproveitar óleo e outras substâncias para reciclar, gerando renda. Porque tem muito lixo espalhado na nossa comunidade. Os Guardiões do Mar, através da Ouvidoria Coletiva, abriram, para a comunidade, cursos de informática e de artesanato. Antes da Ouvidoria Coletiva eles davam esse curso só para os funcionários. Aí eles abriram para os moradores da comunidade."

Interlocução com o Comperj

"Foi decidido em uma das reuniões que deveriam chamar o Comperj, porque eles só estavam colocando o ônibus, com pessoas para esclarecer as capacitações remuneradas que

eles davam, no centro de Itaboraí. Pedimos ao Comperj que colocasse esse ônibus aqui na nossa comunidade, devido à dificuldade que as pessoas têm de pagar passagem, de se deslocar. Pedimos também que, quando houvesse esses cursos de Capacitação os moradores dos distritos do interior fossem chamados a participar. Também foi pedido para a equipe do Comperj explicar como será o aproveitamento dessas pessoas que fazem o curso. Aí então representantes do Comperj estiveram no bairro de São Joaquim e participaram bastante com a gente. Mas eles não mandaram o ônibus."



Vista lateral da Unidade de Saúde e fachada da Guardiões de Mar

Novos parceiros: Ceasa e Correios

"A partir da Ouvidoria Coletiva, o Ceasa começou a contribuir com as nossas reuniões e iniciativas. Um morador pede aos comerciantes para nos fornecer caixas de frutas, legumes e outros alimentos para o sopão e para quando fazemos reuniões e festas com a comunidade. Essa parceria permanece até hoje."

"Nós como Ouvidoria Coletiva também acionamos os Correios na intenção de abrir um pequeno posto aqui, pois em algumas ruas, apesar de ter muitas residências, ainda não tinha serviço de entrega de correspondências."

Vitórias também na educação

"Nós tivemos também muito progresso na Ouvidoria no campo da Educação. Veio uma professora, veio um representante da UFRJ e até falaram sobre a Uerj vir para cá. Eles disseram que a gente poderia fazer um movimento para trazer a Uerj para Itaboraí. Nós não tínhamos uma Escola Técnica, mas depois do movimento e da Ouvidoria, a Faetec veio para Itaboraí."

A escola do bairro passou a funcionar à noite.

"Antes da Ouvidoria Coletiva, nunca havia tido um curso à noite. A escola ficava fechada no horário noturno. Nós acionamos o MEC e foi autorizada a abertura de turmas do Programa Brasil Alfabetizado aqui na Escola. Então isso enriqueceu muito a nossa comunidade, porque passou a ter a alfabetização à noite. Aqui tem muita gente analfabeta, mas a dificuldade é trazer essas pessoas para se alfabetizar. Convivendo com os moradores, conhecemos quem precisa de encaminhamento. Há jovens com 15 e 16 anos que não sabem nem escrever o nome."

Abertura do colégio para festas da comunidade.

"Nós vimos um artigo sobre o aproveitamento de um colégio, como local de festas de 15 anos e casamentos. Então o pessoal da Ouvidoria Coletiva foi conversar com a diretora e pediu para fazer festas ali, naquele espaço."

"Também ficamos de acionar a faculdade Plínio Leite para conseguir estudantes de Veterinária para nos orientar no trato com os animais e esterilizá-los."

A união fez a força.

"Nós trabalhamos muito juntos. Porque nós precisávamos de recursos, de dinheiro, para passagem, para ir para Niterói procurar o Sebrae, porque no início foi complicado. A gente ligava para o telefone do Sebrae e ninguém atendia. Mas depois que conseguimos o contato, eles vieram e nós fizemos uma ação lá na praça."

O talento do artesanato

"Através da nossa Ouvidoria Coletiva, um rapaz passou a dar aula de artesanato e estão vindo pessoas até do Rio, para ter aula com ele. Outra ideia que surgiu aqui na reunião também foi tentar fazer do nosso bairro um ponto turístico. Esse artesão pediu um espaço para expor seus trabalhos, por três dias, e dar aulas. Nós cedemos para ele sexta, sábado e domingo. Vem gente de tudo quanto é lugar, Araruama, Cabo Frio. Ele conseguiu vender várias peças dele. E hoje em dia, tem muita encomenda. Esse jovem montou uma barraquinha e um setor onde dá aulas ao ar livre. E já tem um outro cara, que faz arquitetura, que quer montar uma maquete de barro, para uma experiência que ele tem que fazer para a faculdade. Então é um negócio muito interessante."

"Planejamos colocar barraquinhas na beira da estrada para colocar à venda todos os tipos de artesanato e produtos fabricados pela comunidade e fazer daquele o primeiro ponto turístico."

Alegria da mobilização coletiva para pensar, dialogar e agir

"A primeira reunião da Ouvidoria foi difícil, de muito debate, porque eles estavam acostumados a fazer picuinha. Um brigava com o outro e a comunidade ficava prejudicada por causa desse tipo de atrito. A Ouvidoria trouxe a união. E aí várias cabeças começaram a pensar nas soluções. Foi o que aconteceu quando decidimos fazer uma feira de artesanato para melhorar a renda das famílias. Mas como vender artesanato para uma comunidade empobrecida? Não estava dando dinheiro. E aí nós começamos a desenvolver esse trabalho com o Sebrae. Isso é muito legal. É um verdadeiro ministério a gente aqui sabe? Com a Ouvidoria Coletiva à procura de soluções. Aí surgem várias ideias, várias cabeças. Muito legal!"

"As reuniões da Ouvidoria Coletiva na Associação eram feitas à noite, pois os líderes da comunidade trabalham fora do bairro e só poderiam fazer uma reunião toda semana, como queríamos, no horário noturno. Foi muito proveitoso e bonito. Fizemos capacitações, palestras com a comunidade. Tivemos assistência jurídica com um advogado da associação de moradores."

"Queríamos também fazer a 1ª Festa de Carnaval do bairro, por causa das crianças, pois só tem festa no centro de Itaboraí."

"Eu quero falar que o bom, o que acrescentou, foi que as pessoas esperam muito das políticas públicas, do Poder Público, mas a gente pode fazer muito. É claro que as políticas públicas são necessárias, mas usando de maneira correta, de maneira inteligente, de maneira organizada, dá para ver a nossa comunidade crescendo, se desenvolvendo. A qualidade de vida das pessoas também melhorou, quando passaram a ver que podem se relacionar de maneira diferente com união."

Contribuições da OC para a formação do profissional de saúde

"As contribuições são muitas porque o agente de saúde é um promotor de saúde, de políticas públicas dentro do bairro dele."

"A feira de artesanato chamou a atenção de todos: das autoridades e de moradores de outros bairros. Eles perguntam como está dando certo e seguem o exemplo."

Os profissionais de saúde entendem, na Capacitação, que o programa de saúde da família contribui para que as pessoas tenham uma vida melhor.

"A saúde da família é isso: é ver o cidadão com uma vida melhor. Então você sendo um fomentador de políticas públicas, você não vai só pelo lado da saúde. Você tem que ir por todos os lados. Tem que cuidar da iluminação da rua, do esgoto, da falta de trabalho, aspectos que preocupam os moradores e podem fazer mal, trazer outras doenças. É isso que eu vejo. Então eu acho que é muito bom essa Ouvidoria Coletiva. Eu acho até que ela deveria ser incluída em todas as capacitações de agentes comunitários de saúde."

A OC no desenvolvimento da comunidade

"Acho que poderia facilitar o nosso trabalho, porque muitas vezes a gente não sabe bem como direcionar certos problemas relacionados ao desenvolvimento da nossa comunidade. Porque é uma comunidade com um baixo nível de escolaridade. É uma comunidade que passa muita fome

e o desemprego é muito grande. Então está sempre doente por essas causas também. Então, o ponto principal para a nossa comunidade é esse. Conseguir esse desenvolvimento.”

Na troca de conhecimentos, a solução acontece.

“Quando várias pessoas se unem, têm vontade e buscam melhorar, trocando conhecimentos, procurando informações, então a solução aparece. Às vezes a gente acha uma coisa tão difícil, mas depois da Ouvidoria Coletiva, a gente percebe que há soluções e consegue evoluir.”

“Eu acho que a Ouvidoria acrescenta e muito na formação do profissional de saúde. Apesar da gente conviver todos os dias com a comunidade, esbarramos em problemas, que você não tem como solucionar. Mas através de um grupo de cabeças pensantes, vai ver que, às vezes, é simples.”

“Está na sua frente, mas você não consegue ver a solução, porque não tem uma ideia diferenciada. Então essas Ouvidorias são muito produtivas.”

“Acrescenta para o agente de saúde? Acrescenta. E muito. Apesar de todas as capacitações que ele tem em saúde, ele tem que ter a Capacitação também no social.”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Carla Moura Lima e Márcia Florentina



“Uma coisa importante que nós aprendemos, quando começamos a trabalhar com o movimento popular, ainda em 1975, é que a população não era bicho, não ameaçava. E a gente aprendeu que, quando a população empurra, o sistema de saúde anda. Quando a população pára, o sistema pára. Quem sabe dos problemas lá no local é a população, não somos nós sanitaristas daqui, que sabemos.”

— José da Silva Guedes¹

A proposta da Ouvidoria Coletiva parte desse princípio desde o seu início: “quem sabe dos problemas lá no local é a população.” A consolidação da democracia no nosso país passa também pela criação e manutenção de espaços de diálogo entre o poder público e as camadas populares, já que, como sabemos, as classes dominantes nunca deixaram de dialogar com quem está no poder. A novidade é essa: a consideração das perspectivas dos atores locais de territórios empobrecidos na formulação, controle, avaliação e gestão das políticas públicas voltadas para eles. A OC atua na contramão da prática tradicional, que quando não ignora a existência dos problemas sociais, elabora políticas temporárias, sobre as quais “os interessados não foram nem consultados.”

Esta publicação, de caráter popular, nos permitiu trazer para a discussão de uma parcela mais ampla da população de Itaboraí, questões que preocupam seus moradores, assim como seus gestores municipais, no tocante à saúde pública e às condições de vida da população, com vistas à implantação de um mega empreendimento como o Comperj.

Estruturada a partir do trabalho da Ouvidoria Coletiva, realizada em 2008, com continuidade nos anos de 2009 e 2010, a publicação permitiu uma maior visibilidade das demandas locais, a partir dos fóruns realizados pelas equipes dos PSF e das entrevistas com os grupos locais, que escolheram um tema como foco do trabalho. Os resultados obtidos nos indicaram uma ampliação do grau de interação dos vários atores locais e da capacidade de resolução dos problemas pela própria comunidade.

A partir da realização dos fóruns, as unidades de saúde da família de Bairro Amaral, Gebara, Itambi, Reta Velha e São Joaquim foram capazes de ultrapassar os procedimentos protocolares e interagir com a comunidade. Eles identificaram as principais questões do bairro, propondo soluções a partir da própria comunidade para os problemas encontrados e encaminharam as sugestões às demais instâncias do poder municipal.

A equipe de ESF da Reta Velha, por exemplo, concluiu que a OC possibilitou uma maior integração entre a equipe e a comunidade, abalada pela falta de médico, água e até de medicamentos em outros tempos. Passaram a discutir os problemas de outra forma, visando a cooperação mútua para a sua resolução.

Para os integrantes das equipes da unidade de Itambi, houve mudança na relação com a comunidade, que aumentou seu grau de confiança nos agentes comunitários de saúde, possibilitando um diálogo mais aberto, que consequentemente aumentou a prevenção a doenças e a conscientização, especialmente das adolescentes, para os riscos de uma possível gravidez.

¹ A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. P. 99.

O trabalho realizado em São Joaquim gerou ações em toda a comunidade, com destaque para a criação de uma nova rede social, que se mobilizou para a solução dos problemas do bairro, melhorando a auto-estima dos moradores e a capacidade de mobilização local. Parcerias com instituições como o Sebrae, a ONG Guardiões do Mar, universidades, Ceasa e o próprio Comperj, foram fechadas para a soluções dos problemas locais.

No trabalho realizado em Gebara, ficou claro que uma das preocupações da comunidade refere-se à Capacitação dos moradores para ocupar os novos postos de trabalho oferecidos pelo Pólo Petroquímico. Ainda, segundo os profissionais de saúde, depois da realização do fórum de OC houve mais respeito dos moradores com relação ao trabalho das equipes da unidade, "passando a somar forças." A troca de conhecimento sobre o bairro e as soluções para seus problemas marcaram o novo relacionamento da equipe com as lideranças locais.

Humanização é uma das palavras-chave para os profissionais da unidade de saúde da família do Bairro Amaral quando se referem à Ouvidoria Coletiva. Segundo a equipe, após a Capacitação em OC, os profissionais estavam mais preparados para lidar com a população, o que, muitas vezes, apenas com a formação tradicional não tinham. Os participantes dos fóruns ampliaram a capacidade de lidar com novas situações e a respeitar a história de vida de cada um.

Entendemos que o principal objetivo desta publicação foi alcançado, que é tornar públicas algumas das experiências promovidas pela OC nos bairros citados, assim como através de uma reconstituição da história da saúde pública em Itaboraí, contextualizada com a história local. Esperamos ter ficado clara a importância do trabalho em OC e o quanto essa metodologia de Educação Popular em Saúde pode ajudar na promoção da saúde coletiva, elevação da auto-estima da população e, especialmente, para os profissionais de saúde do município, uma melhor percepção do bairro onde trabalham, um melhor diálogo com a população atendida ocasionando uma melhoria da qualidade do trabalho desenvolvido.

A proposta de Ouvidoria Coletiva avançou muito nesse período de vivências em Itaboraí. Seu primeiro período ocorreu entre 2004 e 2005 e foi desenvolvido em uma experiência piloto, por meio da realização do projeto *Vigilância Civil da Saúde na Atenção Básica – uma proposta de Ouvidoria Coletiva na AP3.1, Rio de Janeiro*. A aquisição dos dados ocorreu através da organização de encontros, no projeto denominados fóruns, nos quais três grupos foram constituídos em torno dos centros de saúde da AP 3.1, a saber: Manguinhos, Maré e Penha. Cada grupo foi composto por um profissional de saúde, um agente comunitário de saúde, dois representantes de centros religiosos, um líder comunitário e dois pesquisadores. A importância de se ter representantes dos diferentes segmentos religiosos se justifica pela crescente busca das classes populares a estas instituições, tanto pelas queixas de problemas "físicos" quanto em relação ao sofrimento psíquico. A comissão da Maré contou com a participação de líderes religiosos da igreja católica, a de Manguinhos com dirigentes de centro espírita, e a da Penha com pastores e presbíteros das igrejas evangélicas e pentecostais. Em cada uma das três regiões foi realizado, no período de fevereiro a junho de 2004, um encontro por mês.

As questões selecionadas para discussão nos encontros, que pela sua abrangência incluem os principais aspectos das condições de vida e saúde nas comunidades, aqui são denominadas como *agenda prévia*, concebida por nós pesquisadores. Uma dupla de pesquisadores articulava, participava e coordenava cada fórum. Depois os discursos eram agrupados, categorizados e comentados na reunião seguinte. Portanto, a iniciativa partiu de nós e por nós, pesquisadores, era comandada.

No último ano, foi realizado um Seminário para apresentar os dados. Foram convidados todas as pessoas envolvidas nas etapas anteriores e os representantes do poder público nas instâncias municipal, estadual e federal.

Fomos para Itaboraí com uma proposta semelhante, isto é criar espaços de diálogo em tantas comunidades quantas pudéssemos acompanhar, já que a equipe era pequena e precisava dedicar grande parte do seu tempo a outras atividades.

Antes de iniciarmos o trabalho, com o apoio da Secretaria Municipal de Itaboraí, fomos desafiados pela secretária municipal Monica Almeida e sua equipe, em especial a subsecretária Andrea Mello, a capacitarmos toda a equipe de Atenção Básica Municipal para que a Ouvidoria Coletiva pudesse ser implantada em todas as Unidades de Estratégia de Saúde da Família. E em 2008 começou a nossa prática em Itaboraí, resumidamente contada nessa publicação. História de muitas mudanças, idas e vindas, mas o mais importante é que elaboramos uma Capacitação inicial, reinauguramos esse processo com um grande Encontro, denominado "Participação Popular na Estratégia de Saúde da Família", em dezembro de 2010, por solicitação de Rosângela, Meniê e as equipes do Núcleo de Educação em Saúde, o de Educação Permanente e da Secretaria Municipal de Saúde.

Nesse processo de ouvir os profissionais das cinco unidades de saúde para essa publicação, a convivência com conselheiros municipais de saúde e dos atores de movimentos sociais locais percebemos o quanto precisamos avançar em capacitações para o desenvolvimento desta metodologia e de outras que formos criando a partir das dificuldades enfrentadas e das necessidades identificadas nessa caminhada.

Hoje a Ouvidoria Coletiva encontra-se muito diferente da proposta original e não sabemos ainda onde essa estrada vai dar, mas já sabemos que não há como voltar atrás.

A apropriação desse trabalho pelos profissionais de saúde em parceria com a população, - São Joaquim é um excelente exemplo disso — demonstrou que é possível, sim, elaborar uma metodologia participativa que possa ser deixada nas mãos dessas pessoas, que juntas conseguem "tirar leite de pedra." Acreditamos que é assim que o Sistema de Saúde realmente avança na direção da inclusão de todos e todas.

Consideramos que a experiência da Ouvidoria Coletiva em Itaboraí, bem como as outras práticas do subprojeto "Vigilância Civil da Saúde do Projeto Cidades Saudáveis - Itaboraí" foi um marco para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Para a população dos bairros, os fóruns fizeram toda a diferença na vida deles e na nossa também, que participamos do processo. Apesar de todas as dificuldades e aparentes retrocessos individuais e coletivos, acreditamos que a partir de agora, a nossa relação com a população não será mais como antes. Antes, nós achávamos que esse era uma maravilhosa contribuição para a democratização do Sistema Único de Saúde (SUS), hoje temos certeza.

