



Acta Scientiarum. Health Sciences

ISSN: 1679-9291

eduem@uem.br

Universidade Estadual de Maringá

Brasil

Costa Oliveira, Simony; Vargas, Liliana Angel

Direito à saúde e saneamento básico na estratégia saúde da família no Complexo do Alemão

Acta Scientiarum. Health Sciences, vol. 32, núm. 2, 2010, pp. 127-134

Universidade Estadual de Maringá

Maringá, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307226627003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Direito à saúde e saneamento básico na estratégia saúde da família no Complexo do Alemão

Simony Costa Oliveira* e Liliana Angel Vargas

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Av. Pasteur, 296, 22290-240, Urca, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

*Autor para correspondência. E-mail: simony_oliv@yahoo.com.br

RESUMO. Este artigo surge o interesse de estimular a reflexão sobre as possibilidades da garantia do direito ao saneamento básico no Complexo do Alemão - Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro a partir da Estratégia da Saúde da Família (ESF), na medida em que se entende o direito ao saneamento básico intimamente integrado ao direito à saúde. O estudo se propôs identificar a percepção dos profissionais que atuam na Unidade de Saúde da Família (USF) Nova Brasília sobre o direito a saneamento básico, analisar a relação entre saneamento básico e direito à saúde para esses profissionais e discutir a utilização da Ficha A, na coleta de dados sobre as condições de infraestrutura sanitária dos moradores daquela região. Como resultado, encontra-se que esta discussão ainda é periférica dentro das equipes da ESF local e que a associação que essas fazem entre saneamento básico e saúde corresponde ainda a uma visão reducionista, que se expressa numa prática pouco propositiva em matéria de intervenções substanciais no acesso ao saneamento. Conclui-se que a ESF precisa (re) pensar suas propostas e práticas, a partir de suas próprias contradições, entre elas, sua omissão perante o desafio de lutar pela garantia do direito à saúde e saneamento básico nos territórios onde atua.

Palavras-chave: saneamento básico, direito à saúde, enfermagem.

ABSTRACT. Right to health and basic sanitation in health strategy to the family in “Complexo do Alemão”. This article results from the interest in stimulating the discussion on the possibilities of guaranteeing the right to basic sanitation, in a community located in “Complexo do Alemão” – Rio de Janeiro, Rio de Janeiro State, from the Family Health Strategy (FHS) insofar as we understand the right to basic sanitation as closely integrated with the right to health. This article proposed to identify the perception on the right to basic sanitation of professionals working in the Nova Brasília FHS, to analyze the relation between basic sanitation and right to health through these professionals, and discuss the use of Form A in gathering data about the infrastructure conditions of people in that region. As a result, we found that this discussion is still peripheral among the FHS operating teams in the region, and that the association they make between basic sanitation and health amounts to a reductionist view, which is expressed in a poorly propositional practice in terms of substantial interventions in access to sanitation. It is concluded that the FHS needs to revise its proposals and practices from its own contradictions, among them its omission to the challenge of fighting to guarantee of the right to health and sanitation in areas where it operates.

Key words: basic sanitation, right to health, nursing.

Introdução

Este artigo surge de um recorte do projeto de pesquisa “O Direito à Saúde em Tempos de Exclusão Social” e expressa o interesse de estimular a reflexão sobre as relações entre direito à saúde e saneamento básico em populações socialmente excluídas que vivem em precárias condições de vida e cidadania.

Escolheu-se como unidade de análise para esta reflexão a percepção das profissões que integram equipes responsáveis pela Saúde da Família no Complexo do Alemão, sobre a inter-relação entre a

garantia do direito à saúde e ao saneamento básico no exercício da prática profissional dentro da Estratégia da Saúde da Família (ESF).

O Complexo do Alemão se encontra localizado na área de planejamento 3.1 da Secretaria Municipal de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e se caracteriza por ser uma das regiões que apresenta significativo risco social o que motivou a implantação da ESF naquele local.

Levando em consideração que esta estratégia é uma proposta do Ministério da Saúde, que visa à

concretização do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos brasileiros, concordamos com Besen et al. (2007) ao apontá-la como uma possibilidade na Promoção da Saúde, a partir de ações que integram usuários e serviços de saúde no seu próprio território. Portanto, trata-se de importante oportunidade de se estabelecer parcerias e ações intersetoriais que conduzam à garantia do direito à saúde e ao saneamento básico, portanto, à conquista da cidadania e vida digna.

Neste sentido, “colaborar na diminuição dos riscos ambientais à saúde, constitui-se uma das missões fundamentais do Sistema Único de Saúde do Brasil, coerente com o princípio constitucional de que todos os cidadãos têm direito a acesso igualitário às ações que visem à proteção à saúde” (SILVA JÚNIOR et al., 2004, p. 6).

A importância do saneamento permeia os diversos continentes do mundo e sua relação com a saúde vem sendo entendida desde a antiguidade. Ruínas de uma grande civilização que existiu por volta de quatro mil anos atrás, ao Norte da Índia, indicam evidências de hábitos sanitários, incluindo a presença de banheiros e de esgotos nas construções, além de drenagem nas ruas (HELLER, 1997).

Hoje, cerca de 40% da população mundial não têm acesso à rede de coleta e ao tratamento do esgoto e isso traz como resultado 1,5 milhão de mortes em função de doenças de veiculação hídrica (BRAGA, 2008).

A Organização Mundial da Saúde em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância, em 2000, apontaram no relatório “Situação Global de Suprimento de Água e Saneamento” que no mundo 1,1 bilhão de pessoas não tem acesso ao abastecimento de água e mais de dois bilhões não possuem condições adequadas de saneamento (BARCELLOS, 2008). Isso significa dizer que em pleno século XXI mais de um bilhão de seres humanos são excluídos do acesso a um bem essencial para a garantia da possibilidade de criar e (re) criar a vida.

Portanto, pode-se perceber que os maiores problemas sanitários e as doenças de veiculação hídrica, embora possam ser decorrentes de um conjunto de aspectos, refletem as iniquidades em termos de acesso ao saneamento básico.

Segundo a Associação de Empresas de Saneamento Básico Estaduais (2008), no ano 2000, foi assinada a Declaração do Milênio na sede da Organização das Nações Unidas, em Nova York, onde ficou categoricamente estabelecido que o saneamento básico é crucial para melhorias no

campo da saúde, do desenvolvimento e da dignidade humana, razão pela qual esta organização elegeu 2008 como o Ano Internacional do Saneamento.

No Brasil, no início da década de 50, o Serviço Especial de Saúde Pública, transformado em Fundação de Serviços de Saúde Pública, assinou convênios com os municípios para financiamento, construção e operação de sistemas de abastecimento de água e sistemas de esgotamento sanitário, em localidades urbanas e rurais (BRASIL, 2004).

Assim, os recursos do setor de saneamento básico passam a ser gerenciados pelo Banco Nacional de Habitação, por meio do Plano Nacional de Saneamento, o que resultou em política seletiva que privilegiava as grandes empresas estaduais em detrimento das prefeituras e interesses locais. Em face das tendências de redefinição do papel do Estado, a partir da Constituição de 1988, a ênfase na descentralização traz de volta a responsabilidade de políticas públicas ao poder local e estimula o controle social sobre as mesmas.

Após a reforma administrativa, de 1990, o Ministério da Saúde criou a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) que foi a junção de alguns órgãos, inclusive da Fundação de Serviços de Saúde Pública. Assim, a Funasa passou a dispor de um Departamento Nacional de Saneamento, hoje denominado Departamento de Engenharia de Saúde Pública, que detém a experiência acumulada pelos profissionais oriundos da Fundação de Serviços de Saúde Pública, com a responsabilidade de cumprir o disposto na Constituição Federal 1988, em relação às ações de saneamento básico (BRASIL, 2004).

Do ponto de vista normativo, a Lei Nº 11.445/2007 estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico e o define como o conjunto de serviços, infraestruturas e instalações operacionais de abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, limpeza urbana, manejo de resíduos sólidos, drenagem e manejo das águas pluviais urbanas.

Essa Lei aponta em seus princípios fundamentais as relações intersetoriais indicando a conexão com as políticas para o desenvolvimento “urbano e regional, de habitação, de combate à pobreza e de sua erradicação, de proteção ambiental, de promoção da saúde e outras de relevante interesse social voltadas para a melhoria da qualidade de vida para as quais o saneamento básico seja fator determinante” (BRASIL, 2007, p. 1).

Embora, a cidade do Rio de Janeiro, que segundo Vargas (2008), foi a quinta cidade no mundo a contar com um sistema de esgotamento sanitário, não conseguiu até hoje equacionar suas não poucas deficiências em matéria de políticas públicas, entre

elas de saneamento, razão pela qual fica cada vez mais comprometida a possibilidade de fazer jus a sua denominação de *cidade maravilhosa* e muito menos alcançar a denominação de *cidade saudável*.

Este último termo foi adotado pela Organização Mundial da Saúde para designar o movimento em torno da ação intersetorial que aglutina os esforços de diversos atores sociais (governamentais e não-governamentais, sociedade civil organizada, entre outros), que se mobilizam na conquista coletiva de melhores condições de vida e saúde para sua população (OPAS, 2000).

Desta forma, para Westphal (2000, p. 42) “*cidade saudável* não é somente uma cidade com alto nível de saúde, medido pelos indicadores de mortalidade e morbidade, mas é uma cidade comprometida com os objetivos de saúde de seus cidadãos e envolvida em um trabalho contínuo para atingi-los”.

Portanto, um longo caminho, ainda, será preciso percorrer na conquista por melhores condições de vida, a partir da garantia do direito à saúde e ao saneamento básico, o que exige entre outros, um pensamento sistêmico e organizado para integrar fenômenos antes dissociados, incorporar as noções de complexidade, fluxos e redes e fundamentalmente, que se apoie no princípio ético que fundamenta o pacto transgeracional e estabelece vínculos de solidariedade entre esta e as futuras gerações (FREITAS; PORTO, 2006).

Este desafio no interior das equipes responsáveis pela saúde da família em regiões metropolitanas complexas, como é o caso de Rio de Janeiro e São Paulo, pode gerar tensões, que aparecem na rotina de trabalho das equipes e que longe de se constituírem num problema, podem significar a possibilidade de se incorporar a temática ambiental no cotidiano das práticas da atenção básica de saúde.

Material e métodos

Este estudo se desenvolveu no Complexo do Alemão, localizado na Serra da Misericórdia, abrangendo uma área compreendida pelos bairros de Inhaúma, Bonsucesso, Ramos, Olaria e Penha, Estado do Rio de Janeiro.

Integram o Complexo as seguintes comunidades: Morro do Alemão, Grotta, Nova Brasília, Alvorada, Matinha, Mineiros, Itararé, Esperança, Palmeiras, Morro do Adeus, Morro da Baiana e Reservatório de Ramos e é marcado pela pobreza, violência e exclusão social, além de apresentar condições insalubres de saneamento básico e crescimento habitacional desordenado.

O Complexo apresenta baixo Índice de Desenvolvimento Humano (0,587) e esperança de

vida de 56,72 anos, além do alto índice de desemprego e baixa escolaridade. Este cenário fez com que a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro o identificasse como área prioritária para a implantação da Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2007).

Atuam no Complexo do Alemão, atualmente, cinco unidades, assim denominadas: Unidade de Saúde da Família (USF) Nova Brasília, USF Morro do Alemão, USF Esperança, USF Baiana e USF Adeus, totalizando 15 equipes.

Esta pesquisa foi realizada na Unidade de Saúde da Família Nova Brasília que começou sua atuação no ano de 2003 e abriga cinco das 15 equipes que atuam no Complexo do Alemão.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), as equipes básicas da ESF são compostas por um enfermeiro, um médico, um auxiliar de Enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Cada equipe é responsável por uma área que atende de 2.400 a 4.500 pessoas e para cada duas equipes básicas de saúde da família existe uma equipe de saúde bucal, composta por um dentista, um técnico de higiene dental e/ou um agente de consultório dentário.

Esta unidade comporta cinco equipes básicas e três de saúde bucal que atendem as áreas Alvorada, Capão, Loteamento, Nova Brasília e Reservatório.

Este estudo trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Como estratégia de coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada a partir de um roteiro onde foram previamente definidas as seguintes questões: O que você entende por saneamento básico?; Na sua percepção, como o saneamento básico está relacionado com garantia do direito à saúde?; Qual sua opinião sobre a FICHA A, no item Situação de Moradia e Saneamento, como instrumento para sua prática profissional na ESF? E, quais ações visam à garantia do acesso ao saneamento básico no exercício de sua prática profissional na ESF?

Foram selecionados, a partir de sorteio, três das cinco equipes que atuam na USF Nova Brasília, na medida em que foi considerado que as mesmas seriam representativas quantitativa e qualitativamente do conjunto das equipes desta unidade. Assim, os sujeitos desta pesquisa foram 23 profissionais das áreas do Loteamento, Capão e Reservatório.

A coleta de dados ocorreu do dia 5 de fevereiro de 2009 a 11 de março do mesmo ano. O conteúdo das entrevistas foi gravado, transcrito e devolvido aos sujeitos da pesquisa para, se necessário fosse, ajustar

as respostas para garantir o rigor da transcrição.

Com vista a atender aos aspectos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, este estudo foi submetido ao parecer do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, tendo sido aprovado no dia 15 de dezembro de 2008.

Os dados coletados foram analisados a partir da análise de conteúdo, utilizando-se a técnica de análise temática que “como o próprio nome indica, o conceito central é o tema. Esse comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentado através de uma palavra, uma frase, um resumo” (GOMES, 2008, p. 86).

Resultados e discussão

As principais características do perfil dos sujeitos que participaram nesta pesquisa são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Perfil dos profissionais que atuam nas equipes responsáveis pela Saúde da Família em Capão, Reservatório e Loteamento no Complexo do Alemão. Rio de Janeiro, 2009.

Perfil Profissional	Faixa Etária (intervalo em anos)	Tempo de Atuação Profissional (intervalo em anos)	Tempo de Atuação na ESF (intervalo em meses)	Total de Entrevistados
Categoria Profissional				
ACS	23 - 49	3 - 12	36 - 60	11
Auxiliar / Técnico de Enfermagem	30 - 39	17- 18	36 - 60	3
Auxiliar de Consultório	45 - 47	2 - 7	36 - 60	2
Dentário / Técnico Higiene Dental				
Dentista	38	15	60	1
Enfermeiros	27 - 46	3 - 23	36 - 108	3
Médicos	39 - 49	17 - 25	18 - 96	3
Total	-	-	-	23

Fonte: Instrumento de coleta de dados de pesquisa, 2009.

No intuito de garantir o anonimato desses sujeitos, os depoimentos foram identificados pelos cargos que ocupam dentro da equipe, todos no gênero masculino seguidos de numeração indicativa da ordem da realização das entrevistas, por exemplo: médico 1, enfermeiro 2, agente comunitário de saúde 3, dentista 4 e assim por diante.

Foi observada dificuldade num número significativo dos entrevistados de expressar seu pensamento por meio de palavras sendo, portanto, expressos seus silêncios fazendo uso de reticências dentro do texto.

A análise dos depoimentos nos permitiu identificar as seguintes categorias analíticas:

- Saneamento básico: um conceito ou uma dúvida?
- O Direito ao saneamento básico: a diferença entre ter saúde e não estar doente.
- Ficha A: um instrumento, mas não para mudança.

- A Garantia do direito ao saneamento básico no Complexo do Alemão e necessidade de superar reducionismos na ESF.

Saneamento básico: um conceito ou uma dúvida?

Esta categoria surge da forma como os sujeitos da pesquisa, no Complexo do Alemão, entendem o saneamento básico e principalmente pelos reducionismos a ele atribuídos.

Assim, para 12 (52%) dos profissionais, o saneamento se materializa somente como uma estrutura física relacionada a encanamento da rede de esgoto, água e recolhimento do lixo, não-associada a uma política pública e muito menos ao direito à saúde nem ao exercício da cidadania. Desse total, 6 (50%) reduzem o saneamento básico ao abastecimento de água potável e esgoto, tal como pode ser observado nos depoimentos a seguir:

“São as condições... De estrutura mesmo... É água que nós precisamos, uma água tratada, digamos assim, tratamento de água, esgoto... É isso...” (Técnico de enfermagem 5).

“Esgoto, não só esgoto, a água que a pessoa usa, muita coisa...” (Agente comunitário de saúde 8).

É importante dizer que mesmo dentro de uma visão reducionista falar de saneamento básico, nos remete necessariamente a uma longa trajetória de iniquidades, que se expressam em contradições, injustiça social e ambiental que fazem parte da estrutura da dinâmica social brasileira.

Assim, dados relacionados ao acesso ao saneamento básico da população urbana do Brasil, no ano de 2002, indicam que

[...] cerca de 95% dos domicílios tinham acesso à coleta de lixo, mas somente 40% dele tinha destino adequado; aproximadamente 51% dos domicílios tinham acesso à rede coletora de esgotos, mas apenas um terço do esgoto coletado era tratado. O abastecimento de água por rede geral atingia aproximadamente 91% dos domicílios (FREITAS; PORTO, 2006, p. 82).

Para 11 (48%) dos entrevistados, a ideia de saneamento de alguma maneira é relacionada às condições de vida e saúde. Esse entendimento permite afirmar que neste caso se vislumbra uma possibilidade de transição entre o conceito tradicional de saneamento reduzido a obras de infraestrutura sanitária, para associá-lo à ideia de meio ambiente e ao conceito ampliado de saúde, onde este último é resultante de condições e qualidade de vida digna. Neste contexto, o meio ambiente passaria a ser entendido como apontado por Galvão (1992), uma *produção social* histórica e socialmente determinada. Nos seguintes depoimentos esta constatação se torna evidente:

“Ta difícil! Ah, é... Não sei se... Saneamento básico... Condições de vida para as famílias, para os moradores. É o que eu acho” (Auxiliar de Consultório Dentário 7).

“Saneamento básico é... [...] Sanear, você ter condições de viver... Você ter assim a parte de esgoto, água, lixo, é tudo de uma forma estruturada” (Enfermeiro 11).

Por outro lado, a associação entre saneamento e condições de vida, abre a possibilidade de estimular a mobilização e participação política na conquista coletiva de um maior e melhor acesso aos bens e serviços disponíveis dentro da sociedade.

Segundo Vargas et al. (2007, s/p.),

No Brasil, a partir da década de 80, mas principalmente na década de 90, se começou a formalizar dentro do setor saúde, pelo menos no plano normativo, a incontestável relação entre meio ambiente e saúde. No entanto, entende-se que esse preceito não pode ser limitado a esse plano; ele pressupõe um entendimento mais amplo de ambas as categorias - meio ambiente e saúde - inexoravelmente influenciadas pelo mesmo contexto econômico, político, cultural e socioambiental.

Torna-se, portanto, importante frisar a necessidade que profissionais atuantes na ESF, tenham clareza sobre estas relações, pois do contrário fica comprometida a possibilidade de desenvolverem ações que conduzam à garantia desse importante direito, a partir desta estratégia.

O Direito ao saneamento básico: a diferença entre ter saúde e não estar doente

Para 11 (48%) dos depoentes há uma íntima relação entre o direito à saúde e ao direito ao saneamento básico, na medida em que juntos, expressam e oportunizam melhores condições de vida. É importante apontar que nesta perspectiva o escopo da saúde é muito mais amplo que a ausência da doença, como se pode observar a continuação:

“Eu acho que sem saneamento básico impossível de ter boa saúde. Qualidade de vida, impossível!” (Técnico de Higiene Bucal 6).

“A relação entre os dois? Melhora de vida! Tendo saneamento básico é sinal de que a condição do ser humano para viver, qualidade de saúde, tá melhorando” (Agente Comunitário de Saúde 16).

No entanto, ainda para 12 (52%) dos sujeitos deste estudo, a relação entre direito à saúde e ao saneamento básico, se expressa na ausência da doença, o que foi verbalizado da seguinte maneira:

“Se eu tenho água saneada eu não tenho doenças causadas por bactérias na água, se eu tenho esgoto

tratado e saneado eu não tenho doenças proveniente desse esgoto” (Enfermeiro 10).

“Sem saneamento básico não há saúde, a maioria das doenças infecciosas, inclusive muitas vezes letais, são devidas a água contaminada, alimentos contaminados, lixo, passagem de ratos” (Médico 19).

Como se pode observar, ainda hoje, mais de 20 anos depois do Movimento Sanitário Brasileiro ter proposto um conceito ampliado de saúde, ainda está muito arraigada dentro do setor, a concepção da saúde associada à ausência de doenças, inclusive em profissionais que atuam no âmbito da Estratégia Saúde da Família, onde se propõe reorientar o modelo assistencial da saúde no Brasil.

Neste sentido Teixeira (2004, p. 14) aponta que embora a “imagem-objetivo” da ESF seja a integralidade

[...] ainda há um longo caminho a percorrer para se alcançar uma lógica de adequação permanente das práticas às necessidades e problemas de saúde da população, tendo como referência a possibilidade de conjugar ações voltadas para o controle de determinantes, riscos e danos (promoção, prevenção e assistência).

Acreditamos que uma das dificuldades para que esta estratégia se apresente como uma importante arena de desconstrução de práticas assistencialistas e fragmentadas e proponha práticas inovadoras no cerne do SUS, encontra-se, entre outras, na fragilidade conceitual e metodológica na formação de profissionais para atuar na atenção básica, a partir da promoção da saúde.

Ficha A: um instrumento, mas não para mudança

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003, p. 10), pelo Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), a Ficha A é um instrumento utilizado dentro das equipes de Saúde da Família, para identificar as condições “de moradia e outras informações adicionais - permite à equipe de saúde conhecer as condições de vida das pessoas da sua área de abrangência e melhor planejar suas intervenções”.

No entanto, empiricamente é possível contestar esta afirmação na medida em que as informações coletadas a partir deste instrumento, pouco refletem as reais condições e necessidades dos moradores em matéria de condições de moradia e infraestrutura sanitária.

Nesse sentido, concordamos com Barcellos e Quitério (2006) *apud* Ianni e Quitério (2009, p. 121), quando aponta que

[...] é razoável supor que as informações sobre salubridade da moradia e saneamento, possíveis de registro no SIAB, não alcançam a complexidade vivenciada pela população residente nos centros urbanos. Por outro lado, os possíveis indicadores a serem construídos com base nessas informações ficam aquém daqueles requeridos para subsidiar intervenções em saúde e ambiente.

Quinze (65%) dos entrevistados apontam a FICHA A como diretriz e ferramenta importante para o reconhecimento da área, tal como expresso nos depoimentos a seguir:

“A ficha A ela nos dá assim um caminho, como traçar uma diretriz por aonde ir. Onde tem área de risco” (Agente Comunitário de Saúde 2).

“[...] através da FICHA A tem como a pessoa, tem como o governo, de certa forma, ver quantas pessoas ainda vive em situação precária [...] Então é um meio, na FICHA A, de perceber que nem todo mundo tem o mínimo que deveria” (Agente Comunitário de Saúde 13), inclusive para três (20 %) dentre esses 15 depoentes, a FICHA A não é só um instrumento para reconhecimento da área, mas também uma base para programação de ações que visem intervenções em situações de risco:

“Ela é super importante porque através dela a gente tem dados de toda área... É então a gente tem um diagnóstico mesmo da área que a gente trabalha e através deste a gente vai ter as ações” (Técnico de Enfermagem 5).

“[...] é um norteador. Ele mostra toda epidemiologia da tua área, então todas essas fichas se a gente fizer um levantamento [...] Então sinaliza para você, direciona. Até para você planejar, até não, é para você planejar” (Médico 17).

Somente oito (35%) dos depoentes apontaram contradições e viés nesse instrumento, como a indução a distorcer dados da realidade o que compromete sua validade inclusive dentro do processo de coleta de dados naquele território, tal como apontado a seguir:

“Destino do lixo [...] Porque tem locais que não é coletado, mas a gente vai lá e coloca como coletado porque não tem outra forma de colocar. Tipo assim é tem determinados lugares que o camarada não vai lá, a pessoa que tem que chegar e levar naquele lugar” (Agente Comunitário de Saúde 12).

“Então na FICHA A, você coloca o que eles exprimem para você, nem sempre vai bater com a realidade [...] Podia ser mais específica. De repente detalhar mais algumas coisas. Até que eles compreendessem o que eles estão respondendo” (Enfermeiro 11).

Outra situação apontada é a falta de atualização dos dados como preconizado pelo Ministério da

Saúde (BRASIL, 2003) que estabelece que o agente comunitário de saúde deva mensalmente registrar as alterações nas condições de moradia e saneamento bem como outras mudanças.

Pode-se, então, perceber que a FICHA A é mais um dispositivo, que termina “burocratizando” as atividades da equipe, sem que necessariamente se constitua num instrumento de mudança dentro da realidade local, na medida em que os dados obtidos por meio dela não induzem às mudanças estruturais nem modificam o patamar de cidadania dos moradores.

Assim sendo, as possibilidades de melhoria das condições de vida, a partir da garantia do direito à saúde e saneamento básico, numa região como a do Complexo do Alemão, fica protelada, pois os dados ali coletados são reduzidos a uma estatística que atende aos interesses da manutenção do *status quo*.

A garantia do direito ao saneamento básico no Complexo do Alemão e a necessidade de superar reducionismos na ESF

Quando indagados acerca das ações que realizavam com vista ao saneamento básico em sua prática profissional 9 (39%) dos sujeitos entrevistados resumiam estas ações apenas a “orientações” voltadas para evitar doenças, observando-se assim a persistência do “preventivismo” que foi tão criticado nos anos 1970 pelo Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2008). Os depoimentos a seguir ilustram esta afirmação:

“Eu dou orientações, principalmente sobre o cuidado com a água de beber. Pra ta ou fervendo ou filtrando. Porque, às vezes, a gente encontra muitos casos de diarreia em crianças [...]” (Agente Comunitário de Saúde 8).

“O que eu faço é exatamente isso, quando eu faço anamnese do paciente e um dos itens é esse, aí é nesse momento que eu procuro orientar [...] Qual a importância de ter um filtro de não deixar a criança tomar água da bica, de você não tomar água da bica” (Médico 18).

Já oito (35%) dos entrevistados apontam a intersetorialidade e a mobilização da comunidade como uma importante estratégia para tornar suas práticas mais resolutivas perante os problemas identificados pela sua prática profissional.

Esta intersetorialidade se desencadeia principalmente a partir do trabalho junto à associação de moradores, mas três dos depoentes citaram alguns órgãos de referência para parcerias como a Companhia Estadual de Águas e Esgoto (CEDAE) e a Companhia Municipal de Limpeza Urbana (COMLURB).

Somente quatro (17%) dos depoimentos expressam o estímulo à população para reivindicar o direito a melhores condições de vida. Os seguintes depoimentos confirmam essa análise:

“Basicamente motivando a pessoa da necessidade dessa promoção de saúde para ela, desse tratamento que parte dela e buscar seus direitos, não ficarem acomodada, direito que a população tem de tratamento de esgoto e de água” (Dentista 4).

“Orientando quem não tem o saneamento básico, os moradores, para que eles têm direito, eles têm direito a ter saneamento básico. É um direito deles, eles têm que correr atrás. Então eu procuro [...] para que eles possam correr atrás e muitas vezes até eu ir junto com eles” (Agente Comunitário de Saúde 13).

Assim, a luta pela conquista social do direito à saúde precisa ocorrer em uma via de “mão dupla”, em que ações entre profissionais e comunidade expressem o compromisso com a corresponsabilização na garantia dos direitos necessários para um padrão de vida digna, o que significa dizer, para a garantia de uma vida saudável e feliz.

Torna-se importante colocar que duas (9%) dos depoentes expressam sua frustração por pouco ou nada poder fazer para melhorar as condições de vida daquela comunidade, inclusive apontam barreiras que se colocam como obstáculos a possibilidade de enfrentar esse desafio, tal como exposto a seguir:

“Nenhuma! Eu particularmente, eu como agente, nenhuma. Como eu já falei, a gente observa e anota. A gente não faz mais nada. Nenhuma. Não dão condições para agente fazer nada” (Agente Comunitário de Saúde 20).

“Nenhuma. No máximo que eu posso fazer é informar que minhas casas não têm esgoto. Mas eu... Não existe uma comunicação fácil, um acesso rápido ao, a esses locais que cuidam disso” (Enfermeiro 10).

Entendemos, finalmente, que os profissionais que atuam na ESF no Complexo do Alemão devem enfrentar o desafio de alcançar o *empowerment* daquela população, para fortalecer as possibilidades de garantir o direito à saúde e saneamento básico, como base para a Promoção de Saúde, e isto não é procedimento técnico e sim um posicionamento político que denota o compromisso e respeito com a vida desta e das futuras gerações.

Considerações finais

No Brasil, apesar de teoricamente a saúde ter como uns de seus determinantes o acesso ao saneamento básico e ao meio ambiente saudável, na prática, a falta de acesso aos mesmos só denota

deficiências na forma como historicamente tem se tratado as políticas públicas.

Nesse contexto, embora exista um verdadeiro emaranhado de disposições normativas, a partir da Constituição de 1988, que em princípio deveriam conduzir à garantia do direito à saúde e ao meio ambiente, na realidade dos brasileiros, estes preceitos não passam de disposições que legitimam inclusive a existência de diversos órgãos governamentais, cuja maior conquista tem sido em inúmeros casos, colocar no papel disposições que não se concretizam e que perpetuam o modelo de sociedade injusta, excludente e desigual.

Pode-se inferir a partir desta pesquisa que a ESF não consegue escapar dos reducionismos que se alastram dentro do setor saúde, neste caso particular, em matéria de saneamento básico, denotando a pouca reflexão e incorporação do meio ambiente como um dos direitos coletivos mais importantes a serem conquistados no século XXI. Nesse sentido, concordamos com PINHO (2001, apud SILVA et al., 2003, p. 84) quando aponta que o meio ambiente deve ser “[...] encarado como bem e direito global”.

Igualmente, são evidentes as inconsistências e dissonâncias entre a proposta da ESF e seu arcabouço normativo e operacional em que não só a questão ambiental como a cidadania ficam periféricas, dentro de uma prática profissional pontual, pouco resolutiva e que, portanto, ao contrário de possibilitar mudanças tanto programáticas como estruturais, se convertem em mais uma ferramenta conservadora indispensável para a manutenção do *status quo*.

Nesse sentido, um dos exemplos que podemos apontar a partir desta pesquisa, está nas contradições presentes na FICHA A, instrumento de coleta de dados “ambientais” dentro da ESF e que na verdade induz a interpretações dúbias a partir da distorção de dados da realidade do Complexo do Alemão, o que compromete a veracidade de suas informações e as possibilidades de resolução dos problemas encontrados naquele local.

Nesse contexto, fica longe a ideia e a possibilidade real de concretizar o direito à saúde e ao saneamento básico, o que significa dizer, que mais uma vez regiões, como o Complexo do Alemão, parecem condenadas à perpetuação da injustiça e à exclusão social e ambiental sem que os profissionais da ESF contribuam para alterar essa realidade.

Referências

ASSOCIAÇÃO DE EMPRESAS DE SANEAMENTO BÁSICO ESTADUAIS. Ano internacional do

- saneamento: um reforço para cumprir metas do milênio. **Revista Sanear**, v. 1, n. 2, p. 6-8, 2008.
- BARCELLOS, C. **Água tratada não garante a saúde da população**. Trata Brasil. p. 1-3. Disponível em: <<http://www.tratabrasil.org.br>>. Acesso em: 7 jul. 2008.
- BESSEN, C. B.; NETTO, M. S.; DA ROS, M. A.; SILVA, F. W.; SILVA, C. G.; PIRES, M. F. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 57-68, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/06.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2009.
- BRAGA, B. O ano internacional do saneamento: momento de reflexão. **Revista Sanear**, v. 1, n. 2, p. 9, 2008, ano II.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do sistema de informação de atenção básica**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (4º Reimpressão).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação de impacto na saúde das ações de saneamento: marco conceitual e estratégia metodológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.tratabrasil.org.br>>. Acesso em: 7 jul. 2008.
- BRASIL. Lei nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007. Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2007. Disponível em: <<http://www.dataprev.gov.br>>. Acesso em: 2 jun. 2008.
- FREITAS, C. M.; PORTO, M. F. **Saúde, ambiente e sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- GALVÃO, M. Focos sobre a questão ambiental no Rio de Janeiro. In: ABREU, M. (Org.). **Natureza e sociedade no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Coleção Biblioteca Carioca, 1992, p. 13-26.
- GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 79-108.
- HELLER, L. **Saneamento e saúde**. Brasília: OPAS/OMS, Representação do Brasil, 1997. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 21 abr. 2008.
- IANNI, A. M.; QUITÉRIO, L. A. A questão ambiental urbana na atenção básica e o PSF. In: COHN, A. (Org.). **Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: Cedec, 2009. p. 113-140.
- SILVA JÚNIOR, J. B.; OCAMPO, A. H. T.; BEZERRA, V. C. **Avaliação de impactos na saúde das ações de saneamento: marco conceitual e estratégias metodológicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 1- 117. Disponível em: <<http://www.tratabrasil.org.br>>. Acesso em: 6 jul. 2008.
- OPAS-Organização Pan-Americana da Saúde. **La salud y el ambiente en el desarrollo sostenible**. Washington, D.C.: OPAS, 2000.
- PAIM, J. 20 Anos de construção do Sistema Único de Saúde. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 2 n. 1, p. 63-86, 2008. Disponível em: <<http://164.41.105.3/portaldesp/ojs-2.1.1/index.php/tempus>>. Acesso em: 14 jun. 2009.
- PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO (MUNICÍPIO). **Programa de Saúde da Família. História das Comunidades**. Rio de Janeiro: Saúde – Rio, 2007. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br>>. Acesso em: 14 mai. 2008.
- SILVA, A. A.; MIRANDA, C. F.; FERREIRA, J. R.; ARAÚJO, E. J. A. A. Fatores sociais e ambientais que podem ter contribuído para a proliferação da dengue em Umuarama, Estado do Paraná. **Revista Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 25, n. 1, p. 81- 85, 2003. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article>>. Acesso em: 23 set. 2009.
- TEIXEIRA, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 10-23.
- VARGAS, L. A.; OLIVEIRA T. F.; GARBOIS, J. A. O Direito à Saúde e Meio Ambiente em Tempos de Exclusão Social. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** v. 15, n. especial, 2007.
- VARGAS, L. A. Baía de Guanabara: a origem de um belo e conturbado cartão postal do Rio de Janeiro, um desafio para a educação ambiental. **Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental**, v. 21, p. 93- 105, 2008. Disponível em: <<http://www.remea.furg.br/edicoes/vol21/art6v21.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2009.
- WESTPHAL, M. F. O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 39-51, 2000.

Received on June 25, 2009.

Accepted on February 9, 2010.

License information: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.