

PROBLEMATIZANDO A INTEGRAÇÃO ENTRE AS AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF, EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE NO JARDIM MORADA DO SOL EM PRESIDENTE PRUDENTE – SP.

Rosiane Morais Torrezan¹

Raul Borges Guimarães²

Maria Peregrina de Fátima Rotta Furlanetti³

RESUMO: O artigo tem como objetivo discutir a falta de articulação e de integração entre as ações práticas de uma equipe do Programa de Saúde da Família - PSF com as dimensões educativa e ambiental, no bairro Jardim Morada do Sol na cidade de Presidente Prudente - SP. Trata-se de um relato de experiência produzido através uma pesquisa-ação educativa em saúde junto a uma comunidade local, orientado pela pedagogia de Paulo Freire, problematizando as condições de saúde em áreas urbanas periféricas pobres. O trabalho junto à comunidade foi efetivado em parceria com o projeto de Desenvolvimento Local implementado pelo Senac de Presidente Prudente, com a colaboração da Casa da Sopa e demais parceiros; e possuindo como eixo primordial o diálogo entre saberes e sujeitos; partindo da realidade concreta vivenciada por eles. O isolamento da escola perante a realidade da comunidade à qual se encontra inserida e o despreparo dos membros da equipe de saúde sobre os princípios teóricos, metodológicos e

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Geografia da FCT/UNESP de Presidente Prudente, São Paulo. E-mail: rosianetorrezan@ig.com.br

² Livre docente (Geografia da Saúde). Professor Adjunto do Departamento de Geografia da Faculdade de Ciências e Tecnologia / Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Presidente Prudente, São Paulo. E-mail: raulquimaraes@uol.com.br

³ Doutora (Educação). Professora Assistente do Departamento de Educação da Faculdade de Ciências e Tecnologia/ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Presidente Prudente, São Paulo. E-mail: rotta@fct.unesp.br

filosóficos do PSF são apontados como determinantes do pouco envolvimento do trabalho da equipe de saúde com a área educativa e ambiental.

Palavras-chave: Educação em saúde. Programa Saúde da Família. Geografia da Saúde.

1. Introdução.

Universalidade, Equidade e Integralidade. Estas três premissas compõem os princípios doutrinários do SUS. A primeira garante a atenção de saúde a todo cidadão brasileiro, enquanto a segunda e a terceira asseguram a igualdade de todos perante o sistema de saúde, considerando o homem como ser integral e prevendo seu atendimento como ser bio-psico-social.

A estratégia definida para a efetivação do SUS, enquanto política social de saúde, materializada no Programa de Saúde da Família – PSF requer o trabalho engajado de todos os seus colaboradores e, sobretudo, a compreensão de seu alcance e necessidades nos planos da saúde, educação e meio ambiente.

A escola, por sua vez, enquanto ambiente de produção de conhecimentos, pode desempenhar papel fundamental na disseminação de informações sobre saúde e meio ambiente, introduzindo a reflexão sobre estes dois temas cruciais no meio familiar e comunitário, favorecendo ainda o surgimento de uma nova forma de pensar o processo saúde-doença.

Segundo Freire (2005), para que a educação promova transformações na sociedade, ela deve ocorrer continuamente; dessa forma, é preciso reconhecer que o homem é um ser inacabado. No entanto, somente o homem tem consciência da sua inconclusão, e somente há educação porque o homem é inacabado; essa é a raiz da educação. O inacabamento do homem o coloca em uma constante busca. Logo, pode-se

dizer que a educação é essa constante busca; dessa forma, o homem é sujeito de sua educação e não objeto dela (FREIRE, 2001).

Para tanto, ela não se deve dar na exclusividade, no isolamento, no individualismo, mas na solidariedade, na comunhão (FREIRE, 2005). Parafraseando Freire (2001, p.28) “O Homem não é uma ilha. É comunicação”.

Sensibilizada pelas idéias preconizadas por Paulo Freire, introduzidas através da pesquisa-ação educativa em saúde, a comunidade do bairro Jardim Morada do Sol deu início ao processo de diálogo necessário à problematização das suas condições de saúde e ambiente, escolhendo para isto o PSF e a escola. A escolha teve como objetivo primordial dar início a um trabalho integrado de educação em saúde e educação ambiental, envolvendo primeiramente os setores de educação e saúde para, num segundo momento, buscar a integração dos setores de saneamento e meio ambiente nas ações educativas.

Nesta empreitada empreendida pelos que agiam no bairro (o Senac⁴, a Casa da Sopa⁵, a comunidade, os pesquisadores e os demais parceiros) em busca da comunicação, acabaram descobrindo, juntos, o abismo existente entre as duas instituições: escola e PSF. Geograficamente próximas (uma localizada praticamente em frente à outra); mas taticamente isoladas.

2. Desenvolvimento.

2.1. A escola.

Mergulhada em seus problemas técnico-administrativos, como a insuficiência de recursos humanos, materiais e financeiros; a escola possui sérios entraves de ordem

⁴ O Senac (Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial) é uma entidade nacional autônoma, de direito privado, criada através do Decreto Lei nº 8.621, em 10 de janeiro de 1946, mantida e administrada pelo comércio e serviços (setor terciário), desenvolvendo sobretudo atividades em educação profissional.

⁵ A ONG Casa da Sopa Francisco de Assis (CASOFA) Associação Assistencial e Educacional Espírita, presta atendimento aos moradores dos bairros há dezoito anos, com serviços de saúde e atividades de educação, arte e cultura, proporcionando um espaço de participação e fortalecimento das relações sociais dos moradores do bairro.

profissional, revelados pela sobrecarga de trabalho dos professores, diretora e demais profissionais da instituição, que acumulam cargos e funções em outras unidades de ensino na tentativa de obter ganhos mais dignos.

Como expressão de uma realidade funcional complexa e distante daquilo que deveria propiciar uma maior adequação às suas demandas, a escola manifesta sua angústia traduzida no isolamento.

Era evidente a necessidade da participação da escola nas reuniões comunitárias, mas, após a visita, tornou-se igualmente clara a sua impossibilidade de fazê-lo: a rigidez do funcionamento escolar praticamente não permite que seus profissionais ultrapassem seus muros. “Concretada” em severas normas, horários e regras administrativas; soterrada sob montanhas de projetos (que vêm prontos da Secretaria Municipal de Educação), afogada sob uma avalanche de conteúdos e disciplinas desconectados do contexto social em que se situa, a escola permanece imobilizada diante das demandas sociais, educacionais e de saúde de suas crianças.

Preocupadas, muitas das professoras aproveitavam a presença da comunidade e dos pesquisadores para desabafar sobre os problemas de saúde dos alunos. Não entendiam porque problemas como os piolhos, a sarna e as bicheiras ainda continuavam a afligir seus alunos de forma tão intensa, já que todo o conteúdo sobre saúde, de todas as séries, havia sido amplamente trabalhado com os alunos.

Só se pode inferir, daí, que o esforço das professoras produziu informação, e não conhecimento, porque foi um conteúdo trabalhado de maneira distante da realidade dos alunos. Ele não foi contextualizado, e por isto não houve comunicação com os educandos. E ela é fundamental na relação professor-aluno, pois segundo Freire (2007, p. 76):

(...) somente na comunicação tem sentido a vida humana. Que o pensar do educador somente ganha autenticidade na autenticidade do pensar dos educandos, mediatizados ambos pela realidade, portanto, na intercomunicação. Por isto, o pensar daquele não pode ser um pensar para estes nem a estes imposto. Daí que não deva ser um pensar no isolamento, na torre de marfim, mas na e pela comunicação, em torno, repetimos, de uma realidade.

O autor dá ao isolamento o sentido metafórico de uma torre de marfim. Uma das maiores “torres de marfim” da instituição educacional do bairro em questão são os HTPCs (Horários de Trabalhos Pedagógicos Coletivos), em que somente os professores e a coordenadora (e por vezes, também a diretora) participam. Isolados dos alunos, de seus problemas cotidianos e de sua realidade, isolados dos agentes de saúde e de seus conhecimentos sobre a saúde da população local, isolados do esforço da comunidade para superar ou minimizar estes mesmos problemas, isolados e sozinhos, quais resultados almejavam alcançar?

Alguns membros da comunidade procuraram argumentar nesse sentido, mas a diretora, embora gentil e solícita, afirmou ser praticamente impossível a participação de qualquer integrante do quadro de funcionário da escola nas reuniões comunitárias. Também a participação de integrantes da comunidade nos HTPC's foi vetada, sob o argumento de que constituem reuniões exclusivamente pedagógicas.

Para Luckesi (1994, p. 66), aprender é:

“[...] um ato de conhecimento da realidade concreta, isto é, da situação real vivida pelo educando, e só tem sentido se resulta de uma aproximação crítica dessa realidade.” O aprendizado não resulta da memorização, mas da apropriação crítica do objeto, a qual se faz pela compreensão da realidade e reflexão crítica sobre ela.

O referido autor afirma que a educação transformadora atua criando um projeto de sociedade, valorizando a ação pedagógica inserida no contexto social.

Daí a dificuldade em implementá-la. Educadores e alunos pertencem a contextos completamente diferentes, com referências culturais e de vida totalmente distanciados. A dificuldade reside em transpor o “fosso cultural” que divide educadores e educandos, para que possam seguir juntos.

Na realidade enfrentada durante a pesquisa, descobriu-se a existência de mais de um fosso: um entre a escola e o PSF, e outro entre os profissionais de ambas as instituições e a população local. E havia ainda um grande distanciamento entre estes e os setores de saneamento e meio ambiente.

O primeiro passo na direção de superar este obstáculo foi dado pela população local que, em vista da impossibilidade de comparecer aos HTPC's, insistiu com veemência na participação da escola nas reuniões comunitárias. Foram liberadas duas professoras por vez, mas sua participação ocorreu somente em duas reuniões, pois seus horários não eram compatíveis.

Contudo, esta exígua participação revelou-se de suma importância, pois foi através dela que a comunidade partiu para uma ação educativa em saúde com vistas a resolver alguns problemas que atingiam gravemente suas crianças, afetando sua saúde como um todo e prejudicando seu desempenho escolar: a escabiose (sarna); a pediculose (piolhos) e as miíases (bicheiras).

Desta ação educativa resultaram as oficinas realizadas pela comunidade, a do xampu para combater piolhos; a do sabão para combater a sarna; a da pomada cicatrizante e a do xarope para tosse.

Das oficinas do sabão e do xampu, da pomada e do xarope, surgiram novos diálogos e novos questionamentos: se podemos aproveitar muitas coisas, porque não aproveitar o lixo como fonte de renda? Porque não podemos ter coleta seletiva no bairro? Como podemos montar uma cooperativa de catadores de recicláveis?

Muitas reuniões paralelas ocorreram, e as discussões a este respeito ainda estão em andamento.

2.2. O Programa Saúde da Família

Contudo, ao se desenvolverem estas ações educativas em saúde, enquanto a escola envolvia-se apenas pontualmente, o PSF mantinha-se completamente alheio ao que ocorria no bairro.

Um detalhado questionário sobre saúde ambiental foi elaborado pela comunidade, visando conhecer melhor a saúde da população e sua relação com o meio ambiente.

Em seguida, foi feita a proposta à equipe do PSF que se responsabilizasse pela sua aplicação, já que traria informações de suma importância para as ações a serem desenvolvidas em saúde no bairro. Havia a esperança de aperfeiçoar a integração entre a

população e a equipe do PSF, e destes com a escola, através do diagnóstico da saúde local obtida com o questionário, e de futuras ações conjuntas de educação em saúde.

Entretanto, após trinta dias, descobriu-se que o questionário sobre saúde ambiental, elaborado de forma cuidadosa e criteriosa pela comunidade, havia sido totalmente ignorado pela equipe do Programa Saúde da Família. Baseado em um mês e meio de diálogo, levantamento de dados, discussões e revisões, com a finalidade de ampliar o conhecimento acerca das condições ambientais e de saúde do bairro, foi considerado simplesmente sem nenhuma utilidade para o trabalho realizado pela equipe do PSF.

Ao revelar-se o completo desinteresse do PSF pelas ações da comunidade, ao se recusarem a aplicar os questionários, as antigas suspeitas se confirmaram: o PSF, através da atitude distante de seus profissionais, simplesmente não atingia os objetivos que compõem esta estratégia de cuidados à saúde.

O Programa Saúde da Família (PSF) ⁶ foi implantado a partir de 1994 pelo Ministério da Saúde. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

Em alguns contextos, ela se motivou mais pelo resgate de valores profissionais; em outros, pela capacidade de melhorar os indicadores de saúde e reordenar o modelo assistencial.

O Programa Saúde da Família representa tanto uma estratégia para modificar a forma atual de prestação de assistência à saúde como uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma

⁶ Texto elaborado com base na publicação da SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2000, vol.34, n.3, pp. 316-319. ISSN 0034-8910.

nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco – pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais.

Caracteriza-se pela sintonia com os princípios da universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações. Estrutura-se, assim, na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde.

Além do mais, o programa permite uma forte integração entre o Ministério, as secretarias estaduais, os municípios, a comunidade local e outros parceiros, em benefício de todos.

A estratégia do PSF indica uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Com o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, identifica os fatores de risco aos quais ela está exposta, neles intervindo de forma apropriada.

O PSF concebe ações combinadas a partir da noção ampliada de saúde, englobando aspectos capazes de levar a pessoa a ser mais feliz e produtiva – e se propõe a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário pelo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão e qualidade de vida.

Uma das principais estratégias do Saúde da Família é sua capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, cultura, transporte, entre outras. Visa uma transformação interna do sistema, buscando a reorganização das ações e serviços de saúde, o que implica na ruptura da dicotomia entre as ações de saúde pública e a atenção médica individual, bem como entre as práticas educativas e assistenciais.

Um dos principais objetivos é a geração de práticas de saúde, nas quais haja integração das ações clínicas e de saúde coletiva.

E para que essa nova prática se concretize, faz-se necessária a existência de um profissional com visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade, um profissional capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, envolvida nas ações de promoção, de proteção específica, assistencial e de reabilitação. Profissional, esse, capacitado para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às reais necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na promoção da saúde, realizando uma permanente interação com a comunidade, no sentido de mobilizá-la, estimular sua participação e envolvê-la nas atividades.

Com vistas ao alcance dos objetivos propostos, as equipes devem ser compostas por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde – outros profissionais, tais como psicólogos, dentistas, fisioterapeutas, por exemplo, poderão ser incorporados de acordo com as características e demandas dos serviços locais de saúde. Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de, no máximo, mil famílias ou 4.500 pessoas que residam ou trabalhem no território de responsabilidade da unidade de saúde, agora denominada “Unidade Básica de Saúde da Família”.

Um dos caracteres de diferenciação desse processo é que os profissionais das equipes de saúde devem residir no município onde atuam, trabalhando em regime de dedicação integral.

Por sua vez, para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade, os agentes comunitários de saúde (ACS) também devem residir nas respectivas áreas de atuação.

3. Conclusão: buscando a interação necessária.

Notadamente, a equipe do PSF presente no bairro estudado difere bastante daquela preconizada pela Secretaria de políticas de Saúde.

Primeiramente, pelo fato de as agentes de saúde não serem moradoras do bairro. Conforme o documento, esta seria uma condição fundamental para a garantia da integração entre o trabalho destes profissionais e as pessoas por eles atendidas.

Em segundo lugar, pelo total despreparo e desconhecimento da equipe do PSF a respeito das principais diretrizes do Programa. O envolvimento da equipe com a comunidade é mínimo, pontual e baseado numa relação hierárquica desigual e elitista, na qual a equipe configura-se como a possuidora de conhecimentos técnicos e despreza o conhecimento prático popular.

A luta da comunidade para incluir a equipe do PSF em seus trabalhos relacionados à saúde da população residente nos bairros é emblemática e demonstra claramente o completo distanciamento dos profissionais membros da equipe com relação aos problemas de saúde que afligem as pessoas as quais deveria assistir.

A respeito das ações de cunho intersetorial e interdisciplinar, a situação é a mesma: não há conexão com os serviços de educação, muito menos com os de vigilância sanitária e epidemiológica.

Para O'Dwyer, ; Tavares.; De Seta (2007), a equipe de saúde da família pode (e deve) ser o elo entre a comunidade e a equipe de vigilância sanitária. O agente comunitário é o primeiro profissional com o qual a comunidade se identifica. Ele deve ter liderança junto à comunidade, além de percepção do contexto social e geográfico onde a comunidade está inserida. É ele quem primeiro consegue identificar situações de risco, norteadoras para a epidemiologia e para a prevenção, assim como para a vigilância sanitária. Diversas situações de risco, algumas de graves conseqüências para a saúde, como descontinuidade de tratamento, abandono de idosos, negligência com crianças, alcoolismo, migração excessiva, desemprego e outras, são cotidianamente identificadas por esses profissionais e abordadas por toda a equipe de saúde da família. É, portanto, de extrema necessidade incorporar, ao seu olhar, situações de risco ou agravo de importância para a vigilância sanitária, tais como: intoxicação alimentar, contaminação do ambiente, riscos trabalhistas, uso inadequado de medicamentos, entre outros.

Não se pode ignorar que a humanização da assistência acontece no dia-a-dia, no encontro do usuário com o profissional e a equipe. A educação, proposta enquanto

ferramenta deve reconhecer sua ideologia emancipadora de uma nova relação, no desafio de investir em recursos humanos, transformando em prática a comunicação com a população e seu exercício de cidadania (O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007).

Operacionalizar o conceito de integralidade não é tarefa simples. É uma mudança, não só de estratégia ou de reorientação de modelo de atenção, mas de valor, onde o usuário não sinta que esse sistema é excludente, e que o favorece ao ofertar serviços mais próximos de suas necessidades, e sim que esses serviços são um direito que lhe pertence. E que a equipe humanize seu trabalho ao abster-se do exercício do poder na sua relação com o usuário. Somente assim estaremos frente ao fortalecimento da ação comunitária e de um novo espaço de interlocução (O'DWYER, ; TAVARES., DE SETA, 2007).

Não podemos negar o grande avanço da Estratégia Saúde da Família no Brasil, ao longo dos últimos anos, no entanto, a cobertura da saúde da família ainda precisa de ampliação. Os processos de capacitação para os profissionais de saúde, infelizmente, ainda são incipientes em algumas regiões do país e insuficientes para as necessidades apresentadas.

A escola, por sua vez, apresenta graves limites no sentido de superar as dificuldades em direção a uma educação politicamente engajada e verdadeiramente emancipadora. Como já descrito, entraves de toda ordem impossibilitam uma maior integração com as atividades comunitárias e do PSF.

A verdade é que a educação ofertada aos estratos sociais de menores recursos está pauperizada, não é administrada de acordo com os interesses e necessidades destes setores, acabando por reforçar os problemas pré-existentes. Os currículos, por sua vez são elaborados tendo como base características culturais e necessidades sociais diversas. Os especialistas encarregados de sua elaboração, em geral, são provenientes de classes sociais diferentes daquelas que freqüentam as escolas públicas nos bairros periféricos, e seus filhos normalmente freqüentam escolas particulares. Seu contato com a escola pública, portanto, é tangencial (RIVERO, 2000).

Contudo, os primeiros passos na direção da superação destes fatores limitantes foram dados. E o mais importante é que a comunidade iniciou esta caminhada de forma conjunta, e através do diálogo.

O referencial da educação popular, como referencial de partida, exigiu a escolha de um caminhar metodológico onde a pesquisa, enquanto também uma prática social, se desenvolvesse através de um diálogo (na verdade, muitos diálogos) entre sujeitos. Daí as necessárias aproximações, conversas e convivências.

Para tanto torna-se necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde numa perspectiva mais dialógica, emancipadora, participativa e criativa, e que contribua ainda para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença; além da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, a educação popular em saúde apresenta-se como portadora da participação social e das possibilidades teóricas e metodológicas para transformar as práticas tradicionais de educação em saúde em práticas pedagógicas que levem à superação das situações que limitam o viver com o máximo de qualidade de vida que almejamos.

A ausência de integração entre a escola, o PSF e os setores de saneamento e meio ambiente demonstraram a necessidade do caminhar no sentido de sanar esta falha.

Entretanto, partindo na direção de uma busca educativa através do diálogo, foi possível perceber que havia outros parceiros igualmente empenhados no alcance do mesmo intento, embora cada qual ao seu modo – e o mais importante – trabalhando nisso juntos:

- O Laboratório de Geografia da Saúde⁷, em cujas pesquisas de cunho crítico e social encontram-se as bases para a investigação engajada na busca da

⁷ Laboratório ao qual a pesquisa esta vinculada e que visa reunir os estudos do CEMESPP (Centro de Estudos e Mapeamento da Exclusão Social para Políticas Públicas – grupo interdepartamental da FCT/UNESP sob a orientação do Prof. Dr. Raul Borges Guimarães) que correlacionam padrões espaciais das condições de vida das pessoas expostas a processos excludentes, correlacionando-os aos serviços de saúde.

superação de paradigmas científicos anacrônicos, e comprometida com a socialização do conhecimento;

- O SENAC, através do Projeto de Redes Sociais e Desenvolvimento Local, cujas experiências constituem riquíssima fonte de conhecimento e construção compartilhada da cidadania;
- A Casa da Sopa Francisco de Assis, envolvida de corpo e alma com a história do bairros e de seus moradores, a tal ponto que em certos momentos elas se confundem; sempre presente, adequando-se às necessidades daquela comunidade, articulando ações e formas de superação dos problemas inerentes a um bairro distante da malha urbana, e em sua origem passada excluído em todos os sentidos que se possa enumerar;
- O CRAS (Centro de Referência da Assistência Social), cujos trabalhos não se limitam ao auxílio mais do que necessário às carências de toda ordem, mas envolvem uma procura constante e incansável de uma estratégia de trabalho mais abrangente e intersetorial.

No mesmo sentido, os demais parceiros:

- A Equipe de Bethânia, em cujas obras sociais de apoio e oração encontram-se mais do que somente consolo, mas também, e sobretudo, reflexão à luz da fé cristã;
- O PROAMA (Projeto Amor em Ação) da Igreja Metodista, que trabalha na mesma perspectiva;
- As Pastorais (da Saúde, da Família e da Criança);
- A Associação de Moradores, mesmo que muitas vezes conte com membros interessados em promoção política e social, mas que realiza ações importantes dentro da comunidade.

Imprescindível é notar, dentro das entidades, instituições, associações, grupos e comunidades, a coexistência e a atuação das *peças* – elas são as protagonistas desta história. Todas elas preocupadas com o “outro”, com a coletividade, numa visão de mundo mais crítica e consciente, predestinada, por conseguinte, à mudança.

Uma mudança que pressupõe, antes de tudo, a reflexão e a ação em busca da interação necessária entre os setores de saúde educação e meio ambiente, visando à melhoria da qualidade de vida de todos, através da luta coletiva por democracia, cidadania, e reinvenção da vida.

Referências

Brasil. 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. 160 p. ISBN 978-85-334-1413-6

FREIRE, Paulo. **Ação Cultural para a Liberdade e outros escritos**. São Paulo, Paz e Terra, 2007.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. São Paulo, Paz e Terra, 2005.

_____. **Educação e Mudança**. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

LUCKESI, C.C. **Filosofia da educação**. São Paulo: Cortez, 1994.

O'DWYER, G.; TAVARES, M.F.L.; DE SETA, M.H. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.467-84, set/dez 2007.

RIVERO, José. **Educação e exclusão na América Latina: reformas em tempos de globalização**. Brasília: Universa, 2000.