

RITA DE CÁSSIA CAMÊLO BUENO CAVALCANTI

**CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE MORADORES EM UM
“ACAMPAMENTO SEM-TETO” NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ-AL**

FRANCA

2009

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

RITA DE CÁSSIA CAMÊLO BUENO CAVALCANTI

**CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE MORADORES EM UM
“ACAMPAMENTO SEM-TETO” NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ-AL**

Dissertação apresentada à Universidade de Franca,
como exigência final para obtenção do título de Mestre
em Promoção de Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. M^a Aparecida Tedeschi Cano.

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Ruth França C. da Trindade.

FRANCA

2000
pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

***DEDICO** esta pesquisa ao meu esposo Rommel Oliveira Cavalcanti e aos meus filhos, Rommel Filho, Rodrigo e Raíssa Lis, amores da minha vida!*

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

AGRADEÇO às professoras Dra. Maria Aparecida Tedeschi Cano e Dra. Ruth França Cizino da Trindade, que souberam me orientar com paciência; foram momentos *importantes que muito contribuíram na construção desta pesquisa. Terei saudade de vocês*, sempre amigas!

Expresso meus agradecimentos também aos professores Dra. Branca Maria de Oliveira Santos, Dra. Iranilde José Messias Mendes e Dr. Manoel João Cesário de Mello Paiva Ferreira, pelas orientações dadas durante o exame de qualificação e defesa da dissertação;

aos professores, colegas e amigos do Programa de Mestrado em Promoção de Saúde, pelo convívio solidário, carinhoso e fraterno, durante minhas idas e vindas;

à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Maceió-AL, dispostos a me ajudar;

aos moradores do Acampamento professor Paulo Bandeira, pessoas que lutam por melhores condições de vida e saúde, que Deus esteja com vocês;

aos colegas da Universidade Federal de Alagoas, especialmente às colegas da disciplina Métodos e Processos de Intervenção de Enfermagem e Metodologia do Ensino Aplicada À Enfermagem, foram compreensivas, ao compartilhar momentos difíceis;

aos meus pais, irmãos, sobrinhos, cunhados e cunhadas, pelas palavras de incentivo.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRAT

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE QUADROS

INTRODUÇÃO..... 11

OBJETIVOS..... 14

1. REFERENCIAL TEÓRICO

1.1. O CONTEXTO HISTÓRICO DOS MOVIMENTOS DO SEM-TERRA

NO BRASIL 15

1.2. OS SEM -TETO EM MACEIÓ..... 17

1.3. A PROMOÇÃO DE SAÚDE 19

2. METODOLOGIA

2.1. REFERENCIAL METODOLÓGICO 29

2.2. CAMPO DE INVESTIGAÇÃO..... 30

2.2.1. COMPLEXO DO BAIRRO DE BENEDITO BENTES 31

2.2.2. O ACAMPAMENTO PROFESSOR PAULO BANDEIRA 32

2.3. SUJEITOS DA PESQUISA 36

2.4. COLETA DE DADOS 36

2.5. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS 37

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO 39

3.1. ONDE MORO 45

3.2. SAÚDE E DOENÇA..... 52

3.3. AMBIENTE 60

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 67

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

REFERÊNCIAS	71
--------------------------	-----------

ANEXOS

ANEXO – FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	76
--	-----------

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO I	77
--	-----------

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO II	79
---	-----------

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	80
---	-----------

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

RESUMO

CAVALCANTI, Rita de Cássia Camêlo Bueno. CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE MORADORES EM UM “ACAMPAMENTO SEM-TETO” NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ – ALAGOAS. 2009 80 F. DISSERTAÇÃO (Mestrado em Promoção de Saúde)-Universidade de Franca, Franca-SP.

Observa-se nas últimas décadas, um avanço no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e sua situação de saúde. Em muitas regiões é possível se observar desigualdades em saúde entre grupos populacionais. As relações entre saúde e seus determinantes estabelecem hierarquias entre fatores de natureza sócio-econômica, político-cultural e ambiental, no contexto em que os indivíduos vivem e trabalham. Embora esses determinantes influenciem os estilos de vida e condicionem o indivíduo a pertencer a este ou àquele grupo social, sofrerão um impacto na determinação dos padrões de saúde, tanto individuais como dos grupos. Desenvolvemos uma pesquisa de cunho qualitativo, em um acampamento de sem-teto, localizado na região periférica da cidade de Maceió/Alagoas, com os seguintes objetivos: conhecer as condições de vida e de saúde de moradores e como lidam com as questões de saúde; traçar o perfil sócio-demográfico da população estudada. A amostra constou de 15 mulheres, entre as quais a líder do acampamento e de alguns moradores que demonstraram interesse em colaborar com a pesquisa. Aplicamos dois questionários, o primeiro com questões fechadas e o segundo de natureza qualitativa. A análise dos dados das questões fechadas detectou o perfil sócio-demográfico dos moradores. A análise dos dados das questões abertas utilizou o método de Análise de Conteúdo. Os resultados nos mostraram que no acampamento as condições de vida estão aquém daquelas recomendadas pelas Conferências Internacionais sobre Promoção de Saúde. Os resultados indicaram que as casas são mal ventiladas, sem saneamento básico e luz elétrica, com chão de terra batida. Quando apresentam sinais ou sintomas de doenças, usam medicamentos, já conhecidos por elas. Às vezes, buscam assistência à saúde em unidades de saúde, postos e hospitais da rede pública. As famílias não são cadastradas no PSF. As mulheres entrevistadas demonstraram ter muita esperança que a situação melhore com a doação das casas prometidas pelo governo há quatro anos.

Palavras chaves: condições de vida, determinantes de saúde, acampamento- sem teto.

ABSTRACT

CAVALCANTI, Rita de Cássia Camêlo Bueno LIFE AND HEALTH CONDITIONS OF RESIDENTS IN A “HOMELESS CAMP” IN THE CITY OF MACEIÓ-ALAGOAS. 2009 80 F.

DISSERTATION (Master’s degree in health promotion)- University of Franca, Franca-SP.

It’s observed, in recent decades, an advance in the study of relations between the way which a particular society develops and organizes itself and its health situation. In many regions is possible to be observed health inequalities among population groups. The relationship between health and its determinants establishes hierarchies among social, economic, political, cultural and environmental factors, in the context that people live and work. Although these factors influence the lifestyles and make the individual belong to this or that social group, they will suffer a determining impact on the health standards from the individual and groups. We developed a qualitative research in a "homeless camp", located in the peripheral area of Maceio/Alagoas, with the following objectives: Know the life and health conditions of residents, how they deal with health issues and trace the socio-demographic profile of the studied population. The sample consisted of 15 women, including the camp leader and some residents that expressed an interest to collaborate with the research. We applied two questionnaires, the first with closed questions and the second was qualitative. The analysis of the closed questions detected the socio-demographic profile of the residents. The data analysis from open questions used the method of content analysis. The results showed us that the camp living conditions are below those recommended by the International Conferences on Health Promotion. The results indicated that the houses are poorly ventilated, without sanitation and electricity with earthen floors. When they show signs or symptoms of disease, use medicines already known by them. Sometimes seek care in health units, offices and public hospitals. The families are not enrolled in the PSF. The interviewed women demonstrated a lot of hope that the situation will improve with the donation of the houses promised by the government four years ago.

Keywords: life conditions, health determinants, homeless camp.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema de visualização hierárquica dos diversos determinantes de saúde de Dahlgren e Whitehead.....	27
Figura 2 – Visão geral dos tipos de casa do acampamento de moradores sem- teto, Maceió-AL. (2009)	
Foto tirada pela pesquisadora.....	33
Figura 3 – Casa coberta com lona plástica ou folha de amianto, no acampamento de moradores sem- teto. Maceió-AL (2009)	
Foto tirada pela pesquisadora.....	33
Figura 4 – Casa com apenas uma porta, sem ventilação, do acampamento de moradores sem-teto, Maceió- AL (2009)	
Foto tirada pela pesquisadora	34
Figura 5 – Casa com esgoto a céu aberto, do acampamento de moradores sem teto, Maceió-AL (2009)	
Foto tirada pela pesquisadora.....	34
Figura 6 – Casa com lixo a céu aberto, do acampamento de moradores sem teto, Maceió-AL (2009)	
Foto tirada pela pesquisadora.....	35
Figura 7 – Pocilga localizada no terreno do acampamento de moradores de sem- teto, Maceió-AL (2009)	
Foto tirada pela pesquisadora.....	35

LISTA DE QUADROS

Quadro I – Caracterização sócio-demográfica das mulheres, moradoras de um acampamento de famílias sem-teto, denominado Professor Paulo Bandeira, na periferia de Maceió-AL (2009)..... 39

Quadro 2 – Caracterização das moradias e condições de saneamento das casas das mulheres, moradoras de um acampamento de famílias sem teto, denominado Professor Paulo Bandeira, na periferia de Maceió-AL (2009)..... 41

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

INTRODUÇÃO

Os aspectos econômico-políticos e sócio-ambientais, interferem nas condições de vida dos indivíduos, famílias e comunidades, e são apontados em relatórios de diversas representações mundiais, sendo alvo de profundas discussões, em todo mundo; as condições de vida e a relação com a saúde.

As representações mundiais como a (WHO, 1998) e a (OPAS, 1998) são taxativas ao informar que houve um avanço nas condições de vida e na saúde das populações, em todo o mundo. Embora para BUSS (2000), essas mesmas representações, informam que tais avanços trouxeram profundas desigualdades nas condições de vida e na saúde de países, regiões e grupo sociais.

No Brasil, as desigualdades sociais surgem devido a vários fatores, tais como a extensão territorial, má distribuição de renda, o analfabetismo, o baixo grau de escolaridade, a corrupção. Isso, afeta as condições de vida e a saúde de populações, e que em muitas ocasiões aceitam o domínio e os privilégios dos poderosos, de maneira natural, contentando-se com soluções imediatistas, para a sobrevivência momentânea, sem ter, muitas vezes, perspectivas futuras (BYDLOWSKI ET AL, 2004).

Assim sendo, há uma permanência de péssimas condições de vida e de saúde de grande parte da população que vive na pobreza ou abaixo da linha de pobreza e apresentam graves problemas de saúde, resultantes de doenças que poderiam ser evitadas, se não fossem as más condições de moradia, falta de saneamento básico, falta de assistência à saúde e o difícil acesso à educação.

No cenário nacional, o Estado de Alagoas é referência entre os piores índices de desenvolvimento social, econômico e altos índices de mortalidade. Apesar de que as estatísticas mostram a melhoria das condições de vida da população nos últimos anos. Mas, ainda, consta com o número de óbitos considerado alto, em relação a outros Estados, mormente os da região sudeste (IBGE, 2005), considerada uma das regiões que oferece aos habitantes melhor condição de vida para população.

As análises das condições de vida no Brasil e no mundo são discutidas em debates ocorridos em conferências internacionais e nacionais. Tentam relacionar a respeito das condições de vida das populações e a saúde por eles apresentada. Embora, contamos com

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

acesso, facilmente disponível, aos conceitos e definições, e estes colaboram para o estudo dessas relações. Com isso, podemos desenvolver pesquisas com resultados concretos e que serão disparadoras para que as mudanças gradativamente ocorram.

O conceito de condições de vida e saúde, segundo Ribeiro e Barbosa (2006), é eminentemente subjetivo, uma vez que, na sua concepção estão os aspectos relacionados com o atendimento das necessidades vitais como: moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte, dentre outros, que poderiam oferecer aos indivíduos melhor qualidade de vida.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1995), o termo qualidade de vida é a “percepção do indivíduo na sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. No entanto, por mais complexo que possa parecer definir este termo, chegou-se a um consenso com relação a dois aspectos que devem ser considerados; a subjetividade e a multidimensionalidade e a presença de fatores positivos e negativos. Ou seja, somente a própria pessoa pode julgar sua qualidade de vida e devem-se levar em conta vários aspectos referentes à vida dessa pessoa, como saúde, vida sexual, amorosa, autonomia, faixa etária, etc.

Contudo, a “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Várias vezes citado, este conceito, adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, parece-nos longe de ser realidade, porém simboliza o compromisso e o caminho a ser seguido. A idéia de uma saúde ótima é possivelmente inatingível e utópica, já que a mudança, e não a estabilidade é predominantemente na vida. Saúde não é um estado estável, que uma vez atingida possa ser mantido. A própria compreensão de saúde tem alto grau de subjetividade e determinação histórica, na medida em que os indivíduos e sociedade consideram o que é ter saúde ou não. Saúde depende do momento histórico, do referencial e dos valores atribuídos a uma determinada situação.

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS), assume o conceito de que nenhum ser humano jamais será totalmente saudável ao longo de sua vida, viverá situações de saúde e de doença, pois dependem da análise do desenvolvimento individual de habilidades, condições de vida e da interação com o ambiente que o cerca.

Na investigação feita por Coelho e Almeida (2002), no âmbito epistemológico há uma carência de estudos sobre o conceito de saúde, propriamente definido, devido à quebra do

paradigma científico que passou a conceituar saúde como sendo algo positivo, ausente de agravos e enfermidades.

Os mesmos autores afirmam que tal pobreza conceitual pode ser resultado da influência da indústria farmacêutica e de uma cultura de doença que têm diminuído o interesse e os investimentos em pesquisas, a um tratamento teórico e empírico da saúde como mera ausência de doença. Entretanto, a divisão do corpo humano, as práticas, a fragmentação do saber, o surgimento de várias especialidades médicas têm acarretado reações contra a expropriação da saúde e, desde a década de 1970, vêm propiciando um movimento que busca ressuscitá-la como objeto científico.

Devido ao conhecimento dessas e de outras abordagens científicas, discutidas, seqüencialmente, nesse estudo, surge em nós, como pesquisadores, o interesse em investigar as condições de vida e de saúde de moradores em um acampamento de sem-tetos, na cidade de Maceió-Alagoas, como esses moradores veem e lidam com as questões de saúde, descrevendo o perfil sócio-demográfico daquela localidade.

O objeto deste estudo surgiu em razão da nossa vivência como docente, ao conversar com estudantes de enfermagem. Esses estudantes realizavam suas atividades práticas supervisionadas da disciplina Saúde da Mulher naquele local. Ouvíamos alguns relatos de estudantes que demonstravam indignação com as condições de vida daquelas famílias. Posteriormente, tivemos a oportunidade de visitar e conversar com alguns moradores do acampamento que demonstraram que a maior preocupação era com a doença e o adoecimento de membros da família e com os recursos disponíveis para sua resolução.

Vale esclarecer que essas famílias que vivem no acampamento são agregadas ao Movimento Terra Trabalho Liberdade (MTTL), movimento autônomo, democrático e independente de partidos e governo e que há quatro anos aguardam casas doadas pelo Estado.

Estabelecemos uma relação promissora no campo de investigação e pretendemos com este trabalho sensibilizar aos que estão à frente das políticas públicas de saúde e sociais existentes na Secretaria Municipal de Saúde do município de Maceió, para que façam valer os princípios fundamentais da Atenção Básica e da Estratégia do Programa de Saúde da Família.

OBJETIVOS

Geral

Conhecer as condições de vida de moradores de um Acampamento de “sem-teto” na cidade de Maceió-Alagoas, e como veem e lidam com as questões de saúde.

Específico

Descrever o perfil social e demográfico da população estudada.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

1 – REFERENCIAL TEÓRICO

1.1. MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA NO BRASIL (MTRST):

As análises teóricas e práticas dos processos histórico-político, ligados ao crescimento dos chamados “movimentos sociais”, surgem devido aos interesses das classes menos privilegiadas, opondo-se aos desdobramentos sociopolíticos do desenvolvimento capitalista, a cada dia, unindo em torno de questões sociais, tão desiguais no Brasil.

Para tanto, os movimentos sociais, segundo Bem (2006), revelam, devido:

[...] às carências sociais dos focos de insatisfações, e desejos coletivos, e nos quais vem permitindo a realização de uma topografia das relações sociais. São ligados especificamente, por determinações históricas macroestruturais. Com isso, leva a uma carência de demandas sociais, que ainda trazem feridas materialmente visíveis.

Nasce então, devido a isso, e de outras carências, o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra no Brasil, fruto da história da concentração fundiária que marca o Brasil desde o ano de 1500. A partir daí, acontecimentos de diversas formas de resistência, como os Quilombos, Canudos, as Ligas Camponesas, as lutas de Trombo e Formoso, entre muitas outras, foram importantes na construção da história dos movimentos sociais ligados a terra.

Entretanto é importante resgatar fatos históricos que marcaram época. Visto que desde 1961, houve grandes propostas, a mobilização do povo trabalhador em torno das possíveis relações econômicas e sociais no país, tão discutidas ainda hoje, a Reforma Agrária.

Parte então do decreto presidencial, estabelecendo leis, o Estatuto da Terra, elaborado durante a ditadura militar, envolvendo toda sociedade aos interesses comuns da terra e expressa na lei n 4504, de 30 de novembro de 1964, dispondo, no parágrafo 1 os princípios e definições. Considerando que:

A Reforma Agrária é o conjunto de medidas que visam a promover melhor distribuição da terra, mediante modificações no regime de sua posse e uso, a fim de atender aos princípios de justiça social e ao aumento de produtividade.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

O Estatuto da Terra foi elaborado com visões progressistas e propôs mexer na estrutura fundiária, configurando-se como um instrumento estratégico para controlar as lutas sociais e desarticular os conflitos por terra.

Algumas estratégias foram lançadas no ano de 1965 a 1981, onde foram realizadas desapropriações em média, por ano, apesar de terem ocorrido pelo menos 70 conflitos por terra anualmente. Então, a preocupação das entidades religiosas foi criar a Comissão Pastoral da Terra (CPT), propondo ajuda na reorganização das lutas camponesas e deixando de lado o viés messiânico. (MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA, 2009)

Outro importante acontecimento ocorrido em 1994, no Estado do Paraná, foi a realização do primeiro Encontro Nacional dos Sem-Terra no Brasil, concretizando muitas lutas contra a ditadura militar. Teve com esse evento, doze Estados envolvidos e diversas organizações sociais. Conseqüentemente, muitas premissas foram construídas em torno das ocupações da terra, afirmando que seria necessário redemocratizá-las, para alcançar os objetivos que tanto almejavam, tais como: a luta pela reforma agrária e um novo modelo agrícola, e a luta por transformações na estruturação da sociedade brasileira mais justa e equitativa.

Após esses importantes eventos, as questões da reforma agrária no Brasil, se fortalecem, trazendo os latifúndios. Esses são independentes em suas conquistas por serem formados por trabalhadores de diferentes instituições. Durante séculos, os camponeses desenvolveram a luta pela terra, sem a existência de Projeto da Reforma Agrária.

Nos anos 90, surgem novas conquistas populares – o Movimento dos Trabalhadores Rurais, que segundo GOHN (1997), esse movimento cresce e aparece, pois, realiza centenas de ocupações de terras, organizam-se em acampamentos e lutam para que obtenham a posse da terra, em assentamentos criados pelo governo ou reconhecidos por ele, após a área já está ocupada.

Ainda nos anos 90, não abandonaram os seus ideais socialistas; criaram cooperativas de produção e comercialização, fundando escolas de formação para as lideranças, elaborando conteúdos escolares que pudessem atender às diferenças culturais das populações rurais de norte a sul do país. Assim, redefine as estratégias voltadas para economia dos mercados externos e não apenas para o consumo de subsistência (GOHN, 1997).

Para tanto, segundo a mesma autora, tornou-se nessa década um dos maiores movimentos populares do Brasil. Contando com a ampliação de projetos e fortalecendo sua

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

bandeira de luta pela Reforma Agrária. Embora, houve aumento da violência urbana, gerada pelo desemprego. Surge então, o reconhecimento e o apoio da sociedade brasileira, à luta pela quebra dos tabus em torno do movimento de luta pela terra. Entretanto, vemos claramente que buscam a justiça social. Mas permanece em grande parte pessoas que rejeitam as invasões de terras como “forma de pressão” (GOHN, 1997).

Todavia, notícias mundiais informam que o Movimento Sem-Terra tem avanços significativos na luta pela terra, a destacando na produção industrial que garante meios mais favoráveis para sobrevivência.

Conta-nos a história que em outros países há necessidade de distribuição de terras mais igualitárias, e que poderia garantir a renda dos camponeses pobres, tornando-os próprios consumidores de seus produtos. Então, surgem as primeiras Reformas Agrárias nos países desenvolvidos, a exemplo dos Estados Unidos, Europa Ocidental, Europa Oriental, Coréia, Japão e Filipinas. Estes países passaram por processos de democratização ao acesso a terra, renda e trabalho, formando um mercado nacional e fortalecendo as indústrias, melhorando o poder de compra do povo e a tão almejada melhoria da qualidade de vida.

Paralelamente, no Brasil, relatam que depois de 500 anos de luta e de 25 anos de MST, a Reforma Agrária não foi realizada. Os latifundiários, em parceria com as empresas transnacionais e com o mercado financeiro, formam a classe dominante no campo e usam o controle do Estado para impedir o cumprimento da lei e manter a concentração da terra.

A esse fato, o Movimento Sem-Terra, defende os programas de desenvolvimento para o Brasil e a distribuição igualitária de terras, como também, o acesso à educação, moradia, alimentação saudável e lazer.

1.2. OS SEM-TETO EM ALAGOAS/MACEIÓ

O movimento Terra, Trabalho e Liberdade correspondem, segundo CAVALCANTI (2008), a união feita em 2002, entre os movimentos pela luta socialista (MLS), libertação dos Sem-Terra de Luta (MLST) e dos Trabalhadores (MT), este o mais conhecido em Alagoas. A atuação destes movimentos, não se restringe apenas a áreas urbanas, também nas cidades próximas do município de Maceió. Os membros do movimento incrementam a entidade do Movimento Populacional Urbano e buscam das políticas públicas alternativas para uma

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

política habitacional voltada aos interesses da população trabalhadora de baixa renda, oportunizando o direito à moradia em todo Estado (UNIÃO DE MOVIMENTOS DE MORADIA EM ALAGOAS, 2001).

Há, entretanto, uma enorme demanda de ocupantes do movimento que vem lutando para que sejam implantadas as políticas habitacionais. Assim, enfrentam situações que afetam suas necessidades humanas. Submetem-se à alternativa do subemprego, e outras condições até que solucionem o problema, principalmente o da moradia. Este fato histórico, segundo BUONFIGLIO (2006), é considerado a herança da urbanização capitalista brasileira no século XX, ainda permanente nesse novo milênio.

Fato preocupante para a Prefeitura de Maceió, que logo buscou parceria com a Agência de Habitação de Maceió (2008). Recentemente, enumerou no município, 200 áreas irregulares como favelas e grotões. Nesses locais centenas de famílias vivem em barracos de lona, sem assistência em educação, saúde e saneamento básico. Arriscam suas vidas em áreas de risco e vivem em condições subumanas.

Para tanto, providências foram tomadas, no sentido de acolher as pessoas que vivem em condições precárias de habitação. Então, iniciaram a construção de casas, prometendo a doação das mesmas, aos que estão cadastrados no movimento Terra Trabalho e Liberdade. Porém, o processo de construção é muito lento, depende dos interesses políticos em todas as instâncias governamentais, para que se agilize a entrega das casas.

Consideramos o fato de que, em toda parte do país, ocorre esse déficit habitacional. Vemos que a Fundação Getúlio Vargas (2005), identifica que o déficit habitacional no país é de 7.9 milhões por unidade, déficit considerado muito alto. Esse déficit vem aumentando gradativamente, devido aos integrantes dos movimentos sociais que reivindicam o direito à moradia, organizados pela população sem teto nos principais centros urbanos.

Sabemos, portanto, que a reforma urbana ocorre desde 1997, e vem garantindo a moradia a todos os cidadãos que se organizam em movimentos de caráter social, político e sindical, não só no campo, mas também nas cidades.

1.3. A PROMOÇÃO DE SAÚDE

O ideário de promover a saúde e não apenas de curar doença emerge de vários conceitos que são articulados à Promoção de Saúde pela mudança das condições de vida e de trabalho da população.

A trajetória da Promoção de Saúde, segundo Heidmann et al (2006), aponta para a influência dos aspectos sociais sobre a saúde dos indivíduos e da população, por toda parte do mundo, caracterizando como “ o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida, incluído uma maior participação no controle deste processo”.

A qualidade de vida para Buss (2000) é um direito social e está expresso no exercício da cidadania. Sendo um referencial de valor sem medidas a ser apreendido pelo poder público para otimização de orientação de condutas, ações e estratégias para o enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde apresentados pela população humana.

Neste contexto, na atualidade, nasce uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propondo articulação dos saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para o enfrentamentos e resoluções.

As concepções sobre qualidade de vida são bastante amplas, já que segundo Camponogara et al (2008), as condições que as tornam possíveis são simultaneamente humanas e relacionais ao ambiente, individuo e coletivo, reais e simbólicas, imaginárias, afirmativas e negativas. Portanto, notamos uma tendência no entendimento do que seja qualidade de vida e saúde, ainda com base nas concepções de saúde como ausência de doença.

Já Seidl e Zannon (2004), entendem que na área da saúde, há interesse pelo conceito de qualidade de vida, sendo este relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde e doença são multifatoriais e complexos. Com isso, a saúde e a doença configuram processos entendidos como um *continuum* saúde e doença e estão relacionados aos aspectos sócio-econômicos, culturais e ambientais.

Em consonância a essa mudança de paradigma, segundo os mesmos autores mencionados acima, reforçam que a melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos

resultados mais esperados, tanto nas práticas assistenciais, quanto nas políticas públicas, no âmbito da Promoção de Saúde e da prevenção de doenças.

Surge em debates que nas Conferências Internacionais e Regionais de Saúde muitas controvérsias se originam das diversas concepções de Promoção à Saúde e podem ser reunidos em dois grandes grupos, o comportamental de mudança do estilo de vida e aquela que busca articular o tema saúde com a temática das condições e qualidade de vida.

A Promoção à Saúde compreende um modo diferente, inovador de ver a saúde e a doença, e suas estratégias constituem ferramentas importantes para ampliar o rompimento da hegemonia do modelo biomédico, tão presentes no cotidiano dos serviços de saúde. Para tanto, a Promoção de Saúde, almeja que todas as pessoas adquiram sua autonomia e que os profissionais de saúde possam entender que a saúde é o produto da condição de vida. Em vista disso, o desenvolvimento social se torna mais igualitário.

No Brasil, de um modo geral, a visão de saúde ainda permanece simplificada, priorizando a mudança do estilo de vida de acordo com o modelo tradicional de saúde e a compreensão de que a prevenção da doença é sinônimo de Promoção de Saúde (HEIDMANN et al 2006).

Conforme Cohen et al (2007), o Estado Brasileiro ainda se apresenta muito dividido em setores e fragmentado em suas ações, desvinculando o social do econômico. Acrescenta, que através de esforços da sociedade, em redemocratizar o país, foram alcançados muitos progressos no final de 1980, com a elaboração e promulgação da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no mesmo ano.

Surpreendentemente, a boa saúde está no topo das aspirações das pessoas em qualquer lugar, sendo esta reconhecida em diversos eventos e tratados mundiais, inclusive na Declaração Universal dos Direitos Humanos e na Constituição e Políticas Nacionais. Estas são formuladas em todos os lugares, firmados na responsabilidade de proteger e promover a saúde de todos os indivíduos, embora existam muitos interesses que negligenciam a atenção à saúde e à saúde pública e, com isso, trazendo muitas mudanças no âmbito governamental (BRASIL, 2007).

Foram divulgados os documentos que norteiam a Promoção da Saúde. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, hoje Cazaquistão, em 12 de setembro de 1978, expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde para promover a saúde para todos os povos

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

do mundo, e formulou uma declaração, enfatizando que a “saúde é o estado de completo bem estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. Esta declaração vem reforçar que a saúde é um direito humano fundamental e uma importante meta mundial, cuja realização requer ações de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (BUSS, 2003).

Ainda o mesmo autor citado acima, diz haver um amplo consenso de que a Conferência em Alma-Ata foi um dos eventos mais significativos para a saúde pública, em termos mundiais, ocorrido na segunda metade do século XX, pelo alcance que teve em quase todos os sistemas de saúde no mundo, devido às crescentes expectativas para uma nova saúde pública, posteriormente, veio assegurar aos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a Saúde para Todos no ano 2000.

Todavia para Buss (2000), as conclusões e recomendações de Alma-Ata trouxeram um importante impulso para que em 1986 se realizasse a Conferência Internacional de Promoção de Saúde em Ottawa no Canadá. Este evento foi acordado cinco estratégias: as políticas públicas saudáveis, na comunidade (reforço da ação comunitária), no indivíduo (desenvolvimento de habilidades pessoais), no sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) em parcerias intersetoriais. Isto é, trabalhar com a idéia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos.

Todavia, como já assinalado anteriormente, a Promoção de Saúde vem sendo interpretada, de um lado com a reação à acentuada medicalização da vida social, e de outro, como uma alternativa setorial articulada de diversos recursos técnicos e posições ideológicas, caracterizando a determinação sobre as condições de saúde, sendo este um produto que venha garantir uma qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação, nutrição, moradia, saneamento, trabalho, educação, ambiente físico, apoio social para as famílias e comunidades, sendo estes um estandarte para os cuidados de saúde.

Ressalta que uma das estratégias da Carta de Ottawa, é a capacitação do indivíduo e de comunidades, visa a modificar os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida, sendo que os mesmos protagonistas possam desenvolver suas habilidades pessoais e poder atuar em benefício da própria qualidade de vida, na saúde, na solidariedade, na equidade, na democracia, na cidadania e no desenvolvimento sustentável; participando e buscando parcerias, enquanto sujeitos e ou comunidades ativas (BUSS, 2000).

Assim, requer de cada um de nós uma reflexão sobre a prática social do profissional de saúde no curso dessa modernidade, intensificando o nosso olhar para o cuidado, por meio do qual possamos estimular mudanças no indivíduo, no grupo ao qual ele pertence, e na coletividade (BARROSO et al 2006).

Neste sentido, a autora acima citada, sugere que:

[...] a observação dos marcos conceitual à luz da promoção de saúde nutre a esperança de superar o tecnicismo exacerbado das práticas assistenciais, das relações de poder entre profissionais e clientes e da dominância da atenção da doença, em detrimento de outras práticas pedagógicas em que a consideração do outro se dá a partir de suas emoções, crenças e mitos no enfrentamento dos agravos à saúde (BARROSO et al 2006).

A Promoção de Saúde assume o conceito de Saúde da Organização Mundial de Saúde, e insiste, ainda, que: [...] “a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida”. (Buss, 2003). Para alcançá-la, entretanto é importante que:

[...] os indivíduos e grupos devam saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. (BRASIL, 2002 apud BUSS, 2003).

Campos, et. al. (2005), afirmam que:

A Carta de Ottawa elaborada pelos participantes da I Conferência Global de Promoção de Saúde e a resolução da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, também em 1986, mudaram os rumos do debate sobre Promoção de Saúde. As duas conferências elaboraram um conceito ampliado de saúde e atribuem a um conjunto de determinantes sociais, econômicos e políticos papel preponderante nas causas das doenças e que elas poderiam ser enfrentadas com um conjunto de políticas públicas integradas.

Para tanto, a Promoção da Saúde vem a ser concretizada a partir das mudanças advindas nos determinantes da saúde que incluem tanto aqueles que estão sob o controle das pessoas, como aqueles que dependem da intersetorealiade, tais como, as condições sociais, econômicas e ambientais, assim como, a prestação de contas de todos os bens e serviços. Com isso, outras propostas surgem para um bom êxito da Política de Promoção de Saúde e das estratégias por ela propostas.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no Brasil, segundo BECKER (2001), foram sistematizadas as diretrizes e o ideário no novo sistema de saúde baseado nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação popular. Diante disso, em seu relatório final, a Conferência utiliza as definições abrangentes de saúde expressas na Carta de Ottawa, publicada em 1986.

A saúde não é um conceito abstrato. Ela deve ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e acesso ao serviço de saúde. (BRASIL, 1986).

Apoiando-se nesse documento acima, percebe-se que a despeito de todo esse avanço teórico, nosso modelo de assistência à saúde gera ineficácia, exclusão, iniquidades e insatisfação, sentido tanto pela população usuária dos serviços, como pelos profissionais de saúde, instituições prestadoras e governo com uma unanimidade, e reconhece que a crise do setor se consolida como um dos imperativos para mudanças. (BECKER, 2001)

Com isso, muitos discursos vêm trazendo conceitos de qualidade de vida, embora autores como Buofiglio et al (2005), digam que não há um conceito sobre “qualidade de vida”, mas interpretações pessoais e tentativas de transformar estas interpretações em medidas objetivas”, além de que, se relacionam com os elementos subjetivos que contemplam a percepção da pessoa frente a seu ambiente e seu modo de vida.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1995), na tentativa de organizar o conhecimento existente no campo da saúde e criar conceitos de abrangência internacional, elaborou-se a seguinte definição de “qualidade de vida”:

A Qualidade de Vida pode ser definida como a “percepção do indivíduo na sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. No entanto, por mais complexo que possa parecer definir este termo, chegou-se a um consenso com relação a dois aspectos que devem ser considerados; a subjetividade e a multidimensionalidade e a presença de fatores positivos e negativos. Ou seja, somente a própria pessoa pode julgar sobre sua Qualidade de Vida e devem-se levar em conta vários aspectos referentes à vida dessa pessoa como saúde, moradia, alimentação, vida sexual, amorosa, autonomia, faixa etária, etc.

Investigações realizadas sobre o que cada indivíduo acredita ser “qualidade de vida” obtiveram como respostas que a mesma está ligada à saúde para alguns, para outros, aos bens materiais, à harmonia familiar, a espiritualidade etc.

Ainda o autor BUONFIGLIO (2005), faz um enfoque sobre o conceito de qualidade de vida:

Poder-se-ia trabalhar o conceito sob o ponto de vista de faltas, ou seja, todo âmbito de vida do indivíduo que se encontra em defasagem, com suas expectativas, como por exemplo: a ‘falta’ de saúde, a ‘falta’ de trabalho, a ‘falta’ de higiene, a ‘falta’ de hábitos saudáveis, a ‘falta’ de amor, chegando por vezes, até a ‘falta’ de dignidade, levando-o então à tomada de decisão necessária, para desencadear seu processo de conquista subjetiva ou real de sua qualidade de vida”.

Czeresnia (2005) defende que há várias interpretações do que seja o conceito, pois expressa:

[...] identidades, já a unidade singular é expressão da diferença. Por mais que o conceito tenha potencial explicativo e possa ser operativo, não é capaz de expressar o fenômeno na sua integralidade, ou seja, não é capaz de ‘representar’ a realidade. Ao se elaborar um sistema lógico e coerente de explicações, assumir uma construção mental como capaz de substituir a realidade, mutilam-se as possibilidades de sua apreensão sensível, por se encerrar a realidade em sua redução.

Outras conferências sucederam-se à Conferência de Ottawa, em 1986, tais como: a de Adelaide, em 1998, a de Sundsvall, em 1991, a Santa Fé de Bogotá, em 1992, a de Porto of Spain, em 1993, a do Canadá, em 1996, a de Jacarta, em 1997, a da Rede de Mega países, em 1998, a do México em 2000, e a de Bangkok, em 2005 e em Buenos Aires em 2007. Esses eventos marcaram importantes declarações e cartas, firmados pelos países desenvolvidos e em desenvolvimento, como no caso do Brasil. Essas conferências selaram acordos no sentido de que todos os países necessitam ampliar suas práticas sociais e assegurar as estratégias da Promoção da Saúde para o bem do indivíduo e de toda coletividade.

Para os autores Pasche e Hennington (2006), o movimento da reforma sanitária, no Brasil, a partir de então, passa a capitanear a luta por mudanças na saúde brasileira e tomou como pressuposto o fato de que a saúde é resultante de um conjunto de situações e fatores socioetais ou, em outras palavras, saúde é uma produção sócio-histórica. Sendo que a recondução do País à plenitude democrática e requisita também, a construção de políticas públicas que reconheçam direitos sociais.

Com isso, no intuito da defesa em torno do tema Democracia é Saúde, o movimento descentralizou e incrementou a política social que defende a vida e a cidadania dos indivíduos e grupos, instituindo, como um marco importante na reforma sanitária brasileira, a criação do Sistema Único de Saúde, aprovada na Constituição de 1988, que em seu art.196, coloca:

A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido-a mediante políticas sociais e econômicas que garantam a redução do risco das doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação.

Neste contexto, o Processo Saúde e Doença, seus determinantes e condicionantes, denota que no significado amplo da Promoção de Saúde, deve-se valorizar os saberes populares e técnicos, o real comprometimento da mobilização das instituições públicas e privadas para o enfrentamento e resolução das questões de saúde. Estabelecendo-se uma relação dos homens com a natureza (meio ambiente, espaço e território), com outros homens (através do trabalho e das relações sociais, culturais e políticas) em um determinado espaço a um determinado tempo. Nesta perspectiva é possível, como diz Silva (2006), que o sujeito se torna mais ativo na construção do processo de sua saúde, tornando-o um indivíduo diferenciado perante a medicina de órgãos que denomina a pessoa pela patologia, ofuscando sua personalidade e sua capacidade de decisão ou participação, ou seja, “um paciente”.

Dispõe sobre os determinantes sociais, contidos na Lei de nº 8.080, das disposições gerais que:

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.

No ano de 1990, muitas dificuldades surgiram após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), devido às bruscas mudanças econômicas, sociais e institucionais no país.

Diante desse quadro, foram propostos novos debates sobre o alcance de algumas metas a serem operacionalizadas no novo milênio, com ênfase nos determinantes sociais, trazendo novas perspectivas para promover a eficácia e o cumprimento na qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde.

O Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de todos os gestores, em função das necessidades de saúde, apresentadas pela população, buscando a equidade social.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Compartilha-se também a criação da agenda para a saúde, tendo como eixo principal, o Pacto pela Vida, que responsabiliza as esferas federativas pelos problemas sanitárias presentes no país, e a dificuldade do acesso igualitário dos indivíduos aos serviços de que dispõem, com maior ênfase na qualidade assistencial do Programa de Saúde da Família (BRASIL 2006).

A autora Czeresnia (2003), considera que a saúde é diversificada, pois os agravos são advindos da falta de saneamento, péssimas condições de moradia, desemprego, entre outros fatores. Fato que se deve à falta de adesão das políticas públicas de saúde que enfrentam dificuldades em prestar assistência equitativa à população, e a não participação social, que interfere negativamente nas ações. Acredita que atitudes contrárias possam amenizar os determinantes e condicionantes na qual vivem e trabalham. Pois, um dos eixos básicos do discurso da Promoção da Saúde é fortalecer a idéia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais.

Desde o Informe Lalonde, publicado no Canadá em 1974, até a Declaração de Jacarta em 1997, o termo determinante social vem se expressando como sendo:

[...] a promoção da saúde atua sobre os fatores determinantes da saúde visando a obter o maior benefício possível para a população, enfatiza a redução da iniquidade em saúde, garante o respeito aos direitos humanos e acumula capital social. A meta final é prolongar as expectativas de saúde e reduzir as diferenças entre países e grupos. (BRASIL, 2002, apud BUSS, 2003)

O resgate realizado em Jacarta, no ano de 1997, atualiza a discussão sobre o “esforço da ação comunitária” definido na Carta de Ottawa, em 1986, destacando que a Promoção de Saúde deve ser realizada em conjunto com a população, e que para melhorar a capacidade das comunidades e promover a saúde, é necessário que as pessoas tenham direito de voz e mais acesso ao processo de tomada de decisão e às habilidades e conhecimentos essenciais para efetuar a mudança (HEIDMANN et al, 2006).

No âmbito da Saúde, alguns elementos sobre determinantes sociais da saúde, em análise, destacam que a saúde é condicionada a fatores sociais, econômicos, culturais, éticos, raciais, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde, considerados fatores de risco para população.

No Brasil, declina a Comissão Nacional de Determinantes Sociais (CNDSS), em 13/03/2006, art.84, que se preocupa em: produzir conhecimentos, promover e avaliar políticas, programas e intervenções governamentais, relacionadas aos determinantes sociais de

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

saúde, além de atuar junto a diversos setores da sociedade civil, para promover uma tomada de consciência sobre a importância das relações entre saúde e condições de vida e as possibilidades de diminuição das iniquidades em saúde.

Assim sendo, os membros que compõem essa comissão se comprometem em produzir textos, no sentido de esclarecer e visualizar as hierarquias dos determinantes sociais e de saúde, utilizando o gráfico de Dahlgren e Whitehead - (figura 1).



FONTE: CNDSS (2006)

Em outro texto produzido por membros da Secretaria Técnica da CNDSS (2006) enfatiza que a:

[...] pobreza não é somente a falta de acesso a bens materiais, mas também a falta de oportunidade e de possibilidades de opção entre as diferentes alternativas. Pobreza também é a falta de voz frente às instituições do Estado e da sociedade e uma grande vulnerabilidade frente aos imprevistos.

Assim, os determinantes sociais e de saúde, são elementos que ativam a tomada de consciência de toda uma população. Pretendemos relacioná-los com as condições de vida de todos os seus membros, tais como; habitação, ambiente.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Os autores Azeredo et al (2006), afirmam que a Organização Pan-Americana de Saúde (2001), entende o conceito de saúde, como sendo o resultado do estilo de vida, condições biológicas e acesso aos bens de serviço, diretamente relacionados aos determinantes de saúde de uma comunidade, e isso transcende as concepções que tendem a reduzir os problemas sanitários ao âmbito das doenças e dos serviços de saúde hospitalocêntricos, destacando os aspectos de promoção e prevenção.

O Programa de Saúde da Família, criado no ano de 1994, trouxe estratégias de mudanças do modelo assistencial, sendo este, um projeto inovador para o alicerce do Sistema Único de Saúde, visando, em sua organização, aos documentos comprometidos com o fortalecimento de seus princípios e estratégias, a ações tais como: a definição de um território de atuação, a integralidade, a ênfase nas ações de promoção, a responsabilização para com a saúde da população adstrita, o planejamento local por problemas, a atuação intersetorial e a humanização no atendimento.

Neste modelo assistencial de atenção, vemos a possibilidade do reconhecimento do setor saúde como um direito da cidadania, expresso na melhoria das condições de vida e de saúde de toda população brasileira.

2. METODOLOGIA

2.1. REFERENCIAL METODOLÓGICO

Para Minayo (1996), a metodologia é o caminho e o instrumental próprios de abordar a realidade, com técnicas que possibilitem a sua compreensão e também o potencial criativo do pesquisador.

Ao realizarmos esta pesquisa, optamos pela abordagem qualitativa, como uma alternativa metodológica, que pode nos ajudar a entender a realidade expressa através das percepções de moradoras de um acampamento de famílias sem-teto, denominada Professor Paulo Bandeira, localizado no Bairro de Benedito Bentes II, na região periférica do município de Maceió-AL, sobre as condições de vida e de saúde em que vivem e trabalham.

Segundo Trivinõs (1992), este tipo de abordagem possui seu foco essencial no desejo de conhecer a comunidade, seus traços característicos, suas gentes, seus problemas, seus valores; pretende descrever com exatidão, os fatos e fenômenos de determinada realidade.

Dentro da abordagem qualitativa realizamos uma pesquisa de natureza descritiva, pois, a pesquisa descritiva caracteriza-se pela necessidade de se explorar uma situação não conhecida da qual se tem necessidade de maiores informações.

Ainda a mesma autora acima citada, descreve a pesquisa com uma abordagem qualitativa, como aquela em que:

[...] se tenta compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos, assim como na expectativa do próprio pesquisador (TRIVINÕS, 1992).

A abordagem qualitativa é um método de trabalho amplamente utilizado na pesquisa social em saúde visto que:

Interessa em estudos com segmentos sociais especiais, trabalha com a lógica interna do grupo, recuperando a definição da situação oferecida pelos próprios sujeitos envolvidos, assim como as significâncias e relevâncias que expressam através de seus relatos. Sua fala não apenas informa sobre o que é real do seu ponto de vista, mas também, valoriza, julga e estabelece prioridades (MINAYO, 1996).

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

A opção por esta metodologia, não significa uma posição de desvalorização das abordagens quantitativas, mas sua escolha está baseada em nosso interesse em compreender a extensão da realidade social do acampamento sem-teto, que talvez, dentro de uma abordagem quantitativa não conseguíssemos o aprofundamento necessário.

2.2. CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

Consideramos como campo de estudo, a fase da pesquisa em que mantivemos contato sistematizado com os sujeitos, com a finalidade de coletar os dados empíricos necessários aos propósitos da nossa investigação.

No sentido de aproximação do contexto onde foi realizada a pesquisa, comentaremos sucintamente as características gerais do município de Maceió- AL.

O povoado que deu origem a Maceió, surgiu do engenho de cana de açúcar, por volta de 1609, data de sua fundação. O nome Maceió vem da língua tupi, das denominações “MAÇAYO” ou “MAÇAIO-K” e quer dizer “aquele que tapa o alagadiço”, talvez pela abundância de águas por todos os lados e as constantes subidas e descidas das marés.

A história nos revela que no povoado havia uma capela em homenagem a Nossa Senhora dos Prazeres, onde hoje está localizada a igreja matriz, na Praça Dom Pedro II. Do alagadiço de ontem à cidade de hoje, muitas águas rolaram. O povoado europeu da região data do século XVII, quando os navios chegavam e levavam madeira das florestas litorâneas e toda produção de açúcar.

Maceió ainda guarda muitos vestígios da vila do século passado: casarões antigos, ruas estreitas e tortuosas. O ambiente litorâneo é de uma beleza *sui generis*, encravado entre os coqueiros, mangues e um belíssimo mar, proporcionando a todos que a visitam lindas recordações. É um dos mais belos pontos turísticos do país, triplicando sua população nas temporadas de férias.

Maceió é a capital do Estado de Alagoas. Possui cerca de 924.143 milhões de habitantes (2008), e renda per capita de R\$ 7.632,00 (2004). Geograficamente, por centenas de anos formaram-se terrenos alagados, devido ao acúmulo de sedimentos oriundos dos rios Mundaú e Paraíba do Meio. O mar também contribui com sedimentos, fechando as fozes dos

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

respectivos rios, formando assim o que hoje conhecemos por Lagoas Mundaú e Manguaba, um dos maiores complexos estuários do Brasil.

Considerando a localização da região nordeste do BRASIL, em plena zona tropical, e banhado pelo Oceano Atlântico, o Estado de Alagoas apresenta clima quente e úmido. Segundo pesquisas, Maceió tem a segunda melhor água potável do Brasil.

Destaca-se na economia pela riqueza em sal gema, e tem um setor industrial diversificado (indústrias químicas, açucareira e de álcool, de cimento e alimentícias), além da agricultura, pecuária e extração de gás natural e petróleo. Mesmo sendo bastante urbanizado, o município possui muitas áreas desocupadas, principalmente na zona norte, surgindo espaço de grandes canaviais, como o que existe no Bairro de Benedito Bentes.

Segundo dados do IBGE (2005), existem cerca de 240 estabelecimentos de saúde em Maceió, sendo que 153 são conveniados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Apenas 01 estabelecimento é público federal, 16 públicos estaduais, 58 públicos municipais e 161 privados.

Segundo a Secretaria de Saúde do Município de Maceió (2009), o Programa de Saúde da Família, cobre apenas 26,9% do município, é composto de 72 equipes, que são distribuídas em 35 unidades espalhadas em todo município. No Bairro de Benedito Bentes, local da pesquisa, existem duas equipes que atuam nas proximidades do Bairro Benedito Bentes II, onde está localizado o Acampamento de sem-teto Professor Paulo Bandeira.

Informações colhidas dos profissionais que atuam neste cenário da prática assistencial, recentemente, a Estratégia de Saúde da Família, não fazem atendimento às famílias do acampamento, justificando serem insuficientes os recursos humanos, para o atendimento da enorme demanda da população, o mesmo acontecendo com os recursos financeiros.

2.2.1. O COMPLEXO DO BAIRRO DE BENEDITO BENTES

Em 1986, foi construído pela Companhia Habitacional (COHAB) o conjunto residencial Bairro de Benedito Bentes. Considerado naquela época por muitas pessoas, o “fim do mundo”, por ser distante do centro da cidade, e a moradia era barata, o que facilitou a migração de muitas famílias para esse bairro.

Com o crescimento demasiado, logo foram implantadas várias linhas de ônibus, levando seus moradores a outros bairros e principalmente ao centro da cidade.

O conjunto habitacional atraiu centenas de famílias, com a entrega das primeiras unidades habitacionais. Isso fez com que construtoras se interessassem na realização de vários outros projetos de moradia e, assim, aos poucos construíram casas, ruas e avenidas. Deste simples residencial deu-se início a um bairro que de tão populoso “pensou” em se tornar uma cidade, mas não houve aprovação da câmara de vereadores do município de Maceió. Com a Lei de número 4.952 de 06 de janeiro de 2000, foi elevado a bairro, formado com 80 logradouros, sendo várias avenidas e vários outros conjuntos habitacionais. Além de possuir 06 regiões administrativas, possui área de 24.624 km². O bairro de Benedito Bentes foi o primeiro da capital a ser administrado através de eleição dos próprios moradores de um prefeito comunitário (Fonte: Bairros de Maceió, 2007).

2.2.2. O ACAMPAMENTO PROFESSOR PAULO BANDEIRA

O acampamento Professor Paulo Bandeira é situado no Complexo Bairro de Benedito, mas precisamente, no Bairro de Benedito Bentes II. Ocupa aproximadamente 4.000 metros de área territorial. O local é dividido por núcleos que vão de A ao G. Cada núcleo possui 30 casas. Sendo que cada núcleo tem um coordenador responsável por aquelas famílias. O Acampamento Professor Paulo Bandeira é composto por famílias com filhos, mas também jovens casais, idosos aposentados endividados por aluguel, vindos das cidades do interior de Alagoas, ou de outros cortiços situados na periferia de Maceió.

Existem no local 433 famílias distribuídas em 270 barracos confeccionados de diversos materiais. As ruas são estreitas de terra batida e água empossada por todo lado, vindas das casas. A coleta de lixo é feita esporadicamente, ou seja, semanalmente. O lixo fica espalhado nos quintais das casas e nas ruas. Animais domésticos circulam por todo parte, muitas vezes famintos e apresentando feridas por toda parte do corpo. Usam água potável, mas, no acampamento, não há encanamento de água e nem rede elétrica. Os moradores utilizam-se de “gambiarras” para a manutenção de água e energia elétrica.

Segundo a líder do movimento, a escolha do nome do Acampamento se deu por votação direta de seus moradores, que consideram o ilustre professor Paulo Bandeira, um herói, porque foi ele quem denunciou o desvio de recursos do Fundo Nacional de Valorização

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

e Desenvolvimento do Ensino Fundamental (FUNDEF) de um município próximo à cidade de Maceió. Foi seqüestrado, torturado queimado vivo, em Junho de 2003, o crime teve repercussão internacional devido aos requintes de crueldade sofrido pelo professor.

A seguir apresentamos o encarte colorido do Acampamento com fotos tiradas pela pesquisadora:

Figura 2- Visão geral dos tipos de casas do acampamento de moradores “sem-teto”, Maceió-AL (2009).



Figura 3 – Casa coberta com lona plástica ou folha de amianto, no Acampamento de moradores “sem-teto”- Maceió-AL (2009).



pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Figura 4 – Casa com apenas uma porta, sem ventilação, do Acampamento de moradores “sem-teto”, Maceió- AL (2009).



Figura 5 – Casa com esgoto a céu aberto, do Acampamento de moradores “sem-teto” Maceió-AL (2009).



pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Figura 6 – Casa com lixo a céu aberto, do Acampamento de moradores “sem-teto” Maceió-AL (2009).



Figura 7 – Pocilga localizada no terreno do Acampamento de moradores de “sem-teto”, Maceió-AL (2009).



pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

2.3. SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da nossa pesquisa foram 15 mulheres mães, residentes no acampamento. Há três anos são membros do Movimento Terra, Trabalho e Liberdade (MTTL); aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, após explicações dos objetivos da mesma. Embora a reincidência das falas tenha ocorrido com um número menor de entrevistadas, resolvemos, mesmo assim, ouvir todas as que se prontificaram a participar da pesquisa, dentre eles, a líder do Acampamento e três coordenadoras.

O contato com essas mulheres se deu a partir de uma visita à residência de uma das coordenadoras do acampamento, que se disponibilizou a nos acompanhar nas visitas, por considerar que este é um local “arriscado” e que as mulheres poderiam não se disponibilizar a participar das entrevistas. Demonstrando com isso um receio de que as respostas da entrevista pudessem comprometer para que elas não recebessem as casas.

2.4. COLETA DE DADOS

Realizamos uma entrevista, utilizando um gravador digital, e aplicamos dois tipos de questionários. No questionário de número 1, consta questões fechadas que puderam nos fornecer dados de identificação e a caracterização das moradias. No de número 2, construímos questões norteadoras, que poderão instigar em nós a percepção dessas mulheres a respeito de como se apresentam as suas condições de vida e como lidam com as questões de saúde (APÊNDICE A e B).

Inicialmente, fizemos contato com a líder do acampamento no local para que pudessemos realizar a entrevista, explicamos nossos objetivos e como seria a pesquisa. Logo, a líder teve a disposição e a iniciativa de convocar algumas pessoas que fazem parte da coordenação do acampamento e lhes atribuiu a função de nos acompanhar durante todo o dia da coleta de dados, que se realizou no período de 16 de junho a 17 de julho do ano de 2008.

Com essa atitude, a líder do acampamento nos proporcionou um maior entrosamento com os sujeitos de nossa pesquisa. Mantiveram um comportamento amigável e espontâneo, principalmente quando explicamos a finalidade de nossa visita, o objetivo da pesquisa e o que

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

esperava delas. Informamos que os dados seriam utilizados apenas para pesquisa e que o anonimato dos dados pessoais seriam preservados. As mulheres que aceitaram participar assinaram antes da realização da entrevista um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, ficando uma com a entrevistada e outra com as pesquisadoras (APÊNDICE C).

Antes, porém o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas e foi aprovado na plenária de 18/08/2008, pelo processo de número 006424/2008-94, com base no item VIII. 13, b, da resolução nº 196/96 (APÊNDICE A).

2.5. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Para realizar o tratamento e análise dos dados utilizamos como referencial a análise de conteúdo, elaborada por Bardin. Segundo esta autora, citada por TRIVIÑOS (1992) este método se presta para o estudo “das motivações, atitudes, valores, crenças, tendências”, acrescentando ser este ainda “um conjunto de técnicas de análise da comunicação, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obterem indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens”.

Para MINAYO (1996), a análise do conteúdo, para atingir a compreensão das significações e ultrapassar as tendências quantitativas, relaciona os significados e significantes, articulando “a superfície dos textos descrita e analisada, com os fatores que determinam sua característica: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem.”

Várias técnicas são propostas por Bardin, para análise do conteúdo. Em nosso estudo, estaremos utilizando a modalidade de análise temática que, ainda para MINAYO (1996), constitui uma das formas que melhor se adéqua ao estudo qualitativo em saúde.

Esta modalidade se fundamenta no tema, o qual está ligado a uma afirmação a respeito de um assunto, podendo ser representado através de palavras, resumos ou frases.

Segundo BARDIN, citado por MINAYO (1996), “o tema é a unidade de significação que se libera, naturalmente, de um texto analisado, segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

Fazer análise temática tem por objetivo desvelar núcleos de sentido que aparecem nas mensagens, cuja frequência ou presença tem alguma representação para o objeto estabelecido.

Neste sentido MINAYO (1996) argumenta que:

[...] “ tradicionalmente, a análise de conteúdo se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definidores do caráter do discurso. Ou, ao contrário, qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamentos presentes no discurso”.

Para operacionalização desta proposta, seguimos os passos propostos por Gomes (1996):

- ◆ Ordenação dos dados: transcrição das gravações e releitura do material, organizações dos relatos;
- ◆ Classificação dos dados; elaboração dos núcleos do sentido;
- ◆ Análise final: quando são estabelecidas as articulações entre os dados e as teorias.

Nossa ação em pesquisar nos levou adotarmos o uso de um diário de campo, que é um instrumento a que recorremos em vários momentos da rotina do trabalho e na verdade tornou-se um grande companheiro, onde pudemos colocar as percepções, questionamentos e informações que não foram obtidas com a entrevista, mas que contribuíram para a tradução dos dados, construindo assim, uma riqueza de detalhes que no seu somatório pode unir diferentes momentos da pesquisa. Fizemos uso criterioso do diário desde o primeiro dia de ida ao campo até o último dia de investigação.

3 – RESULTADOS E DISCUSSÕES

Fizeram parte da pesquisa 15 mulheres, que serão denominadas por nomes fictícios de acordo com determinação do Conselho de Ética. Optamos por utilizar nomes de pedras preciosas em alusão às condições de vida, rude e primitiva dessas mulheres do acampamento, e por entendermos serem elas força na luta cotidiana e em condições tão adversas.

Passaremos a seguir a apresentar os dados obtidos da primeira e segunda parte do questionário, onde estão os dados de identidade das mulheres que participaram do estudo, como se pode ver no quadro 1.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

QUADRO 1: CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DAS MULHERES DE UM ACAMPAMENTO DE FAMÍLIAS SEM-TETO, DENOMINADO PROFESSOR PAULO BANDEIRA, NA PERIFERIA DE MACEIÓ-AL (2009).

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

SUJEITOS	IDA	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO	ESTADO CIVIL	Nº DE FILHOS	MORAM EM CASA	TRABALHAM FORA DE CASA	RENDAM FAMILIAR
Jade	17	Fundamental incompleto	Do lar	Solteira	02	06	----	R\$ 465,00 **
Rubi	17	Fundamental incompleto	Do lar	União estável	02	04	01	R\$ 90,00
Ametista	29	Fundamental incompleto	Do lar	União estável	03	05	01	R\$ 400,00
Opala	30	Analfabeta	Do lar	Casada	12	06*	01	R\$ 220,00
Turmalina	33	Analfabeta	Catadora de recicláveis	União estável	10	12	03	R\$ 400,00
Ônix	36	Fundamental incompleto	Catadora de recicláveis	União estável	06	07	02	R\$ 200,00
Cristal	38	Fundamental incompleto	Do lar vendedora	Solteira	02	01*	01	R\$ 200,00
Esmeralda	42	Analfabeta	Do lar vendedora	União estável	05	02*	----	R\$ 176,00 **
Mármore	44	Fundamental incompleto	Do lar	União estável	04	04	02	R\$ 400,00
Diamante	48	Fundamental incompleto	Do lar	Divorciada	02	03	----	Doações
Topázio	55	Estudante-ensino fundamental	Do lar vendedora	União estável	06	02*	----	R\$ 400,00
Quartzo	57	Analfabeta	Do lar vendedora	Casada	05	07	----	R\$ 465,00

pdfMachine
Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!
 Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.
 Get yours now!

02*	----	R\$ 465,00**
04*	02	R\$ 300,00
03*	Aposentada	R\$ 930,00

* Muitos dos filhos moram com outros familiares, fora do acampamento.

**Recebe benefício do Estado.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

A faixa etária das mulheres entrevistadas variou de 17 a 72 anos de idade. Todas realizavam seus afazeres domésticos, tentando assim, trazer a moradia em ordem. Observa-se na pesquisa realizada no ano de 2006 pelo PNAD, somente metade dos homens brasileiros realiza afazeres domésticos (51,4%), enquanto 9 em cada 10 mulheres tinham essa atribuição. Para as mulheres, a saída para o mercado de trabalho não implica deixar tais atividades. Pelo contrário, a participação das mulheres ocupadas nesses afazeres é ainda maior (92%).

Quanto à situação familiar das 15 mulheres, que vivem nestas casas, três são casadas, duas solteiras, oito apresentam união estável e uma divorciada. O número de filhos variou entre dois e doze e nas moradias residem entre quatro e doze pessoas. Pela nossa observação é um número de pessoas muito elevado, em muitas moradias, impedindo condições dignas de vida.

Entre as 15 mulheres, duas possuem um pequeno comércio, dentro do acampamento, onde vendem vários tipos de gêneros alimentícios, outras duas, “recolhem lixo” para ser vendido em fábricas de reciclagem.

Das 15 mulheres, três possuem vínculo empregatício. A renda familiar variou entre 90 reais a dois salários mínimos. Para o PNAD (2006), mães com renda familiar per capita inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo, constata-se que 70% de famílias na região nordeste poderiam ser consideradas pobres, na medida em que viviam com até $\frac{3}{4}$ de salário mínimo per capita, enquanto na região sudeste essa proporção era de 54,4%.

O estudos de Barros et al, (2001), nos mostram que no Brasil, o ritmo de queda da desigualdade de renda nunca foi tão persistente e acelerado, e a renda dos mais pobres vem crescendo em “ritmo chinês”, ou seja, entre 7% e 8% ao ano.

Relatório construído pelo programa das Nações Unidas, para o desenvolvimento de 2007, com dados de 2005, o Brasil está situado em 11º lugar entre os mais desiguais do mundo, em termos de distribuição de renda, superado apenas por seis países da África e quatro da América Latina (CNDSS, 2008).

Em relação ao nível de escolaridade, observamos que, entre as entrevistadas, oitros mulheres possuem ensino fundamental incompleto e sete são analfabetas. Escolhemos os dados da escolaridade, para fazer uma comparação mais detalhada, por considerar que este fator seja a mola propulsora de muitos outros problemas que afetam suas condições de vida.

Segundo o PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008), o analfabetismo era de 17,2% entre pessoas de 15 anos, ou mais, de idade em 2007, o índice caiu para 9,9%, seguindo uma tendência histórica de queda. No entanto, os números ainda continuam altos, um em cada dez brasileiros, com mais de 15 anos de idade, ainda não sabe ler e escrever. Este contingente é de 14,1 milhões de brasileiros analfabetos.

Apesar da queda, o Brasil ocupa a oitava posição dos países da América Latina, com maior índice de analfabetismo.

A região Nordeste é a região que registra mais analfabeto: 19,9% dos brasileiros sem alfabetização, no entanto, é também, a área que teve maior redução da taxa nos últimos 15 anos, reduzindo de 32,7% para 19,9% (PNAD, 2008).

Dados do Estado de Alagoas e de sua capital, Maceió, no censo de 2000 e da PNAD de 2005, mostram que a taxa de analfabetismo também é altíssima, comparada com a média brasileira. São 9,1% de jovens de 10 a 14 anos (a média brasileira é de 3,4%) e 29,3% entre pessoas de 15 ou mais (é de 11,1% no Brasil).

A seguir apresentamos o quadro II, referente aos dados de moradia das mulheres da pesquisa.

QUADRO 2: CARACTERIZAÇÃO DAS MORADIAS DA MULHERES MORADORAS DE UM ACAMPAMENTO DE FAMÍLIAS SEM-TETO, DENOMINADO PROFESSOR PAULO BANDEIRA, NA PERIFERIA DE MACEIÓ-AL (2009).

Sujeitos	Material de construção	Telhado	Nº de Cômodos	Ventilação	Tipos de piso	Animais domésticos
Jade	Madeira, plástico, papelão	Telha de amianto	02	Porta	Cimento	Nenhum
Rubi	Eucatex	Telha de amianto e Tábua	01	Porta	Chão	Nenhum
Ametista	Plástico, metal, brasilite	Telha de amianto	04	Porta	Cimento	Nenhum
Opala	Lona, papelão	Lona	02	Porta	Chão	Cães
Turmalina	Plástico, taipa, papelão	Plástico	02	Porta	Chão	Cães
Ônix	Madeira, plástico	Telha de amianto	02	Porta	Chão	Nenhum
Cristal	Taipa, madeira	Telha de amianto	01	Porta	Cimento	Cães
Esmeralda	Taipa, madeira	Telha de amianto	01	Porta	Cimento, chão	Patos, gato
Mármore	Madeira, plástico	Telha de amianto	01	Porta	Chão	Cães
Diamante	Madeira, plástico	Telha de amianto, plástico	02	Porta	Chão	Gato
Topázio	Madeira	Telha de amianto	02	Porta	Chão	Cães, pássaros
Quartzo	Madeira, papelão	Telha de amianto	02	Janela, porta	Chão	Cães
Safira	Lona, maderite	Telha de amianto	03	Porta	Cimento	Cães
Turquesa	Madeira	Telha de amianto	03	Porta	Chão	Galinhas, coelhos
Ágata	Madeira, plástico, papelão	Plástico, papelão	01	Porta	Chão	Cães

Quanto ao material de construção das casas (QUADRO II) são diversificados, conforme demonstrado na figura 1. Nas casas, os materiais mais utilizados foram a madeira e a lona plástica (Figura 2).

O telhado era coberto, na maioria das casas, com telha de amianto ou plástico (figura 3 e 4) o que provoca muito calor interno. A ventilação era realizada pela porta (figura 5), apenas uma casa possuía janela.

O piso era de chão (terra batida) e os dejetos humanos dispostos em um buraco, dentro ou fora das casas, sem nenhum tipo de saneamento, como demonstram as figuras 7 e 8. Durante a entrevista, percebia-se que as mulheres sentiam-se constrangidas pelo mau cheiro que exalava de uma pocilga (figura 6), bem como, da sujeira que rodeava suas residências, de acordo com a figura 9.

Não existe rede pública de água, esgoto e de rede elétrica. As instalações elétricas são conseguidas pelas moradoras através de “gambiarras” das ruas. É comum encontrar-se casas que ficam o dia todo com as luzes acessas ou com água escorrendo (Figura-7) de torneiras ou canos, decorrente dessa prática. As águas usadas e restos de alimentos, das pias de cozinha, correm a céu aberto (figura-8). Isso além de provocar mau cheiro, propicia a presença de insetos, roedores e mamíferos, como nos informaram algumas mulheres.

A descrição deste quadro, das reais condições de moradia de em que essas mulheres e suas famílias vivem, mostram que há um descaso, em implementar as propostas da Conferência de Alma Ata realizada em 1978 pela Organização Mundial de Saúde, sobre Atenção Básica de Saúde. Por isso, necessita-se de parcerias públicas entre setores ligados ao desenvolvimento da comunidade, como a agricultura, pecuária, alimentos e habitação. Por outro lado, um Sistema Nacional de Saúde que se preocupe com ações de saneamento para comunidade.

Sendo que, estas medidas devem ser executadas pelos governos que têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. As metas principais dos atuais governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial, deve ser a de que todos os povos do mundo atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social (BRASIL, 2001).

A seguir apresentaremos os dados relativos à terceira parte do questionário, ou seja, a abordagem qualitativa da pesquisa.

Através da Análise de Conteúdo das entrevistadas, evidenciaram-se três núcleos de sentido: **1- Onde moro**; **2- Saúde e doença**; **3- Ambiente**. Foram identificados sub-temas nos núcleos que serão apresentados a seguir.

3.1. ONDE MORO

Neste núcleo do sentido, vamos retratar a questão de morar no acampamento e a dificuldade e insatisfação de viver nesta condição, como podemos ler nas falas a seguir:

Jade - “É briga. Não ter casa. Morar num barraco.”

Ametista - “Agente não fica a vontade aqui, fica que é o jeito”.

Cristal - “O que poderia mudar essa pocilga, poderia mudar porque é terrível.”

Esmeralda - “O Problema daqui é que a nós mora aqui né, sofrendo debaixo de telhas de amianto, não tem o canto certo da gente”.

Mármore - “Acho que aqui na minha casa o que eu queria era o piso”.

As mulheres, falam da questão do acampamento e a dificuldade de viver nessa condição. Pode-se perceber que o grande problema são os barracos, que provocam insatisfação, incertezas, frustrações, além da falta de privacidade, e sentem medo devido às constantes brigas que acontecem no Acampamento.

Ainda dentro do núcleo, percebe-se que a solução seria “receber a casa” prometida pelo governo. O recebimento dessas casas, na visão delas, resolveria todos os problemas.

Rubi - “Ter as casas, ir para casa.”

Opala - “Melhorar é eu ir para outra casa.”

Quartzo - “Que todo mundo tivesse suas casas.”

Nestas falas percebe-se que há um “desejo” ligado a uma “necessidade” de segurança, aconchego e a realização pessoal de se ter um local digno e próprio para morar, pois, a necessidade humana é básica e fundamental para a espécie humana.

O termo necessidade é discutido por vários autores, dentre os quais Waidman e Elsen (2004), apontando LEOPARDI (1992), a qual postula “nem sempre, o que move o ser humano para satisfação das necessidades é algo exclusivamente interno, é preciso haver

disponibilidade externas”. Ou seja, segundo os autores é possível afirmar que a necessidade independe da vontade da pessoa, porém depende da possibilidade de conseguir os meios para a obtenção de maneiras para satisfazer essas necessidades.

O pensamento da autora pode apontar que as necessidades são comuns a todos os seres humanos, porém existem especificidades individuais. Como os sentimentos de amor, ódio, inveja e desejo são específicos para cada ser humano, tanto por uma questão fisiológica, quanto por sua relação com o meio ambiente onde vive e por sua cultura. É importante destacar que se trata de pessoas, famílias, e que suas atitudes estão embasadas em suas crenças, sua cultura. Isto reforça a afirmação da autora Leopardi, ao dizer que as necessidades são diferentes para as pessoas.

Na Declaração em Sundsvall (1998), consta que: *“A pobreza frustra o desejo e os sonhos das pessoas de constituírem um futuro melhor, enquanto seu acesso limitado às estruturas políticas solapa as bases de sua autodeterminação”* (BRASIL, 2002)

As casas e demais formas de abrigo constituem junto com as vestimentas, as mais importantes criações da evolução técnica e intelectual, pois foram elas que tornaram a espécie humana mais adaptável, capaz de sobreviver desde o equador aos pólos.

Habitação é, desde tempos ancestrais, o abrigo usado pelo homem para proteger-se das ameaças do meio ambiente e de seu semelhante. Definido como lugar em que se habita, o termo se confunde, uso corrente, com domicílio, residências, moradia, vivenda, casa, apartamento etc.

Segundo a Enciclopédia BARSÁ (1999), a habitação é o “meio ambiente” material onde se deve desenvolver a família, considerada unidade básica da sociedade. Sem esse espaço deduzimos que as relações familiares se tornam ainda mais difíceis, pois seus membros sentem-se desprotegidos e inseguros.

Do ponto de vista dos autores Cohen et al (2006), a habitação se constitui em um espaço e consolidação do desenvolvimento da saúde. A família tem na habitação seu principal espaço de sociabilidade, transformando-a em um espaço essencial, veículo da construção e desenvolvimento da saúde da família. Então, a habitação é entendida como: “... a ação do habitat em um espaço que envolve o elemento físico da moradia (e/ou qualquer ambiente físico construído).

Com essas abordagens se conclui que a moradia é necessária para a preservação da vida. A moradia representa o espaço físico, o lar, a intimidade revelada da vida em família.

Porém, para satisfazer essa necessidade precisamos de um espaço terrestre e este direito depende das tutelas jurídicas que protegem a terra, a da o direito de se ter uma propriedade.

Outro enfoque no que tange a respeito das necessidades do homem é defendido por Abrahan Maslow (1970), que se fundamenta nas necessidades humanas básicas de se ter um abrigo, alimentar-se, vestir-se e amar. Também a necessidade de poder conquistar seus próprios objetivos como parte integrante do universo dinâmico, e como tal, sujeito a todas as leis que regem no tempo e no espaço.

No Brasil, há uma enorme carência de moradia adequada, compreendida aqui não somente como um mero abrigo, mas com infra-estrutura de saneamento básico, serviços urbanos, educação e saúde, são elementos que se ausentes são agravantes, que afetam as condições de vida.

Embora, não somente no Brasil esta questão se apresenta de forma grave, ela é vista como um marco no processo de urbanização em todas as partes do mundo. A questão da habitação no Brasil se identifica com os principais desafios que o atual governo enfrenta para programar o Projeto de Moradia, nas incessantes tentativas de cumprir com o compromisso de equacionar o déficit de moradia no país. Estudos mostram que o déficit habitacional vai aumentar, afirmando que 21 milhões de famílias vão se somar às atuais 6 milhões que vivem sem casa nos dias de hoje, isto até o final do ano de 2020 (IBGE, 2000). A causa desta situação é o déficit que vai se acumulando mais rapidamente do que são feitos os investimentos em novas moradias para as famílias de baixa renda.

Segundo BONDUQUI (2008), o Projeto de Moradia do atual Governo se respalda na diretriz:

[...] um país com os recursos que se dispõe o Brasil não pode admitir que milhões de famílias morem em condições precárias de habitação e infra-estrutura, como em favelas e cortiços.

Ainda para Bonduki (2008), no projeto são tratadas as condições concretas enfrentadas pelo governo, sobretudo no que se refere à política macro econômica, muito mais dura e ortodoxa do que o previsto, e as iniciativas para colocar em prática seu programa urbano e habitacional, onde se destaca a criação do Ministério das Cidades e do Conselho Nacional das Cidades e, mais recentemente, a ampliação dos recursos e das fontes de financiamento e subsídios. Sendo assim, busca-se mostrar os obstáculos e desafios de ordem financeira,

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

institucional e urbana que precisam ser superados para que os objetivos traçados no Projeto Moradia possam ser alcançados.

Assim na atualidade ainda nos deparamos com este grave problema de moradia principalmente nas camadas de população de baixa renda, atingindo grandes e pequenas cidades. As favelas, assentamentos e acampamento surgidos de movimentos sociais são presença inevitável no panorama urbanístico brasileiro. Que inevitavelmente proporciona um descompasso entre o crescimento da população urbana e a capacidade de instalação de infraestrutura necessária para atender a estas demandas.

Esses graves problemas são decorrentes do processo de urbanização, que não trazem geração de empregos suficientes, nem oferta de moradia e infra-estrutura adequada, resultando na ocupação desordenada do solo e na expansão contínua das periferias. Afetando o saneamento básico e o tráfego de transportes coletivos. Com isso, há uma baixa qualidade de vida no ambiente urbano. Principalmente as ocupações coletivas na maioria das vezes são realizadas sem organização social, sendo motivadas pela necessidade humana de um espaço para morar.

Para Lefevre e Lefevre (2004), o processo de urbanização crescente, em decorrência dos processos de globalização e incorporação de novas tecnologias (gerando ondas de desemprego estruturais) decorre de dois fluxos migratórios concomitantes: o êxodo rural (migração do campo para as cidades) e a migração interna inter-cidades (migração de uma cidade para outra). A isto se deve especialmente a luta pela sobrevivência das famílias mais pobres que buscam novas alternativas de vida devido aos avanços globalizantes nos quais estamos vivendo.

Em 10 de dezembro de 1948, foi proclamado pela Assembléia das Nações Unidas, à Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), no art. XX, que inclui o direito à moradia:

Todos têm o direito a um padrão de vida adequado à saúde e o bem-estar da família, incluído alimentação, vestimentas, moradia, cuidados médicos e serviços sociais, bem como o direito à segurança em caso de enfermidades, desemprego, invalidez, velhice, entre outros.

Os direitos humanos são fundamentais a todos, sem quaisquer distinções de sexo, nacionalidade, etnia, cor da pele, faixa etária, classe social, profissão condição de saúde física e mental, opinião política, religião, nível de instrução e julgamento moral. Entretanto, o que se

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

destaca é que o eixo principal da DUDH é o reconhecimento do direito à vida, sem o qual todos os demais direitos perderiam seu sentido (MAGALHÃES e MENEZES, apud GUIMARÃES, 2008).

Para Fontenelle (2007), a situação habitacional não fica apenas exclusiva da realidade brasileira. A tendência mundial à urbanização gera inúmeros problemas associados à falta de moradia adequada para a população em constante crescimento. Com isso, surgem tentativas de solucionar ou minimizar tais problemas, diversos encontros internacionais foram realizados com a intervenção da Organização das Nações Unidas (ONU), nos quais foi ressaltado como direito humano que deve ser assegurado pelos Estados. Este organismo oferece uma Agência responsável por Assentamentos Humanos denominado UN-HABITAT (United Nations Human Settlements Programme).

A Conferência realizada em Vancouver, no Canadá no ano de 1976, e a realizada em Istambul na Turquia no ano de 1996, firmaram importantes Declarações, que reconhecem o direito à moradia. E firmam compromissos e recomendações sobre questões relacionadas aos que vivem em Assentamentos Humanos (AGENDA HABITAT I E II), respectivamente.

Assim sendo, as recomendações e os compromissos firmados na Agenda Habitat I (VANCOUVER, 1976) e a HABITAT II (ISTAMBUL, 1996), foi mencionada pelo autor FONTENELLE (2007), para quem, habitação saudável significa:

(...) adequada privacidade, adequado espaço, acesso físico, adequada segurança, incluído garantia de posse, durabilidade e estabilidade da estrutura física, adequada iluminação, aquecimento e ventilação.

(...) adequada infra-estrutura básica, fornecimento de água, saneamento e tratamento de resíduos, apropriada qualidade ambiental e de saúde, adequada localização com relação ao trabalho e serviços básicos.

(...) que todos esses componentes tenham um custo acessível para todos.

Outras informações, do Centro de Informações Públicas das Nações Unidas, no ano de 2001 apontam que foi criado o Centro das Nações Unidas de Povoamentos humanos (CNUPU), sediado em Nairobi, no Quênia. Este organismo é responsável por coordenar as atividades no domínio dos povoamentos humanos, além de facilitar discussões acerca dos assuntos relacionados a povoamentos humanos e assegurar financiamentos de projetos para o setor urbano e habitacional, em países em desenvolvimento. Além de que não medem

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

esforços para alcançar os objetivos de uma “Habitação Para Todos” e o “Desenvolvimento Sustentável dos Povoamentos Humanos”.

Nessa perspectiva, segundo Magalhães e Menezes (2008), o maior sonho do pobre é ter uma moradia, mesmo que seja em uma favela, ou em assentamentos, ou acampamentos liderados pelos movimentos sociais que lutam pelo acesso à moradia. Por isso, há uma necessidade de incrementar programas que incentivem a construção de um **habitat** saudável, aliado na iniciativa da habitação saudável e da estratégia da atenção primária ambiental, para que juntos possam articular estratégias importantes que poderão influenciar na qualidade de vida dos que vivem na pobreza (COHEN et al 2006).

A luta pela habitabilidade satisfatória é necessária para a dignidade humana. Em nossa pesquisa, ao olharmos para as moradias dos acampados do movimento, não vemos apenas o direito violado, mas também a falta de dignidade humana. O fato é que se negligencia a capacidade de luta dos movimentos “sem-teto”, onde os indivíduos vivem sem emprego, sem educação formal, e lutam com a dureza do dia a dia, tentando fugir da massificação da desigualdade e de todos os problemas sociais, e lutam sobretudo para a efetivação do seu direito à moradia.

Assim, observa-se que a preocupação do governo do Estado de Alagoas, que tenta através da lei nº 6.266 de 20/09/2001, solucionar o problema, criou a Agência Alagoana de Habitação e Urbanismo (AGAHU), vinculada à secretaria coordenadora de infra-estrutura, que assume de forma planejada e articulada o processo de implementação e urbanismo do Estado. A agência tem como ação prioritária a produção de unidades habitacionais para suprir o déficit habitacional do Estado, considerando a função social de habitação. Sendo eixo de uma política de inclusão social, que assegura moradia num conceito amplo, pois no projeto habitacional, não é considerado só necessidade de abrigo, mas alguns outros elementos que são indispensáveis ao homem na complementação de sua moradia como: mobilização comunitária, emprego, preservação ambiental, educação e saúde.

Embora, o governo não meça esforços para solucionar o problema da moradia no Estado de Alagoas, recentemente foi divulgada em um jornal local (Caderno de Alagoas- infra-estrutura e obras, 2009), a promessa de inauguração do primeiro conjunto financiado pelo convênio das 9000 casas, que irá receber 433 famílias do Movimento Terra Trabalho e Liberdade (MTTL), do Acampamento Paulo Bandeira e de outros que fazem parte do

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

movimento, no total de 780 famílias. A obra está orçada em R\$10,6 milhões, recursos oriundos do Fundo de Garantia por tempo de serviço (FGTS), e já possui mais de 90% de seus serviços executados e mais de 700 casas já estão cobertas.

As últimas notícias divulgadas pelo jornal local me impulsionaram a fazer uma visita “surpresa” ao Acampamento, para ouvir dos moradores quais seriam suas expectativas em relação ao recebimento das casas. Em conversas informais, pelas ruas estreitas, alguns relataram que acreditam que em breve receberão as casas, outras pessoas acreditam que receberão as casas no mês de Abril... Outras ainda acreditam que receberão as casas em Junho... Julho ou Novembro de 2009. E outras garantem com certeza, que as casas saem ainda neste ano. Percebe-se nas falas que ainda há esperanças!

O próximo núcleo de sentido refere-se ao significado do processo saúde – doença.

3.2. SAÚDE E DOENÇA

Nesse núcleo do sentido, verifica-se que as mulheres acreditam que para ter saúde é necessário ter uma boa alimentação, higiene, trabalho, atendimento médico e medicação. Tais idéias podemos identificá-las nas falas a seguir:

Opala - “Saúde... como assim... saúde, é tá melhor, não tá doente, ter tudo de bom dentro de casa, comer tudo melhor”.

Turmalina - “Ter saúde para mim significa uma boa alimentação que às vezes falta”.

Cristal - “Ter saúde é sei lá, não ter doença, não ter nada que prejudica o trabalho, digamos eu só tenho minhas pernas, meus braços completos. Prá mim só amanhecer o dia e ver o dia é uma grande alegria prá mim é saúde bastante(risos)... Entendeu”.

Esmeralda - “Saúde é a principal de todas, a gente sem saúde não é ninguém. Que nem eu agora não sou ninguém, não posso trabalhar”.

Diamante - “Ter saúde..., desculpe.... ter saúde é tomar banho, fazer nossas comidas bem limpinhas, manter nossas casas bem limpinhas”.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Identificamos nesse núcleo de sentido, através destas falas, temas que revelaram um corpo de conhecimentos acerca do processo de saúde e doença, que poderá ser traduzido especificamente como uma forma de pensar, sentir e agir, relacionando-as com o contexto social no qual vivem há mais de três anos.

Para esse entendimento o autor Bydlowski (2004), acredita que vem sendo gestado outras formas de pensar e agir em saúde desde 1948, Na Conferência de Alma-Ata, foi enfatizado que saúde é um estado de completo de bem estar físico, mental e social; na I Conferência de Promoção de Saúde, em Ottawa, 1986, discutiu-se que para atingir este estado de completo bem-estar, os indivíduos e grupos devem saber identificar suas aspirações, satisfazer necessidades e modificar seu meio ambiente (BRASIL, 2002).

A quarta Conferência Internacional de Promoção de Saúde, realizada em Jacarta oferece uma visão e um enfoque de se recorrer à mais ampla gama de recursos, para enfrentar os determinantes de saúde no século XXI. Surgindo, com isso, novos desafios para se assegurar a Saúde: paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade (Brasil, 2002).

Para o conhecimento dos determinantes de saúde do processo saúde e doença, segundo Gomes e Aguiar (2006), associam-se às concepções que explicam o mundo, os costumes, os valores e as crenças da sociedade em que é gerado, refletindo o pensamento dominante em dado momento histórico. Essa concepção hegemônica pode coexistir com outras formas de explicar e lidar com o processo saúde-doença em cada contexto.

Para PORTO (2001), a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) de “completo bem-estar...” ampliou a noção tradicional de saúde, incorporando outros elementos para a conceituação de uma situação que depende não só da higidez biológica, mas também de um estado de equilíbrio psíquico e das relações sociais do indivíduo.

Este mesmo autor defende que nesta concepção, um padrão ideal de saúde individual é bastante relativo e de difícil mensuração, uma vez que ele dependerá do contexto socioeconômico e cultural existente na comunidade. Assim, Porto (2001), diz que o conceito deve ser entendido como: *“um processo dinâmico sujeito às influências de múltiplos fatores, favoráveis ou não à ocorrência e evolução de uma determinada entidade mórbida”*.

A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que elas fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. Além de ser um direito humano fundamental para o desenvolvimento social e econômico (BRASIL, 2002).

Também percebemos nas falas dos atores sociais a associação de que a saúde é a ausência de doença e de que é impossível falar de saúde sem falar de doença. Porém, acreditamos que saúde é um bem maior e um processo multidimensional, envolvendo as dimensões físicas, psíquicas, sociais, ecológicas e espirituais. Acreditamos também, que a valorização do conhecimento popular e a participação social, decorrente deste conhecimento, certificam que estão na base da Promoção de Saúde e do desenvolvimento humano sustentável.

Desta maneira, a saúde e a doença trabalham com fatores determinantes internos e externos e representam os respectivos campos a que centralmente se referem ao (desenvolvimento, ambiente, saúde, aglomerações humanas e produção coletiva de bens e serviços), o que evoca a ação intersetorial para o enfrentamento dos problemas identificados (BUSS, 2003).

No enfoque de Lefèvre e Lefèvre (2004), a saúde deve ser chamada de saúde positiva, pois consideram que o modo atual de se conceber a saúde (em que ela é vista negativamente como ausência de doença) é inadequado, incorreto ou insuficiente, porque revela uma visão fragmentada e reducionista, tendo como base um modelo estreitamente biomédico.

Na estratégia de Promoção de Saúde, se busca uma atitude positiva a este modelo negativo de conceber saúde, a visão positiva apontaria para uma percepção ampliada, integrada, complexa, intersetorial, relacionando saúde ao meio ambiente, ao modo de produção, ao estilo de vida (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004).

Para algumas mulheres, a saúde aparece como um dos elementos mais importantes de suas vidas, sem a qual a pessoa não pode trabalhar. Parece-nos que com saúde, a pessoa pode enfrentar qualquer dificuldade que se lhe apresente. Na suas falas, observa-se a dimensão física do processo saúde e doença, isto é, a pessoa precisa estar bem fisicamente ter força para trabalhar, desta forma ela sente-se saudável como nos mostra a seguinte fala:

Turquesa -“Ah... ter saúde é bão, que agente tem animação, quer trabalhar. Porque se não tem saúde não pode trabalhar, fazer nada e pronto. Sem saúde não é nada, desmorona tudo”.

Também nota-se um desejo de que os filhos também tenham saúde e assim demonstram com isso, que na saúde há necessidade de interação com a família e o meio social:

Ametista -“Importante, importante ter saúde, os meus filhos, eu também”.

Ainda neste núcleo, a saúde está relacionada com um estado de bem-estar, de felicidade, de animação, para exercer suas atividades, demonstrando manifestações afetivas, estando associada à capacidade de produção, mas também para algumas uma enorme alegria de viver, como o expresso nesta fala:

Safira -“Ah... significa muita coisa....ser feliz. É maravilhoso ter saúde em primeiro lugar... depois vem o resto”.

Na dimensão psíquica do processo saúde-doença, aparecem sentimentos de prazer e satisfação. Podendo assim se destacar que a saúde passa por um estado de espírito, de sentir-se bem e de se ter muita felicidade.

Dentro desta perspectiva da felicidade, a saúde é apontada também como elemento fundamental, ao mesmo tempo, para a qualidade de vida e a paz entre as nações, *“a promoção e a proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial”* (Brasil, 2002).

A concepção de saúde ainda é um dom de Deus, mesmo que tenham poucos recursos financeiros, a fé sustenta esse lado espiritual e as faz acreditar que são sadias.

Cristal -“Ah... prá mim ter saúde significa ser bem de vida , graças a Deus não ter problemas na vida.

O processo saúde-doença é complexo e permeia várias interpretações, principalmente no que se refere à pessoa dotada de diversidades, por ser única, e capaz de ser e ter liberdade de ações e pensamentos.

Corroborando com outros enfoques, podemos relacionar o sentido subjetivo das falas, com a teoria proposta por Maslow (1970), ou seja, a teoria das Necessidades Humanas Básicas, onde o homem é motivado pelas necessidades organizadas numa hierarquia de relativa prepotência. Isto significa que a necessidade de ordem superior surge somente quando a de ordem inferior foi relativamente satisfeita. Pois, sabe-se que o homem é um ser dotado de necessidades, assim que uma de suas necessidades é satisfeita, surge outra em seu lugar. Este processo é infinito, é contínuo, desde o nascimento até a morte.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Ainda Maslow (1970, p.15) diz:

[...] esta teoria parte do princípio de que todo ser humano tem necessidades comuns que motivam seu comportamento no sentido de satisfazê-las. E que os ser humano, como está sempre buscando satisfações, quando experimenta alguma satisfação em um dado nível, logo se desloca para o próximo e assim sucessivamente.

Este autor em sua teoria classifica hierarquicamente as necessidades básicas em cinco níveis, tais como: 1- Necessidades fisiológicas; 2 - Necessidades de segurança; 3 - Necessidade social; 4 - Necessidades de estima; 5 - Necessidades de auto-realização.

Percebe-se que uma necessidade fisiológica diretamente relacionada à existência e à sobrevivência, associa-se à necessidade fisiológica de alimentos para manutenção da saúde. Demonstrando, com isso, um comportamento da pessoa que quando se encontra insatisfeita, além de ser dominada por tal necessidade, sua visão de futuro fica limitada, determinada por tal necessidade (MASLOW, 1970).

Dentro da necessidade de segurança, está elencada a proteção individual contra os perigos e ameaça que afetam a saúde. Sente a necessidade de limpeza do local onde moram, o acesso aos serviços de saúde e a necessidade de trabalho, levando a pessoa a uma dependência com a organização e as incertezas ou inseguranças afetam o convívio na comunidade e no trabalho.

Percebemos também que a necessidade de afeto e a necessidade de pertencimento, como amizades, relacionamentos sociais com os profissionais de saúde. E conjuntamente a necessidade de estima, buscando a auto-satisfação, caracterizando a dignidade, igualdade, respeito e oportunidades, podendo resgatar sua satisfação que conduz a sentimentos de autoconfiança, valor, força e capacidade. Também, a possibilidade de trabalhar e afastar as oportunidades de ser tomada pela doença. Portanto, o nível mais alto é a necessidade de auto-realização, estando diretamente relacionadas à realização integral do indivíduo. Enfim, o estado de atingir plenamente o potencial e de ter a capacidade de enfrentar os problemas e lidar de maneira realista com as situações que a vida lhes traz.

Segundo Regis e Porto (2006), desenvolvendo suas potencialidades como a de manter um local limpo, arejado, sobretudo a tendência plena de desenvolver seu potencial de colaboração, o desejo da pessoa de tornar-se sempre mais do que é e de vir a ser tudo que pode. Neste sentido os autores afirmam que:

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Un músico tiene que hacer música, un artista tiene que pintar, un poeta tiene que escribir, si quieren estar en paz con sus respectivas personalidades. Un hombre tiene que ser lo que puede ser” (REGIS E PORTO, 2006)

Então, a necessidade de auto-realização não se extingue pelo pleno ato de saciar. Quanto maior for a satisfação vivida, tanto maior será e mais importante permanecerá sua necessidade. A clareza desta necessidade, foca nas satisfações anteriores das necessidades fisiológicas, de segurança, de amor e estima.

Segundo George (1993), a teoria das necessidades humanas básicas acentua a capacidade que os homens possuem de sobreviver no contexto de quão bem essa necessidade é satisfeita. Um ambiente que dá muito apoio às necessidades psicológicas básicas do ser humano é fundamental.

Existem pré-condições para que as necessidades básicas sejam atendidas, são elas: liberdade de falar, de expressar-se, investigar e informar-se, liberdade de se defender e buscar justiça, equidade, perante uma sociedade de bens e serviços. Assim, explica o autor desta teoria, que o comportamento é motivado pelas necessidades a que ele deu o nome de Necessidades Básicas (MASLOW, 1970).

Após esta análise, baseada nas necessidades humanas básicas de Maslow, as mulheres de nossa pesquisa nos proporcionaram em seus relatos a construção de uma síntese que culminam com Teoria das Necessidades Humanas Básicas:

1. O princípio mais importante da vida motivacional é a necessidade de ter uma boa alimentação para que possam ter saúde;
2. O comportamento dessas mulheres está determinado pelas necessidades básicas e, concomitantemente, motivadas por elas;
3. Existem pré-condições para que as necessidades sejam satisfeitas;
4. Quando uma necessidade é atendida parcialmente ou totalmente a outra aparece em seguida;
5. Uma pessoa insatisfeita é uma pessoa doente;
6. As insatisfações das necessidades básicas, com o passar do tempo podem fazer surgir patologias graves;
7. A não satisfação das necessidades leva o indivíduo a não desenvolver suas potencialidades.

Sabemos que não é a única teoria que explica o comportamento humano, observamos que nem todo comportamento determina as necessidades básicas, pois, são em grande parte inconscientes, por outro lado, os fatores sócio-econômicos, culturais, ambientais, influenciam na forma como essas mulheres buscam satisfazer suas necessidades básicas.

Ainda dentro deste núcleo de sentido, vamos encontrar mais especificamente a doença dentro da visão do modelo biomédico onde é considerada a ausência de saúde, as mulheres procuram os serviços de saúde para serem consultadas, ou para levarem seus filhos doentes como a encontrada nestas falas:

Ametista -“Procuro o posto de saúde”.

Turmalina -“Às vezes, agente vai ao posto, e nem sempre somos atendidos”.

Cristal -“Ah... logo agente chama a Samu”.

Esmeralda -“Olha o que eu faço é levar ao pronto socorro”.

Safira -“É tem que levar ao médico imediatamente para fazer alguma coisa”.

Pelas falas percebe-se que elas usam de estratégias comuns de enfrentamento das doenças, percorrendo unidades de saúde. Percebemos que essas atitudes dependem da gravidade dos quadros de doenças apresentados, estando suas ações relacionadas ao processo de saúde e doença no modelo médico, curativo.

Quando não recorrem ao serviço de saúde, se utilizam de medicamentos já conhecidos ou chás caseiros:

Ametista -“Prá mim compro anador, para os meninos paracetamol”.

Diamante -“Procuro remédio do mato, sabugueiro, eucalipto. Têm tanto mato”.

Topázio -“Uso às vezes chá de erva doce, canela e dipirona.”

Safira - “Quando eu conheço a doença eu dou o medicamento próprio”.

Compreendemos que, neste milênio o cuidado tornou-se, crescente, o cerne da ,promoção humana, pois, o que buscamos, atualmente, é o modelo holístico em saúde, apesar de que, ainda, as ações de cura, dentro de um paradigma exclusivamente clínico, não dão conta da complexidade das inúmeras relações no processo de adoecimento, de isolamento social e dos riscos do entorno (BARROSO et al, 2006).

Este modelo, que se iniciou no século XVII, veio consolidando-se na ciência e na técnica, evoluindo à medida que se desenvolvia o conhecimento biológico. Porém, de modo geral, a medicina é vista como uma atividade intimamente ligada ao exercício do poder profissional e o controle sobre a saúde e a doença, em detrimento das próprias pessoas.

Para os autores Pagliosa e Ros (2008), o acesso à saúde das pessoas e comunidades é considerado um direito social, devido ao acesso às informações em saúde e da conscientização das pessoas. Com isso, houve mudanças nas expectativas e exigências da população, quanto às condições de oferta dos serviços, trazendo modificações importantes nas relações entre os profissionais que compõem a equipe de saúde.

Observa-se nas falas dos atores sociais da pesquisa que há uma predominância do modelo hegemônico de saúde, seguindo a visão médica tradicional formada durante o período evolutivo da medicina, caracterizando os fatores biológicos como causa das doenças que, por sua vez, determinam os modos de tratamento (no caso exclusivamente médico).

Para Lefreve e Lefreve (2004), o permanente deslizamento da doença para o doente, faz com que a doença seja entendida e atendida ou, mais precisamente, é entendida para-ser-atendida, deslizando-se e fixando-se, ao final desse processo, na figura, cada vez mais individualizada, do doente, “cada corpo é um corpo, ver o caso dos medicamentos personalizado”, objeto da intervenção tecnológica, porque tal doente é, também, e, sobretudo, sujeito consumidor desta tecnologia, num mercado de compra e venda de produtos e serviços tecnológicos (medicamentos, cirurgias, exames, etc.) , ainda hoje ditos de saúde.

Para Budlowski et al (2004), a saúde não é considerada apenas ausência de doença, é um estado de bem-estar, com ampla determinação. Porém, diz o autor, no modelo biomédico de atenção a saúde, ter saúde, significa não estar doente, não ter aparência de doente e não necessitar de medicamentos. A indústria de medicamentos, distribuidoras de produtos e de tecnologias médicas, os profissionais e as populações, principalmente, as de baixa renda, incorporam uma exigência da manutenção do modelo de atenção à saúde voltada para o modelo biomédico, com base hospitalar, pois vêm, neste sistema, a única forma de manter e recuperar seu estado de saúde.

Sendo assim, a questão de tratamentos para redução das doenças é assistencialista, não atuando nas causas dos problemas contextuais e sim, nos interesses do poder hegemônico de saúde, voltados no quadro curativo, medicalizante e de tecnologias de alto custo, promovendo

uma total exclusão social, dificultando o acesso aos serviços de saúde para a população de baixa renda (BUDLOWSK, et al 2004).

Para Mussi (2003), o modelo biomédico é geralmente aceito, estando seus princípios básicos tão arraigados em nossa cultura que se tornou modelo popular dominante de doença. As pessoas não compreendem seu organismo, pois foram condicionados a acreditar que só o médico é que sabe o que os deixou doentes e que somente a intervenção médica os deixará “sãos e salvos”.

BARROSO et al (2006), dizem que as ações de cura dentro do paradigma do modelo biomédico não dá conta da complexidade das inúmeras relações do processo de adoecimento, como o isolamento social e dos riscos do entorno dos bairros e cidades como é o caso da violência. Todavia, é necessário uma reflexão sobre a prática social do profissional de saúde no curso desta modernidade, intensificando o olhar para o cuidado por meio do qual poderão conduzir à mudança no indivíduo, no grupo ao qual ele pertence, e na coletividade.

O autor Marcondes (2004) reforça que a ampliação do conceito de saúde é fundamental, para a constituição de um campo de conhecimentos e práticas para a promoção, parte do reconhecimento da insuficiência do modelo biológico, da tecnologia médica e do foco exclusivo no risco individual para responder aos processos de saúde e doença.

Neste sentido, segundo o mesmo, a própria idéia de processo aborda a saúde e a doença, numa relação dinâmica, na qual interagem elementos de agressão e defesa, tanto interna, como externos ao organismo, em uma permanente instabilidade que desencadeia novos ajustes a todo instante. Portanto, além da saúde não se constituir numa ausência de doença, uma vez que ambas interagem constantemente, não é possível estar definitivamente saudável ou totalmente doente. Pois, sabe-se que esta relação se dá para além das fronteiras internas do organismo, cujas relações sociais e o meio externo se somam às características imuno genéticas individuais.

Assim, podemos considerar a afirmação de Budlowski et al (2004), em que variações naturais ou biológicas, ou a livre escolha de comportamento de risco, não podem ser consideradas causas de iniquidades. Mas, quando comportamento de risco ou exposições a situações de vida e trabalho insalubres ocorrem por falta de opção da população ou, além disso, quando o acesso aos serviços públicos é inadequado, caracteriza-se como iniquidade. Além do indivíduo não ter oportunidade de escolha, há uma total falta de controle sobre a situação em que se encontram.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Ainda nesse núcleo de sentido, esperava-se encontrar referências à fé religiosa para a cura, ou às benzedeadas, mas podemos notar que no acampamento não há cultos religiosos e em nenhum momento essa questão foi citada.

3.3. AMBIENTE

Neste núcleo de sentido procurou-se conhecer a visão das mulheres com relação aos problemas de saúde que elas identificam como sendo devido ao meio ambiente do acampamento. Algumas delas conseguiram identificar e relacionar doenças e ambiente, como se pode observar nas falas a seguir:

Rubi –“Não sei não... eu acho que esse mato que existe ai. Têm bichos, besouros.

Ametista –“Quando chove é um lameiro tá, enche de lama... vem àquela coisa de esgoto, água escorrendo, aqui abafado, uma quentura. Acho que também influi”.

Turmalina –“Quando eu vivia de aluguel, eles não ficavam tão doentes”.

Mármore –“Tá no lixo, na lama”.

Cristal –“Só diarréia e virose”.

Topázio –“Uma gripe, uma como é.... virose, conjuntivite”.

Esmeralda –“Viver aqui debaixo da lona, água correndo prá todo canto sem banheiro sem nada”.

Cristal –“O problema também é sobre o lixo, o saneamento aqui é horrível, o lixo fica exposto no chão, para poder vir pegar tem que reclamar muito”.

Safira –“As doenças de pele são as mais freqüentes”.

Nestas falas as participantes revelam seu imaginário sobre as causas das doenças e expressam suas concepções sobre a influência do meio ambiente na comunidade o que lhes permitiu a formação de um conceito sobre doença baseado no senso comum.

O paradigma do ambiente, a dimensionalidade de ordem física, social, psíquica, espiritual e ecológica são envolvidos no processo saúde e doença e nota-se estar presente nas falas das mulheres. A noção de ser acometidas por doenças, tendo como causa o meio em que

vivem, demonstra sentimentos, que são percebidos pelo tom de voz, a indignação por viverem no acampamento.

Percebe-se nas falas, a preocupação com a situação de insalubridade das casas e das ruas que rodeiam o acampamento, e apresentam-se com uma enorme quantidade de lixo espalhado, com esgoto a “céu aberto” devido à falta de infra-estrutura de redes de esgoto. Além das casas serem construídas com materiais que não garantem o conforto e a proteção contra as intempéries da natureza.

Essa concepção de saúde, para CAMPOS et al(2005), os atores sociais, não pode estar, de maneira nenhuma, separada de quaisquer aspectos da urbanização e de seu contexto socioambiental. Isso significa avançar na direção de uma concepção sócio-ecológica de saúde, que possa apreender as relações entre os múltiplos fatores envolvidos, sejam eles do tipo individual, relacional, sociocultural ou ambiental.

O crescimento da população, vivendo nas cidades, é apenas uma das faces da urbanização, que produz um conjunto de conseqüências que têm impactos importantes na saúde humana, tais como: moradia construída em áreas de risco e falta de saneamento, lixo a céu aberto, poluição atmosférica.

Assim sendo, quer-se dizer que, nas cidades, os impactos da urbanização são importantes meios para atacar a saúde humana. A transmissão por agentes infecciosos, devido à falta de higiene, à miséria, à fome, à prostituição, são alguns dos fatores que interferem no setor saúde é, e sempre será, o repositório das conseqüências no âmbito individual e coletivo. Na realidade são determinados pela ausência ou presença não operativa das políticas envolvendo, também, os outros setores.

Então, com esses argumentos, concluímos que essa justificativa, não estabelece rivalidades ou competições, mas indica interconexões dos distintos setores da vida pública e da extrema necessidade de se construir pontes e cooperações.

Para o autor Gouveia (1999), a Organização Mundial de Saúde (OMS), define Saúde Ambiental como “as conseqüências na saúde, da interação entre a população humana e o meio ambiente físico natural e o transformado pelo homem e o social”.

Todavia, a saúde ambiental pode ser entendida apenas como os agravos à saúde devidos a fatores físicos, químicos e biológicos, mas diretamente relacionados com a poluição, o que atribui um caráter eminentemente ecológico ao processo saúde e doença.

Os grandes centros urbanos apresentam conseqüências ambientais profundas, há uma degradação do meio ambiente pelo homem, principalmente, em países em desenvolvimento, como no caso do Brasil, onde a urbanização ocorre de maneira rápida, na maioria das vezes, de forma não planejada, não controlada e, principalmente, não financiada (GOUVEIA, 1999).

Neste sentido, observa-se que a urbanização desenfreada ultrapassou a capacidade financeira e administrativa dos grandes centros que se deparam com esse processo de urbanização, dificultando o provimento de infra-estrutura e serviços básicos de água, saneamento, coleta e destinação adequada de lixo, serviços de saúde, além de empregos e moradia, impossibilitando, com isso, a seguridade e o controle do meio ambiente saudável para toda população (GOUVEIA, 1999).

Para tanto, os menos favorecidos residem nas periferias dos grandes centros urbanos, vivendo em condições inadequadas de moradia, sem acesso aos serviços de saúde, expostos a materiais que trazem contaminação ao meio ambiente típico do desenvolvimento, como poluição por produtos químicos, contaminados e a poluição atmosférica.

Nesta pesquisa, pode-se observar que as moradias do acampamento são de péssima qualidade. Com isso, a saúde das mulheres e de seus familiares é, consideravelmente, afetada. A temperatura dentro das casas é insuportável, a umidade, existência de mofo, a falta de ventilação, o grande adensamento de pessoas, por conforto, infestação de insetos e roedores, alto nível de ruído, são fatores potenciais de risco a saúde.

Para Marcondes (2004), não é por acaso que a Carta de Ottawa, em 1986, ao defender a equidade sanitária, fez referências à promoção dos “meios que permita a toda população desenvolver ao máximo seu potencial de saúde”. E acrescenta que esse máximo potencial de saúde, sugere um alinhamento da Carta à idéia de saúde e doença, como um processo, o que indica um avanço em relação ao importante documento anterior, produzido em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, diz que a saúde é o “*estado de completo bem-estar físico, mental e social*”.

Esse debate sobre a relação dessas expressões “potencial” em Ottawa e o “completo” de Alma-Ata sugere importantes implicações conceituais que adquirem nitidez ao longo dos anos sem, contudo, perder de vista o ponto fundamental, defendido por Marcondes (2004): *a saúde envolve os demais setores da sociedade além do setor médico e dos demais profissionais de saúde.*

Neste sentido, houve avanços no movimento da Promoção de Saúde que trazem, para os profissionais de saúde, envolvidos com as questões da qualidade de vida, uma nova forma de pensar e de agir, cuja principal preocupação deve ser o desenvolvimento do ser humano, em um mundo saudável (BYDLOWSKI, 2004).

As estratégias de Promoção da Saúde atuam na democratização das informações e no trabalho conjunto de toda a população, governos, instituições privadas, universidades. Essas estratégias envolvem a descentralização do poder, ações interdisciplinares e multidisciplinares e a intersetorialidade, além da indispensável participação popular, com a elaboração de políticas públicas, o exercício da cidadania tendo, com isso, o empoderamento da população para que exerçam o controle de seu destino e a promoção da melhoria das suas condições de vida.

Outras estratégias organizadas pela Promoção de Saúde visam à organização dos espaços urbanos dos seguimentos populacionais que ali habitam. Então, há necessidade da incorporação do movimento de “Cidades Saudáveis”, surgido na década de 1970 e definida em 1986, por Hancock e Duhl, citados por Lefevre e Lefevre (2004, p109), como: *“aquela que está continuamente criando e melhorando o ambiente físico e social, fortalecendo os recursos comunitários que possibilitam às pessoas se apoiarem mutuamente no sentido de desenvolverem seu potencial e melhorarem sua qualidade de vida”*.

Na realidade do acampamento, com relação ao lixo espalhado e já citado anteriormente, observou-se que os próprios moradores trazem lixo das ruas para aproveitarem materiais e cobrirem suas casas e também selecionarem aqueles que serão vendidos como recicláveis, garantindo assim, sua sobrevivência. O lixo que não é aproveitado fica em depósitos descobertos, ou ficam espalhados no local, ou entulhado em valas entre uma casa e outra, ou mesmo nas ruas, ocasionando sérios problemas, como entupimentos de bueiros, provocando, na época das chuvas, ruas alagadas, destruição de áreas verdes, mau-cheiro, proliferação de moscas, aparecimento de baratas e ratos. Toda essa situação traz graves conseqüências, diretas ou indiretas, para a saúde.

Para os autores Silva et al (2006), o viver, enquanto processo, é um contínuo aprendizado, em todas as fases da vida, desde o nascimento até a morte e sofrem interferências dos hábitos diários. Para alcançarmos um viver saudável as ações de prevenção e manutenção da saúde são importantes. Bem como, outros aspectos, tais como, o econômico, o político, o social e o cultural.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Na conferência sobre Promoção de Saúde, realizada em Sundswall (1991), é destacada a possibilidade de se promover saúde, atendendo aos aspectos físicos e sociais. O termo “ambientes favoráveis” aos espaços nos quais as pessoas vivem: a comunidade, suas casas, seu trabalho, sua renda, etc. Incluído o acesso aos recursos para viver e as oportunidades para o enfrentamento das decisões. Baseados nos contextos, as ações podem favorecer a ambientes favoráveis e promotores de saúde, intrinsecamente ligados a interações dinâmicas e coordenadas nos níveis: local, regionais, nacional e mundial, para o alcance da sustentabilidade. Na Conferência foram destacados quatro aspectos para o ambiente favorável e promotor de saúde (BRASIL, 2002):

- 1- Na *dimensão social* estão incluídas as relações sociais que estão mudando e podem ameaçar a saúde, o isolamento social, a perda de significados e propósitos coerentes de vida ou a perda de valores tradicionais e da herança cultural.
- 2- A *dimensão política* requer a garantia dos governos e a participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades. Como também, o compromisso com os direitos humanos, com a paz.
- 3- Na *dimensão econômica* se propõe recursos para o alcance da meta “Saúde Para Todos no Ano 2000” e o desenvolvimento sustentável com tecnologia segura e correta.
- 4- A *valorização da capacidade e do conhecimento de mulheres* em todos os setores, inclusive os setores políticos e econômicos, para que possam desenvolver uma infra-estrutura mais positiva para ambientes favoráveis à saúde.

O ambiente favorável pode ser realizado com o envolvimento da comunidade, tendo total acesso à educação, alimentação, moradia, apoio e atenção social, trabalho e transporte. São meios facilitadores para obtenção de condições de vida mais favoráveis, com isso, há aumento de alternativas para realizar capacitações e melhor desenvolvimento de suas potencialidades para a promoção de ambientes favoráveis e promotores de saúde.

Várias outras estratégias foram citadas na conferência de Sundswall, visando a ambientes favoráveis na comunidade como um reforço para a defesa das propostas de ações comunitárias organizadas por mulheres; capacitação da comunidade e indivíduos a ganhar maior controle sobre sua saúde e ambiente, através da educação e maior participação nos processos de tomada de decisão; construir alianças para a saúde e os ambientes favoráveis, de maneira a reforçar a cooperação entre as campanhas e estratégias nas áreas de saúde e do ambiente; mediar os interesses conflitantes na sociedade, de modo que se possa assegurar o acesso igualitário a ambientes favoráveis à saúde (BRASIL, 2002).

Todavia, se reconhece que para se executar essas estratégias, a educação é um elemento chave e fundamental, assim como, para realizar mudanças políticas, econômicas e sociais para tornar a saúde possível para todos. A educação deveria ser acessível a todos, durante toda a vida, e baseada nos princípios da igualdade e o respeito à cultura, classe social e gênero.

Portanto, para se construir uma consciência sócio-ecológica, o “urbano” precisa ser compreendido de maneira holística para que a “ele” se agregue toda a sua complexidade. Só assim se conseguirá uma ação sócio-ecológica com um marco de abrangência conceitual, subjetiva, relacional e política da dimensão urbana (CAMPOS, 2005).

Para tanto, consta no documento (BRASIL, 2002), que na conferência de Sundswall, “Ambientes Favoráveis à Saúde”, conclama que todos os povos, nas diferentes partes do globo, devem se engajar, ativamente, na promoção de ambientes mais favoráveis à saúde. Nesta conferência, se identifica a situação de milhões de pessoas que vivem em extrema pobreza e privação, em um ambiente altamente degradado, insalubre, que ameaça, cada vez mais, sua saúde, fazendo com que a meta da Saúde Para todos no Ano 2000 torne-se cada vez mais difícil de ser atingida.

Diante dessas prerrogativas, acreditam que o caminho a ser seguido seja o de tornar o ambiente-físico, social, econômico e político, cada vez mais propício à saúde. Porém, para que isso ocorra, é necessário que haja recursos comunitários ao alcance de todos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito adotado pela Organização Mundial de Saúde de que “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”, parece-nos longe de ser realidade, mas, simbolizando um compromisso e um caminho a ser seguido. A idéia de uma saúde ótima possivelmente é inatingível e utópica, já que a mudança, e, não a estabilidade, é predominantemente na vida.

Saúde não é um estado estável, que uma vez atingida possa ser mantida. A própria compreensão de saúde tem alto grau de subjetividade e determinação histórica, na medida em que os indivíduos e sociedade consideram o que é ter ou não ter saúde, dependendo do momento histórico, do referencial e dos valores atribuídos a uma determinada situação.

A pesquisa realizada nos fez constatar a realidade apontada pelas representações mundiais WHO E OPAS (1998), sobre a grande desigualdade nos níveis de saúde que existe entre os povos e, mesmo, dentro de um mesmo país.

O acampamento de “sem-teto” nos apontou para uma realidade de exclusão social, em quase todos os níveis da sociedade, mas especialmente na de saúde e infra-estrutura, deixando as pessoas que ali vivem em precárias condições de vida.

A princípio, pensávamos que sabíamos o que era viver em condições desfavoráveis de vida, mas a realidade tem cores muito mais fortes, não imaginamos como é viver em uma casa que, em dias de chuva, entra água por todos os lados e nem como se consegue dormir em uma casa tão abafada, que não possui janelas.

Neste cenário do acampamento, as mulheres, sujeito de nossa pesquisa, e alguns outros moradores, e suas famílias, nos mostraram um lado de grande desigualdade social e do total descaso com os indivíduos cidadãos, vivendo há mais de três anos a espera de receber as moradias prometidas pelo governo, mas, enquanto esperam, ficam expostos ao ambiente insalubre, comprometendo seu estado de saúde.

Ao conhecer essa realidade observamos os semblantes de angústia, de indignação e, ao mesmo tempo, de alegria de nossos atores sociais, quando falam da casa que vão receber é realmente um importante aprendizado para nossa atuação como profissionais de saúde, embasados em muitos conceitos que, socialmente, ainda estão sendo construídos.

A opção pela pesquisa qualitativa foi importante para que pudéssemos vivenciar este universo do acampamento durante a coleta dos dados, podendo ouvir nossos entrevistados e conhecer sua visão, seu modo de sentir o ambiente e a relação deste com a saúde e a doença. Constatamos a partir das entrevistas e, posteriormente, na análise de suas falas, três núcleos temáticos: onde moro, saúde e doença, ambiente.

Percebemos como a necessidade humana básica, é ter uma casa, trabalho e assistência à saúde, foram os fatores que impulsionaram e ainda impulsionam as mulheres e suas famílias a viverem no acampamento e se submeterem a uma precária condição de vida presente, mas com esperança de conseguirem uma casa onde, futuramente, possam ter condições dignas de morar e viver.

Uma característica marcante da sociedade brasileira é a desigualdade social; as famílias trazem consigo as marcas do desemprego, da falta de educação, da miséria e da fome que, com certeza, se associam a outras formas de busca da satisfação de suas necessidades e, nestas circunstâncias, as mulheres e suas famílias sofrem a violação da garantia de sua dignidade humana, expressa na Declaração Universal dos Direitos humanos: direito à vida, à saúde, à educação, ao trabalho, à segurança e ao lazer.

A dignidade humana é um bem de valor imensurável, fundamental, e com inúmeros conceitos. Embora, o conceito de dignidade humana, esteja longe de ser concluído, pois, por mais que tenha um potencial explicativo e possa ser operativo, não é capaz de expressar o fenômeno na sua integralidade, ou seja, não é capaz de ‘representar’ a realidade.

Considerando que essas mulheres necessitam resgatar sua dignidade humana, seja adquirindo a moradia adequada, seja através do trabalho e da assistência à saúde, fica difícil aceitar que, foi declarado e postulado na Declaração de Alma-Ata em 1978, “Saúde para todos no ano 2000”, destacando-se os cuidados primários de saúde com vistas aos principais problemas de saúde da comunidade, propiciando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades, mas que ainda não são executados integralmente como princípios, ações e estratégias das políticas públicas sociais e de saúde.

Para isso, é necessário que todos nós compreendamos que a melhoria das condições de vida, de nossos atores sociais e de tantos outros que vivem realidade semelhante a esta, vai depender da busca e do alcance da equidade em saúde, sendo esse um dos eixos principais da Promoção de Saúde, declarado na Primeira Conferência Internacional de Saúde em Ottawa, no Canadá, em 1986.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Apesar de conhecerem suas condições de vida, as mulheres não têm informação necessária, devido aos reflexos de não terem sido capacitadas, para o exercício da autonomia, enfim, ao direito à voz. Necessitando de informações, para que solidifiquem suas bases no desempenho de suas experiências e habilidades na vida, bem como nas oportunidades que favoreçam suas escolhas para que tenham vida mais saudável.

As mulheres, assim como a maioria da população tem a visão ainda no modelo biomédico, ou seja, veem a saúde como ausência de doença e o médico como sendo o único profissional que pode prestar assistência na cura da doença. Não conseguem perceber a importância de se promover saúde. Na realidade são impossibilitados de viabilizarem melhores condições de vida, devido aos determinantes sociais que afetam suas vidas: desemprego, saneamento, assistência à saúde, habitação, ambiente e educação.

Observamos que no acampamento o movimento se preocupa apenas com aquisição das casas e aguarda com certa passividade, até que se concretize. Por isso, a atuação dos profissionais do Programa de Saúde da Família - PSF poderia amenizar a situação de saúde no local, reforçando a atuação das mulheres, e dos demais moradores, através de capacitações com medidas de prevenção, promoção e manutenção para a saúde.

Esta capacitação faz parte das estratégias de Promoção da Saúde, possibilitando a democratização das informações, incentivando a participação popular na elaboração de políticas públicas, no exercício da cidadania, estimulando, com isso o “empoderamento” da população, para que exerçam o controle dos determinantes sociais e de saúde voltados para a prevenção e promoção ampliada de saúde e atingir melhor condição de vida.

No Bairro de Benedito Bentes, onde está localizado o Acampamento dos “sem-teto”, Professor Paulo Bandeira, local de realização da pesquisa, existem duas equipes de PSF que atuam nas proximidades do bairro. As informações colhidas junto à Secretaria Municipal de Saúde de Maceió e dos profissionais que atuam neste cenário da prática assistencial, mostram que a Estratégia de Saúde da Família não faz cobertura às famílias do acampamento, justificando ser insuficiente o número de recursos humanos para o atendimento da demanda da população, bem como os recursos financeiros.

Outras estratégias organizadas pela Promoção de Saúde visam à organização dos espaços urbanos dos seguimentos populacionais que ali habitam. Então, há necessidade da incorporação do movimento de “Cidades Saudáveis”, como: *“aquela que está continuamente criando e melhorando o ambiente físico e social, fortalecendo os recursos comunitários que*

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

possibilitam às pessoas se apoiarem mutuamente no sentido de desenvolverem seu potencial e melhorarem sua qualidade de vida”.

Embora saibamos que esta meta está distante de nossa realidade, pois os grandes centros urbanos apresentam problemas ambientais profundos, devido à degradação do meio ambiente pelo homem, principalmente em países em desenvolvimento, como no caso do Brasil, onde a urbanização ocorre de maneira rápida, na maioria das vezes, de forma não planejada, não controlada e principalmente não financiada.

Neste sentido, observa-se que a urbanização desenfreada ultrapassou a capacidade financeira e administrativa dos grandes centros que se deparam com esse processo de urbanização, dificultando o provimento de infra-estrutura e serviços básicos de água, saneamento, coleta e destinação adequada de lixo, serviços de saúde, além de empregos e moradia, impossibilitando, com isso, a seguridade e o controle do meio ambiente para toda população.

Segundo dados da Fundação Getúlio Vargas (2005), o déficit habitacional no Brasil é de 7.9 milhões de unidade, considerado altíssimo. Com isso, incluem o aumento dos movimentos que reivindicam o direito à moradia, organizados pela população “sem-teto” nos principais centros urbanos,

Encerramos esta pesquisa, cientes de que ainda temos um longo caminho a percorrer para que as discussões e propostas das Cartas das Conferências sobre Promoção à Saúde se concretizem na prática de muitos municípios de nosso país.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA ALAGOANA DE HABITAÇÃO E URBANISMO. Disponível em www.aghu.gov.br. Acesso em: 20 mar. 2008.

ALAGOAS. **Secretaria de infraestrutura e obras**. Ano II-nº11-fevereiro de2009.

ALAGOAS 24 HORAS. Disponível em: www.alagoas24horas.com.br

AYRES, J, R, C, M.; PINTO; T.; TELLES, I.S.(Org). **Cidadania, vulnerabilidade e prevenção de HIV/AIDS**.

AZEREDO, M. C; COTTA, M. M. R; SCOTT, M; MARQUES, E.: Avaliação das condições de habitação e saneamento: A importância da visita domiciliar no contexto do programa de saúde da família. **Ciências e saúde coletiva**. v.12, n.3, Rio de Janeiro, mai-jun, 2006.

BARROS, P.R.: HENRIQUES, R.: MENDONÇA, R. **Estabilidade inaceitável desigualdades e pobreza no Brasil**. IPEA, Versão atualizada, Rio de Janeiro, Junho, 2001.

BARROSO, T. G. M; VIEIRA, C. F. N; VARELA, V. M. Z: Ensino de educação em saúde, interdisciplinaridade e políticas públicas. **Revista brasileira de promoção de saúde**, v.19.n 3, 182-187, 2006.

BECKER, D. **No seio da família: amamentação e promoção de saúde no programa de saúde da família**. Fundação Oswaldo Cruz, ENSP, p.117, Rio de Janeiro; 2001.

BEM, S. A: **A centralidade dos movimentos sociais na articulação entre o Estado e a sociedade brasileira nos séculos XIX E XX**, 2006.

BYDLOWSKI, C. R: Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde e sociedade**. v.13 n. 1, São Paulo, jan-abril, 2004.

BOGDAN, C.R.; BIKLEN, K.S. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Portugal: Porto Editora, 1994.

BONDUKI, N. **Política habitacional e inclusão social no Brasil**: Revisão histórica, novas perspectivas no governo Lula, 2008.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comissão nacional dos determinantes sociais da saúde**, 2006. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br>. Acesso em: 3 fev. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto pela vida**, 2006. Disponível em: <http://www.saude.org>. Acesso em: 3 fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção de saúde, Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Sundswall, Declaração de Jacarta**. Brasília, DF, 2002. 54 p.

BRASIL, Ministério da saúde. **Norma Operacional Básica 001/93**, 1996. Disponível www.ministeriodasaude.gov. Acesso em: 10 set. 2008.

BRASIL. Ministério da saúde. **Programa de Saúde da Família, 1996**. Disponível em www.ministeriodasaude.org. Acesso em: 14 dez. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Promoção de Saúde**: documento para discussão. Brasília, DF, 2002. 41p.

BUSS, M. P. **Uma introdução ao conceito de promoção de saúde**. In CZERESNIA, D. (Org.). Profissão professora. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Cap.1.

_____. **Promoção de saúde e qualidade de vida**. Rev. Ciências saúde coletiva. v. I, 2000.

CAMPOS, S. A. et al; ALKENNAN. M. (Org.). **Promoção de saúde e prevenção de doenças**: São Paulo: Mídia Alternativa; Santo André, SP: Cescos, 2005.

CAMPONOGARA, S; KIRCHHOF; RAMOS, S.R.F. **Perspectiva para qualidade de vida e a promoção de saúde no contexto da sociedade de risco, 2008**.

CARVALHO, R.S. **Saúde coletiva e promoção de saúde: sujeito de mudanças**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CASTRO, A.; MALO, M: **Ressignificado a promoção de saúde**. São Paulo, Hucitec, 2006.

COELHO, M. T. A. D; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, ciência, saúde-Manguinhos**, v. 9, p. 33-315, maio-ago., 2002.

COHEN, C. S; BONDSTEIN,R; KLIGERMAMM,D.C; BAUMGARTEN,W.M: Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção de saúde: **Ciências e saúde coletiva**, v.12, n. 1, p. 191-178, Rio de Janeiro, jan.- mar., 2007.

CUNHA, E. CASTRO.; B.F. ALKERMAN, M. (Org.).**Qualidade de vida: conceitos, dimensões e aplicações**. São Paulo: Mídia alternativa; Santo André: SP: Cesco, 2005.

CZERESNIA, D.O **conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. In:CZERESNIA,D.;FREITAS,C.M.(Org).Promoção de Saúde:conceitos,reflexões,tendências. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2003 p.39-53

ÉMILE, D: **As regras do método sociológico**. São Paulo, Ed. Martin Claret, 2004.

FLICK, U. **Uma introdução à Pesquisa Qualitativa**. Tradução de Sandra Netz. 2. ed. - Porto Alegre: Bookman, 2004.

FONTENELLE, M. Aspectos da política do meio ambiente: O estudo de impacto ambiental como instrumento da gestão ambiental. **Revista da Faculdade de Direito de Campos**, ano IV, n. 4 e ano V, n. 5 - 2003-2004.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS: **Deficit habitacional no Brasil**: Disponível em www.fundaçãogetuliovargas.gov. Acesso em: 20 maio 2009.

GEORGE, B.J; **Teorias de enfermagem:os fundamentos para a prática profissional**,4. ed.Porto Alegre,1993.

GOMES, J.C.**Método de análise do conteúdo:Ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde**.São Paulo: Hucitec,1996.

GOUVEIA, N. Saúde e meio ambiente nas cidades: Os desafios da saúde ambiental. **Revista saúde e sociedade**, n. 8, v.1, p.49-61. 1999.

HEIDMANN, B. S. T. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Rev. Texto e contexto**, Florianópolis, n.15, v.2, p.352, 2006.

HISTÓRIA DO BAIRRO. Disponível em: www.bairrosdemaceió.net. Acesso em: 6 jan. 2009.

WAIMAN, P.A.M; ELSSEN,I: **Família e necessidades...revendo estudos**.Maringá, v.26, n.1, p.147-157, 2003.

LAKATOS, M.E. O conceito saúde: doença analisada através dos tempos da prática previdenciária no Brasil. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.24, n. 54, p.75-79, jan-abr., 2000.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**: 2. ed. rev., Florianópolis: UFSC, 2002.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, C. M. A: **Promoção de saúde: negação da negação**, Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004.

MARCONDES, W.B: **A convergência de referências na Promoção da Saúde**, São Paulo: **Revista saúde coletiva**, v 13. n. 1, p. 5-13, jan.- abr., 2004.

MASLOW ABRAHAN.; **Motivation and personality**: New York, 1970.

MENEZES, S. I.; MAGALHÃES, S.I: Direitos humanos, violência, moradia: dignidade humana ameaçada. **Saúde e cultura**, vol.11, n 2, p. 315 - 324, jul.- dez. 2008.

MINAYO, C. M. **O desafio do conhecimento científico**. Rio de Janeiro. Hucitec, 1993.

MINISTÉRIO DAS CIDADES: **O direito à cidade**: Disponível em: www.cidades.gov.br. **Acesso** em: 12 mar. 2009.

_____, Hartz, Z. M. A., BUSS, P. M.. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário, **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.7-18, mar. 2000.

MUSSI, F, C. Desconforto, modelo biomédico e enfermagem: Reflexos com base na experiência de homens infartados, São Paulo: **Acta Paul Enf.** v.16. n. 3, julho-setembro, 2003.

NOVA ENCICLOPÉDIA BARSA. São Paulo: Enciclopédia Britânica do Brasil Publicações,1999.

PAGLIOSA, F. L; ROS, M. A: O relatório Flexner: para o bem e para o mal, Santa Catarina: **Revista Brasileira de Educação médica**, 2008.

PORTO,C.C.**Semiologia Médica**,editora Guanabara,4.ed.2001.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

REGIS, V. L. F. L; PORTO, S. I; A equipe de enfermagem e Maslow: (in) satisfações no trabalho. **Rev. Bras. enferm.** v. 59, n. 4, p. 565-568, Brasília, jul.ago., 2006.

RIBEIRO, O. N. M; BARBOSA, M. L: **AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DA POPULAÇÃO NO BRASIL, NORDESTE, RIO GRANDE DO NORTE**, 2006.

RODRIGUES, M. S. P; LEOPARDI, M. T. **O método de análise de conteúdo**: uma versão para enfermeiras, Fortaleza: Fundação cearense de pesquisa e cultura, 1999.

SEIDL, E. M. F; ZANNON, C. M. L. Qualidade de vida: aspectos conceituais e metodológicos, **Caderno de saúde pública, Rio de Janeiro, v.20 (2), p. 580-588, mar-abr., 2004.**

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO FUNDAMENTAL: Disponível em: [www.fefisa.com](http://www.fefisa.com.br) .br-1 a 4-v. 09.2-saúde.

SILVA, A. A. L; MERCÊS, A. N. N; SCHMIDT, S. M. S; MARCELINO, R. S; PIRES, P. E. D; CARRARO, E. T: Um olhar sócio-epidemiológico sobre o viver em sociedade atual e suas implicações para a saúde humana a social-epidemiológica. **Texto e contexto-enfermagem**.v.15, p. 170-175, Florianópolis, 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: Pesquisa qualitativa em educação; 1. ed. São Paulo, ATLAS, 1992.

ZIONE, F. **O enfoque dos determinantes sociais sob o ponto de vista da teoria social. Saúde e sociedade.** v.16, nº 3, p. 26-34, SP, sept.- dec., 2007.

pdfMachine


Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

ANEXO:

FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Maceió – AL, 18/08/2008


Senhor (a) Pesquisador (a), Maria Aparecida Tedeschi Cano
Ruth França Cizino da Trindade
Rita de Cássia Camêlo Bueno Cavalcanti

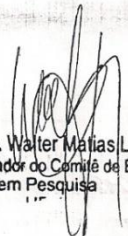
O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), aprovou na plenária de 18/08/2008 e com base no parecer emitido pelo (a) relator (a) do processo **006424/2008-94** sob o título **CONDIÇÕES DE VIDA DAS MULHERES MÃES DE UM "ACAMPAMENTO SEM-TETO" NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ** de sua autoria, vem por meio deste instrumento comunicar sua aprovação com base no item VIII.13, b, da Resolução nº 196/96.

Outrossim, recomendamos a observância do que consta na folha de rosto com respeito ao cumprimento dos prazos para entrega de relatórios, bem como o atendimento da referida Resolução da CONEP/CNS, quando for o caso (*).

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra referidas.

(*): Áreas temáticas especiais




 Prof. Dr. Walter Matias Lima
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

APÊNDICE A**QUESTIONÁRIO I****I – Caracterização das mulheres:**

NOME:

ENDEREÇO:

PONTO DE REFERÊNCIA:

IDADE:

ESCOLARIDADE: anos de estudo

Ensino fundamental: completo () incompleto ()

Ensino médio: completo () incompleto ()

Analfabeta 1-sim () 2- não ()

OBS: _____

OCUPAÇÃO:

Está empregada: 1- () sim 2- () não

ESTADO CIVIL: 1- () 2- () Solteira 3- () viúva 4- () União estável 5- () outros

NÚMERO DE FILHOS:.....

QUANTAS PESSOAS MORAM NA CASA: _____ pessoas.

1- () irmãos 2- () pais 3- () sobrinhos 4- () avós 5- () outros: _____

QUANTAS PESSOAS TRABALHAM:.....

RENDA FAMILIAR: aproximada.....

II - Caracterização das condições de habitação e saneamento:

Material de construção: 1- alvenaria 2- () madeira 3- () plástico 4- () metal 5- () papelão

Cobertura: _____

pdfMachine**Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!**

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Outros: _____

Número de cômodos: _____

Ventilação: 1-janela () 2-() porta 3- ()outros

Tipo de piso: _____

Rede de esgoto: 1- rede pública () 2- () céu aberto 3-() fossa 4- () outros

Lixo: 1- coleta pública () 2- céu aberto() 3- queimado () 4- enterrado () 5- ()outros

Iluminação: 1- rede elétrica () 2- () lampião 3- () outros

Animais domésticos: 1- cães () 2-gatos () 3- pássaros () 4- outros _____

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO II

- 1- Quais os problemas que você percebe existir aqui no acampamento?
- 2- O que significa para você ter saúde?
- 3- Quais os recursos que você mais utiliza quando alguém da sua família ou você adoecem?
- 4- Quais as doenças mais comuns que acontecem por aqui?
- 5- Com o que você relaciona os problemas de saúde com o ambiente existente aqui no acampamento?
- 6- Qual sugestão você daria para melhorar a assistência à saúde no acampamento?
- 7- Na sua opinião o que poderia mudar na sua casa e aqui no acampamento?

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

(Em 2 vias, firmado por cada participante-voluntário(o, a) da pesquisa pelo responsável)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação da pesquisa.” (Resolução nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde). Estou realizando uma pesquisa com o título de: CONDIÇÕES DE VIDA E DE SAÚDE DE MORADORES EM UM ACAMPAMENTO DE SEM - TETO NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ-ALAGOAS. Como é um trabalho descritivo, preciso conversar com você, ou seja, entrevistá-la para obter as informações necessárias. Em nenhum momento você será exposta a qualquer perigo, contratempo ou inconveniente devido a sua participação nesta pesquisa e poderá a qualquer momento recusar-se a continuar, sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Se aceitar, a nossa conversa será gravada, e seu conteúdo será transcrito e usado somente para fins desse estudo, com a garantia de que seus dados pessoais e endereços não serão divulgados em nenhum momento, seja durante, ou no final, quando a pesquisa for divulgada em congressos, revistas, ou em outro evento científico. Você também não terá nenhuma despesa nem receberá pagamento ou gratificação pela sua participação nessa pesquisa. Assim sendo, peço a você que me autorize a gravar a entrevista em gravador e caso não sinta constrangida; utilizar as informações da entrevista por você fornecida apenas cientificamente.

Diante do exposto, Eu, _____, ____ anos, portadora do documento _____

residente na (o) _____ . Declaro

estar ciente das informações recebidas sobre minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, minhas responsabilidades e dos possíveis benefícios que minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu dou meu consentimento sem que para isso eu tenha sido forçada ou obrigada.

Local: _____

Data: _____

Entrevistada _____

Pesquisadora: _____

Mestranda Rira de Cássia
Camêlo Bueno Cavalcanti, identidade COREN / AL-Curso de Enfermagem e Farmácia / UFAL. Campo A. C. Simões. Avenida Lourival Melo Mota S/N- Tabuleiro dos Martins. CEP: 57072- 900. Telefone (082) 32141154.
E- mail: rita_camelos_625@hotmail.com

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas: Prédio da Reitoria, sala do C.O.C., Campus A. C. Simões, Cidade Universitária- Telefone (082) 3214-1053.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)