

**FACULDADE VALE DO CRICARÉ  
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO SOCIAL, EDUCAÇÃO E  
DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

**ALESSANDRA CARVALHO DE SOUSA**

**Um Estudo Sobre o Conceito de Meio Ambiente dos Enfermeiros  
das Estratégias de Saúde da Família no Município de Eunápolis –  
Bahia**

**São Mateus  
2014**

**ALESSANDRA CARVALHO DE SOUSA**

**Um estudo sobre o conceito de meio ambiente dos enfermeiros das estratégias de saúde da família no município de Eunápolis – Bahia**

**Dissertação apresentada à Faculdade Vale do Cricaré para obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional.**

**Área de Concentração: Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional I.**

**Orientador (a): Prof<sup>a</sup>. Ms. Luana Frigulha Guisso.**

**São Mateus  
2014**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

S725e

SOUSA , Alessandra Carvalho de.

Um Estudo Sobre o Conceito de Meio Ambiente dos Enfermeiros das Estratégias de Saúde da Família no Município de Eunápolis – Bahia. / Alessandra Carvalho de Sousa. São Mateus, 2014.

96f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus, ES, 2014.

Orientação: Prof<sup>a</sup>. Ms. Luana Frigulha Guisso.

1. Educação Ambiental. 2. Enfermagem. 3. Meio Ambiente. 4. Representação Social. I. Título.

CDD: 610.73

**ALESSANDRA CARVALHO DE SOUSA**

**Um estudo sobre o conceito de meio ambiente dos enfermeiros  
das estratégias de saúde da família no município  
de Eunápolis - Bahia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional da Faculdade Vale do Cricaré (FVC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional, na área de concentração Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional.

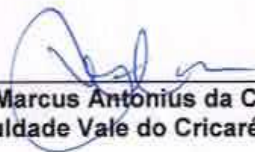
Aprovada em 11 de Outubro de 2014.

**COMISSÃO EXAMINADORA**



---

**Profª. Msc. Luana Frigulha Guisso**  
**Faculdade Vale do Cricaré (FVC)**  
**Orientadora**



---

**Prof. Dr. Marcus Antonius da Costa Nunes**  
**Faculdade Vale do Cricaré (FVC)**



---

**Profª. Drª. Lilian Pittol Firme de Oliveira**  
**Faculdade Vale do Cricaré (FVC)**



---

**Profª. Drª. Livia Perasol Bedin**  
**Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo**

## DEDICATÓRIA

***“Dedico este trabalho aos meus pais, irmã e meu marido que são os amores de minha vida e que sem os quais não teria conseguido.”***

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** por estar ao meu lado em todos os momentos da minha vida, por me proteger durante os trajetos na viagem e sem o qual nada disso teria sentido.

A meu **pai Antonio Wilton** e minha **mãe Miralva Carvalho** que dedicam suas vidas para oportunizar a mim e a minha irmã além de muito amor e carinho a motivação para os estudos, acreditando que esse é o verdadeiro caminho da riqueza. Qualquer agradecimento ainda seria insuficiente por tudo que fazem por mim.

Ao meu **marido Diego Houri** a quem tanto amo e que foi meu maior incentivador em todos os momentos. Por entender os fins de semana longe de casa, pela paciência nos momentos de angústia, pelas madrugadas a espera na rodoviária, por compartilhar a importância dessa realização e por me incentivar e dá coragem de concretizar os sonhos e projetos.

A minha **irmã Thais Carvalho** pelo apoio, incentivo e por estar e se fazer presente, mesmo vivendo distante geograficamente.

A **vovó Celsa**, pois sem ela esse caminho teria sido árduo demais. A sua dedicação, seu amor, seu abraço confortante, a sua hospedagem e o simples fato de saber que estaria ali todos os fins de semana foi o que me deu força para enfrentar os dois anos em viagens longas e consegui chegar até aqui.

A minha **cunhada Lorena Houri** por sua disponibilidade, carinho e atenção todas as vezes que precisei.

Aos **familiares de São Mateus** pelo carinho de sempre.

A **Georgia, Francielle e Verana** companheiras do mestrado, de confidências, de angustias, de alegrias, de risadas, de vários almoços. Vocês me mostraram que a amizade pode ser surpreendente, que a amizade nos dá força para irmos em frente e que realmente deve ser guardada a sete chaves. Nosso Quarteto Fantástico será eterno.

Aos **meus amigos e familiares** que souberam entender que foi necessária minha ausência em muitos momentos importantes para que essa etapa fosse concluída e souberam tornar tudo tão leve.

Aos **colegas de trabalho** pelo incentivo e apoio.

A **Giselle Garcia**, exemplo a seguir como profissional, que foi mais uma vez importantíssima em minha vida, por me apoiar e ajudar nesta etapa.

A minha orientadora **Luana Frigulha Guisso** pela competência com que conduziu a orientação deste trabalho e por me fazer crescer como pesquisadora com observações que me permitiram durante todo o processo de desenvolvimento desta dissertação refletir sobre o significado e a relevância da mesma.

Agora aos principais atores de toda essa pesquisa, os **enfermeiros** que se entregaram de coração e sem os quais esta dissertação não seria possível.

Também devo agradecer a Secretaria Municipal de Saúde de Eunápolis – Bahia na pessoa da Coordenadora da Atenção Primária **Giselle Garcia Reis**, e do Secretario Municipal de Saúde, **Mário Alessandro Gontijo**, pelo apoio para a realização desta pesquisa.

## RESUMO

SOUSA, A. C. de. **Um estudo sobre o conceito de meio ambiente dos enfermeiros das estratégias de saúde da família no município de Eunápolis – Bahia.** 2014. 96 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus, 2014.

Esta pesquisa foi elaborada com o objetivo geral de analisar o conceito de meio ambiente dos enfermeiros das estratégias de saúde da família do município de Eunápolis, Bahia. O estudo em tela visou verificar as representações sociais de meio ambiente destes enfermeiros segundo as categorias de representações antropocêntrica, naturalista e globalizante proposta por Marcos Reigota. Também buscou conhecer quais os principais desafios, na visão dos enfermeiros, para a inserção da educação ambiental no contexto da estratégia de saúde da família e verificou se a educação ambiental estava inserida na prática das estratégias de saúde da família do município de Eunápolis, Bahia. A amostra foi composta por vinte e quatro enfermeiros e os dados necessários para o desenvolvimento da pesquisa foram coletados por meio da aplicação de um questionário composto por sete questões objetivas e uma questão subjetiva. Assim, optou-se pela linha de pesquisa qualitativa e quantitativa. A partir da análise das respostas do questionário, foi verificada a predominância da representação social de meio ambiente de cunho naturalista, seguida da representação antropocêntrica, e de forma menos expressiva a representação globalizante. Os resultados demonstraram também que a educação ambiental é realizada ainda de forma incipiente nas estratégias de saúde da família do município. Os enfermeiros pesquisados pontuaram como dificuldades para desenvolver a educação ambiental o tempo insuficiente com a comunidade, a falta de material disponível e a falta de estímulo da secretaria de saúde para desenvolver as atividades, o pouco conhecimento em educação ambiental, a carga horária reduzida e a ausência de educação permanente para os profissionais. Foi concluído com a análise dos resultados que compreender qual a representação social de meio ambiente que estes enfermeiros apresentam, permite entender como constitui suas práticas de promoção da saúde em educação ambiental e com isso fortalecer entre os gestores e profissionais a reflexão que a educação ambiental é uma ferramenta fundamental para o empoderamento da população mediante a discussão sobre o meio ambiente. A relevância dessa pesquisa está na análise das representações sociais sobre meio ambiente dos enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde, mas especificamente na estratégia de saúde da família, pois permite entender como é construída a relação desse trabalhador com seu ambiente. Destaca-se ainda que a realização de pesquisas sobre a temática pode incentivar a troca de conhecimentos e o compartilhamento de experiências, que acabam por contribuir na mudança de concepções tanto de gestores como dos demais profissionais.

**Palavras chave:** Educação Ambiental. Representação Social. Meio Ambiente. Enfermeiro.



## ABSTRACT

SOUSA, A. C. de. **A study of the concept of the environmental of nurses in family health strategies in Eunápolis – Bahia.** 2014. 96 s. Dissertation (Master's degree) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus, 2014.

This research has been elaborated with the general objective to analyze of the concept of the environmental of nurses in family health strategies in Eunápolis – Bahia. The study aims to verify the social representation of the environmental of the nurses according to the anthropocentric, naturalist and globalizing category representations proposed by Marcos Reigota. Besides, the study searches to know what the main challenges are, through the view of the nurses, for insertion of the environmental education in context in family health strategies and to check whether environmental education is inserted in practice family health strategies in Eunápolis – Bahia. The sample consisted of 24 nurses and necessary data for development of research were collected through a questionnaire consisted of seven objective questions and one subjective question. From the analysis of the questionnaire answers, it has been realized the prevalence of social representation of environmental naturalistic approach, followed by anthropocentric representation, and less significantly the globalizing representation. The results also showed environmental education is still incipiently held in the strategies of health of the municipal family. Nurses surveyed highlighted the difficulties to develop environmental education because of insufficient time with the community, the lack of material available and the lack of stimulation of the health department to develop activities, little knowledge in environmental education, reduced workload and lack of continuing education for professionals. It takes to the conclusion that with an analysis of the results that understanding which social representation of the environment these nurses present, it is understood how their health promotion practices in environmental education and thus to realize that the strengthening of an environmental education reflection between managers and professionals is a fundamental tool for the empowerment of the population by the discussion on environment. The relevance of this research is the analysis of the social representations of the environment of nurses working in primary health care, more specifically in family health strategy, because it allows to understand the relationship of such a worker with its work environment. It is still highlighted that the conduct of research on the topic may encourage the exchange of knowledge and sharing of experiences, which ultimately contributes to changing conceptions of both managers and other professionals.

**Keywords:** Environmental Education. Social Representation. Environment. Nurse.

## LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária a Saúde

CAPS – Caixas de Aposentadoria e Pensões

DIRES – Diretoria Regional de Saúde

EA – Educação Ambiental

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IAPS – Institutos de Aposentadoria e Pensões

IBGE – Instituto de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCNS – Parâmetros Curriculares Nacionais

PNPS – Programa Nacional de Promoção da Saúde

PNUMA – Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente

PS – Promoção da Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Organização da Atenção Básica por Microrregiões de Saúde, abrangência e número de equipes .....	52
---	----

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1– Messorregiões da Bahia.....	50
Figura 2 – Macrorregião e Microrregião da Bahia .....	51

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição amostral segundo sexo dos participantes da pesquisa.....	55
Gráfico 2 - Distribuição amostral segundo idade dos participantes da pesquisa.....	56
Gráfico 3 - Distribuição amostral segundo estado civil dos participantes da pesquisa. .....	56
Gráfico 4 - Distribuição amostral segundo vínculo empregatício dos participantes da pesquisa.....	57
Gráfico 5 - Distribuição amostral segundo o ano de conclusão da graduação em Enfermagem dos participantes da pesquisa.....	58
Gráfico 6 - Distribuição amostral segundo tempo de atuação como enfermeiro da estratégia de saúde da família no município de Eunápolis – Bahia dos participantes da pesquisa.....	59
Gráfico 7 - Distribuição amostral segundo formação complementar dos participantes da pesquisa.....	60
Gráfico 8 - Educação Ambiental no currículo do curso de Enfermagem dos participantes da pesquisa.....	61
Gráfico 9 - Quantitativo de enfermeiros que realizaram formação continuada em educação ambiental.....	63
Gráfico 10 - Quantitativo de enfermeiros que desenvolvem atividades educativas na Estratégia de Saúde da Família que atuam.....	64
Gráfico 11 - Quantitativo de enfermeiros que desenvolvem atividades educativas sobre meio ambiente na Estratégia de Saúde da Família que atuam.....	65
Gráfico 12 - Dificuldades encontradas pelos enfermeiros das estratégias de saúde da família para desenvolver educação ambiental no local de trabalho.....	67
Gráfico 13 - Quantitativo de enfermeiros que consideram a Educação Ambiental como função enquanto membro da equipe.....	69
Gráfico 14 - Incentivo para realizar Educação Ambiental com a comunidade na visão dos enfermeiros da pesquisa.....	69

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	19
2.1 A tríade: Sistema Único de Saúde, Estratégia de Saúde da Família e a Promoção a Saúde. ....	19
2.1.1 O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde.....	19
2.1.2 A Estratégia de Saúde da Família no processo de mudança do modelo assistencial. ....	23
2.1.3 Concepções sobre a Promoção da Saúde.....	26
2.2 – Meio Ambiente, Saúde, Educação e Enfermagem – temas indissociáveis. ....	31
2.3 A Educação Ambiental como elemento gerador de mudanças .....	33
2.4 Representações Sociais .....	39
2.4.1 A teoria das representações sociais.....	39
2.4.2 A representação social de meio ambiente .....	43
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>46</b>
3.1 Delineamento do estudo.....	46
3.2 Local do estudo.....	48
3.3 Universo do estudo.....	51
3.4 Sujeito da pesquisa .....	53
3.5 Aspectos éticos .....	54
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>55</b>
4.1 Caracterização da amostra .....	55
4.2 Perfil profissiográfico dos enfermeiros. ....	60
4.3 As representações sociais dos enfermeiros das estratégias de saúde da família sobre meio ambiente. ....	70
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>75</b>
<b>SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS</b> .....	<b>77</b>
REFERÊNCIAS .....	78
APÊNDICE A – Questionário.....	92
APÊNDICE B - Carta de apresentação .....	94
APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	95

## 1 INTRODUÇÃO

Da invenção da roda até os dias atuais o homem criou novas tecnologias que garantissem sua sobrevivência e a satisfação das suas necessidades. À medida que o ser humano encontra mecanismos que os tornam independentes, o equilíbrio homem-natureza começa a se desfazer. O Homem passa a ver o meio ambiente como forma de obter recursos que possam ser transformados em bens consumíveis.

Os grandes problemas ambientais (desmatamento, poluição das águas, do solo e do ar, esgotamento dos recursos naturais) causadas pelo homem, foram um dos motivadores para intensificar os discursos de como limitar a força destruidora do ser humano. Assim, reuniões, congressos, conferências, agendas e legislações foram criadas na tentativa de regular a ação do homem sobre o meio ambiente. Como destaque tem-se a Primeira Conferência Mundial sobre o Homem e o Meio Ambiente, realizada em Estocolmo, que apontou a Educação Ambiental (EA) como ferramenta para se buscar a qualidade de vida, o desenvolvimento sustentável e a solução dos problemas ambientais.

Considerando que as questões relacionadas à preservação ambiental estão cada vez mais em voga na mídia e que a problemática ambiental é tema de diversas discussões pela sociedade, é preciso que pessoas tenham formação e senso crítico-reflexivo para analisar a quem e de que forma servirá a preservação do meio ambiente. É neste contexto que se insere a Educação Ambiental como tomada de consciência para a transformação social.

Assim, Leff (apud Gôuvea) destaca que

[...] a educação ambiental deveria tentar articular, subjetivamente, o educando ao conhecimento, bem como suas formas de produção, a descobrir os sentidos e sabores do saber, a desenvolver, mais que o pensamento crítico, um pensamento reflexivo e prospectivo capaz de combater condutas automatizadas, o pragmatismo e o utilitarismo tão presentes na sociedade globalizada moderna (LEFF apud GÔUVEA, 2006, pg. 165).

Vale ressaltar que a educação ambiental deve ser feita em todos os níveis, seja ele formal (aplicados nas instituições de ensino seguindo uma estrutura pedagógica) ou informal (aquele aplicado fora do ambiente acadêmico, com objetivo de prover os indivíduos com uma visão global e abrangente das questões ambientais pela troca de conhecimentos e vivências). O fulcro principal da EA é a

formação de cidadãos conscientes que contribuam de forma ativa para o desenvolvimento sustentável em nosso país.

Reigota nos diz que:

Educação ambiental é uma proposta que altera profundamente a educação como a conhecemos, não sendo necessariamente uma prática pedagógica voltada para a transmissão de conhecimentos sobre ecologia. Trata-se de uma educação que visa não só a utilização racional dos recursos naturais, mas basicamente a participação dos cidadãos nas discussões e decisões sobre a questão ambiental (REIGOTA, 2010, pg. 10).

Nesse momento, vale à pena ressaltar as palavras de Reigota (2010) quando ele afirma que para a Educação Ambiental acontecer de forma efetiva, primeiro deve identificar as representações sociais das pessoas que estão envolvidas no processo de ensinar.

A Teoria das Representações Sociais surge com Serge Moscovici que destaca

A representação social é um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social (MOSCOVICI, 2007, pg. 21).

“O conhecimento de senso comum que se tem sobre um determinado tema, o qual inclui também os preconceitos, ideologias e características específicas das atividades cotidianas (sociais e profissionais) das pessoas” é o que pensa Reigota (2010, pg. 12), citando Moscovici, sobre representação social.

As representações sociais advêm de um saber de senso comum e, ainda que diferenciado do conhecimento científico, podem ser influenciadas por este (JODELET, 2006).

Já Santos aponta que

a proposta contida na teoria das representações sociais refere-se ao estudo de um fenômeno específico e delimitado: as teorias do senso comum. Estas teorias são conjuntos de conceitos articulados que têm origem nas práticas sociais e diversidades grupais cujas funções é dar sentido à realidade social, produzir identidades, organizar as comunicações e orientar as condutas. Não é, portanto, todo e



qualquer conhecimento do senso comum que pode ser denominado de representação social (SANTOS, 2005, pg. 22).

Desse modo, a ausência de um mesmo entendimento sobre a definição de meio ambiente, inclusive da esfera científica, é o que permite encaixá-lo no contexto da representação social (REIGOTA, 2010).

O mesmo pensamento pode ser encontrado nos Parâmetros Curriculares Nacionais quando diz que o termo "meio ambiente" não pode ser classificado como um conceito rígido e definitivo, dessa forma, é mais apropriado designá-lo como uma representação social, isto é, uma visão que evolui no tempo e que modifica de acordo o grupo social. (BRASIL, 1997).

Segundo Reigota (1990), as três formas mais comuns de representação social do meio ambiente são a antropocêntrica, a globalizante e a naturalista.

Na representação social antropocêntrica o ser humano tem indícios de uma postura individualista e sem compromisso socioambiental. O meio ambiente é reconhecido pelos seus recursos naturais, mas o foco está na utilização desses recursos para sobrevivência do ser humano.

Na representação social globalizante existe uma relação de interdependência entre sociedade e natureza. Englobam aspectos naturais, políticos, sociais, econômicos, filosóficos e culturais.

Na representação social naturalista o ser humano tem uma postura passiva. A visão de meio ambiente é voltado apenas à natureza, confundindo-se com conceitos ecológicos como de ecossistemas, habitat, ecologia.

Diante do exposto, percebe-se a importância de reconhecer as representações sociais de meio ambiente dos grupos e assim aprofundar a discussão da temática ambiental.

Devido ao estreitamento que apresenta com a comunidade e por conhecer tanto a dificuldade social e econômica quanto as dificuldades ambientais a pesquisa em tela retrata o enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como uma pessoa capaz de estimular a consciência ambiental e por consequência promover o cuidado homem-natureza, semeando saberes ecológicos de proteção ambiental para a comunidade além de promover a saúde, seja na consulta de enfermagem ou nas atividades de educação em saúde.

Assim, a Estratégia de Saúde da Família, criado pelo Ministério da Saúde como um mecanismo de reorientação do modelo assistencial apresenta-se como um

local propício para promover a discussão sobre o meio ambiente e a sociedade, com objetivo de estimular mudanças nos padrões da comunidade com seu meio e, dessa forma, ajustar a realidade que se vive. A organização da estratégia de saúde da família tem como foco a proteção e a promoção da saúde dos indivíduos de forma integral e contínua indo muito além do modelo de prestação de assistência médica de forma individualizada (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). A operacionalização das ações da ESF se dá mediante a implantação de equipes multiprofissionais que tem dentre seus membros o enfermeiro.

Esse profissional desempenha um importante papel nas relações entre sociedade, educação e saúde. Todavia, a Enfermagem quando surgiu como profissão tinha como ênfase o modelo clínico biomédico voltado especificamente para a assistência dos transtornos do corpo. As mudanças nesse contexto aconteceram principalmente após o surgimento do Sistema Único de Saúde em que as ações de enfermagem tiveram seu enfoque ampliado, pois além do planejamento do cuidado e organização do ambiente em que são desenvolvidas as ações assistenciais, o enfermeiro passou também a gerenciar o processo de trabalho e incorporou a promoção da saúde nas suas atividades.

Atualmente, o enfermeiro enquanto membro da equipe interdisciplinar traz consigo o papel do cuidar em várias dimensões e níveis de assistência à saúde. Dentre essas dimensões está o papel de educador. Entende-se que os enfermeiros da ESF devem estar preparados para trabalhar a educação, e neste caso em especial a Educação Ambiental, com a comunidade, seja em sala de espera, por meio de projetos, na visita domiciliar, dentre outros.

Assim, conhecer qual a representação social do meio ambiente destes profissionais é de fundamental importância para o direcionamento das ações e propostas a um programa de educação ambiental.

Diante da importância do enfermeiro dentro da Estratégia de Saúde da Família e reconhecendo sua influência na mudança de comportamento, na conscientização e no conhecimento da comunidade em relação ao meio ambiente surgiu tal questionamento: Qual a representação social que os enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família apresentam sobre o meio ambiente?

A partir desse pressuposto essa pesquisa teve como objetivo geral analisar o conceito de meio ambiente dos enfermeiros das estratégias de saúde da família no município de Eunápolis – Bahia.

E como objetivos específicos:

- Verificar as representações sociais de meio ambiente dos enfermeiros das estratégias de saúde da família do município de Eunápolis - Bahia segundo as categorias de representações antropocêntrica, naturalista e globalizante proposta por Marcos Reigota;
- Conhecer quais os principais desafios, na visão dos enfermeiros do município de Eunápolis – Bahia, para a inserção da educação ambiental no contexto da Estratégia de Saúde da Família;
- Verificar se a Educação Ambiental está inserida na prática das estratégias de saúde da família do município de Eunápolis – Bahia.

Portanto a relevância dessa pesquisa se justifica no fato de que a análise das representações sociais sobre meio ambiente dos enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde, mas especificamente na ESF, permite entender como é construída a relação desse trabalhador com seu ambiente, na tentativa de perceber quais os discursos, conceitos e como isso influencia no desenvolvimento da Educação Ambiental no seu local de trabalho, visto que os enfermeiros passam a ser um veículo de empoderamento da população mediante a discussão das questões ambientais. Este estudo também tem a intenção de despertar o interesse e incentivar à realização de novas pesquisas, nos mais diversos eixos metodológicos, explorando o tema Educação Ambiental e Meio Ambiente. E mais ainda, que possa promover a reflexão do tema por parte dos enfermeiros, gestores e os profissionais de saúde, a fim de aumentar a utilidade pragmática e científica do conceito.

O trabalho tem sua temática distribuída em quatro (4) capítulos apresentados da seguinte maneira:

No capítulo dois (2) tem-se a revisão de literatura que serviu como suporte para discussão de como acontece à educação ambiental, as representações sociais de meio ambiente e a estratégia de saúde da família.

O capítulo três (3) traz a descrição do percurso metodológico, no qual foram detalhados os procedimentos da condução desta pesquisa – metodologia utilizada, construção e aplicação do instrumento, população e amostra para coleta.

Já o capítulo quatro (4) foi apresentado à análise e discussão dos dados.

Na finalização do estudo, tem-se as considerações finais e sugestões para trabalhos futuros.

## REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 A tríade: Sistema Único de Saúde, Estratégia de Saúde da Família e a Promoção a Saúde

#### 2.1.1 O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde

As políticas de saúde e as formas de organizar os serviços não são resultado da situação atual, mas decorrem de um longo percurso de formulações e embates, provenientes de batalhas políticas e sociais, iniciadas por diferentes segmentos sociais (Cunha; Cunha, 1998 apud Brasil, 2005a).

Nos anos 20 as empresas constituíam Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) que além de benefícios pecuniários – aposentadoria e pensões - também ofereciam assistência médica e remédios para seus funcionários mediante a uma contribuição mensal. As CAPs eram organizações de direito privado que foram criadas para alguns grupos de servidores em que o recebimento dos benefícios estava diretamente ligado a contribuição dos segurados (BRASIL, 2011a). Percebe-se que apenas aqueles que estavam na posição de segurados é que tinham direitos a saúde. Era nítido que essa situação não iria ser sustentada por muito tempo, já que na referida época o número de segurados era pequeno o que não garantia a suficiência de recursos para o equilíbrio financeiro das Caixas.

Em substituição ao sistema extremamente fragmentário das CAPs, foram criados, à partir de 1933, os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), em que o conjunto dos trabalhadores era reunido por categorias profissionais e não por empresas (MERCADANTE et al., 2002). Nessa época foram criados seis grandes IAPs e o financiamento dos benefícios passou a ser repartidos entre os trabalhadores, os empregadores e o governo federal.

Em 1966, os IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e esse órgão passou a concentrar todos os benefícios e serviços, que se tornou padrão para todas as categorias profissionais, passando a todos os trabalhadores que possuíssem uma relação contratual de empregado legalmente formalizada, com exceção dos trabalhadores rurais que continuavam excluídos (FAVERET; OLIVEIRA, 1990). Nesse momento pode ser visto que independente da classe trabalhadora toda à população de empregados urbanos passou a ter acesso

ao serviço médico. E esse direito também foi conseguido pelos trabalhadores rurais, em 1971, com a criação do programa de assistência do trabalhador rural. Até então, só tinha direito a saúde quem tinha carteira assinada e quem podia pagar pelo atendimento médico. Complementa esse pensamento Cavalcanti e Zucco (2006) quando diz que o sistema de saúde mantinha uma política de saúde excludente quando ao buscar a lucratividade favorecia o setor privado e a medicalização da saúde em detrimento dos serviços públicos de saúde.

A partir dos anos 80 a crise previdenciária chegou ao seu ápice, já que o país atravessava um momento político e econômico marcado por dificuldades tanto nacional quanto internacional, caracterizado por um intenso processo inflacionário e por uma acentuada crise fiscal, aliada ainda ao crescimento de movimentos de oposição ao regime militar (Cunha; Cunha, 1998 apud Brasil, 2005a).

Nesse contexto, as perspectivas para uma nova configuração para as políticas sociais acentuam-se e as discussões sobre a realidade caótica da saúde pública que estava exposta a população foi um dos motivos para o questionamento da atuação do Estado no setor saúde, já que era nítido que esse setor vinha a longos anos apresentado um caráter centralizado, burocrático, privatista e excludente. Esse cenário motivou debates entre profissionais de saúde, acadêmicos e intelectuais, o que levou ao surgimento de reivindicações para melhoria do quadro instalado no país.

E é nesse clima que surge o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira em que o conceito de prevenção e a necessidade de se considerar a saúde pública de forma global e integrada ganha destaque. O Movimento teve seu marco em 1986 quando a 8ª Conferência Nacional de Saúde propôs os critérios para reformulação do Sistema Nacional de Saúde junto a Assembleia Nacional Constituinte.

Mendes define a 8ª Conferência Nacional de Saúde

Como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da implantação de um novo paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle popular sobre o sistema (MENDES, 1994, pg. 42).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde estabeleceu que toda a população brasileira deve ter direito e acesso aos serviços de saúde, com participação ativa de todos os processos decisórios para o setor (BRASIL, 1986).

Foi criado então, em 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que trouxe como novidade o seu caráter descentralizador, pois se adentrou na política de descentralização da saúde e na descentralização do orçamento, o que possibilitou uma maior autonomia dos Estados no planejamento das atividades do setor.

Já em 1988 foi promulgada a Constituição Federal que estabeleceu a garantia da saúde em caráter universal, quando em seu artigo 196 diz que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado [...]” (BRASIL, 1988). Essa Constituição ao agregar propostas de melhorias recomendadas durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, estabeleceu mudanças no papel do Estado, provocando profundas transformações jurídicos-institucionais no sistema público de saúde, dando origem a novas relações entre as diferentes esferas do governo, novas responsabilidades entre os autores do setor, criando finalmente o Sistema Único de Saúde (SUS) (ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001).

Para a efetivação deste novo sistema, a organização do SUS deverá atender ao disposto no art. 198 da Constituição Federal que determina que

[...] as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de Governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais; participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Surge, assim, o Sistema Único de Saúde, o qual vem se consolidando como a política pública mais inclusiva de todos os tempos (BRASIL, 2007a).

No entanto, mesmo tendo sua criação na 8ª Conferência, foi somente a partir da regulamentação legislativa, que o SUS passou a entrar em vigor de fato, com as leis 8080 e 8142, ambas de 1990 (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JÚNIOR, 2001).

A Lei 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; dispõe também sobre a organização e funcionamento dos serviços, estabelecendo objetivos e articulações em suas esferas de governo, além de estabelecer princípios e a direção da implantação de um modelo de atenção que

priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da assistência e o controle social, incorporando em sua organização o princípio de território para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde (BRASIL, 1990a).

Já a Lei 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade e sobre as transferências dos recursos financeiros entre as esferas de governo na área de saúde. Quanto à participação da comunidade, a referida lei sinaliza que as discussões deverão ser estabelecidas por meio de instâncias colegiadas – as conferências de saúde e os conselhos de saúde (BRASIL, 1990b).

Com sentido de um melhor detalhamento, após a sanção da Lei 8142/90 foram publicadas as normas operacionais básicas – NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/92, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96. Em 2000 foi publicada a Emenda Constitucional nº 29 que pela primeira vez assegura recursos mínimos para financiamento das ações e serviços públicos de saúde. No ano de 2001 foi publicada a primeira norma operacional de assistência à saúde – NOAS/SUS 01/01, que foi revista, e publicada a NOAS/SUS 02/2002. Normas Operacionais são entendidas como mecanismos empregados para a definição de estratégias e movimentos tático-operacionais que reorientam a operacionalidade do sistema a partir de uma avaliação periódica de implantação e desempenho do SUS (BRASIL, 2003a).

Já a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001) pressupõe o desafio à consolidação do SUS, quando presume a necessidade de se por em prática a construção de redes assistenciais em atenção básicas eficazes e resolutivas, totalmente coesas com os níveis de atenção mais complexos, por meio de mecanismos que visem à garantia da qualidade (BRASIL, 2001a).

Mas nessa época nem todos os Estados encontravam-se no mesmo estágio de desenvolvimento levando a certa desarmonia no processo de implementação da NOAS 01/02, o que exigiu a busca de uma nova estratégia operacional do SUS no Brasil.

Surge então, em 2006, para atender ao contexto construtivo do SUS, o Pacto pela Saúde, que tem como objetivo promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando à qualificação e implementação do processo de descentralização, organização e gestão do sistema de saúde do Brasil e aprimoramento do processo de pactuação intergestores (BRASIL, 2006a). O Pacto pela Saúde está apoiado na tríade: pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto de gestão (BRASIL, 2006a).

Assim, o SUS com seus princípios doutrinários e preceitos constitucionais de universalidade, equidade e integralidade que foi idealizado por movimentos políticos e sanitários, criado pela Constituição Federal de 1988, gerido pelas leis 8080/90 e 8142/90 e recriado permanentemente por reformas incrementais acordadas pela União, Estado e Município é uma política pública jovem, mas com capacidade de renovar-se continuamente.

#### 2.1.2 A Estratégia de Saúde da Família no processo de mudança do modelo assistencial.

Diante das reformas nas políticas públicas de saúde e conforme os princípios estabelecidos pelo SUS implantou-se, em 1991, o Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS).

Segundo Ministério da Saúde,

O Programa de Agentes Comunitário de Saúde foi inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e orientações sobre cuidados de saúde. Sua meta se consubstancia na contribuição para a reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das ações entre os diversos profissionais, com vistas à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde (BRASIL, 2001b).

Apesar de todo êxito o PACS ainda era um mecanismo inábil para promover mudanças expressivas na Atenção Primária à Saúde (APS), impossibilitando a consolidação do SUS (BRASIL, 2002a). Após discussões o Ministério da Saúde propõe, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) como alternativa viável para a reorganização da atenção primária a saúde (MENDES, 1999).

Em busca de uma saída para a mudança de um modelo de atenção hegemônico no sistema de saúde brasileiro centrado na doença e na assistência



médica individual e a fragmentação da assistência quanto à prevenção e cura é que fez com que surgisse o Programa Saúde da Família (HEIMANN e MENDONÇA, 2005).

Sousa conceitua o PSF como

Uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada (SOUSA, 2000, pg. 25).

Já a definição proposta por Brasil (2006b) é que o Programa Saúde da Família é uma estratégia assistencial nova, que tem como enfoque a atenção na família e que prioriza os cuidados primários, por meio das primícias de promoção, prevenção, proteção e recuperação de agravos.

O PSF foi pensado como recurso de rompimento do comportamento impassível das unidades básicas de saúde, entendendo o indivíduo como único e como parte integrante de um contexto mais amplo que é a família e a comunidade (CHIESA; FRACOLI, 2004).

Percebe-se que o Programa Saúde da Família tem como proposta a transformação das práticas de saúde quando em 1998 o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde define que

[...] a família passa a ser objeto de atuação e é entendida à partir do espaço em que vive, chamado de espaço/domicílio. É importante salientar que o caráter de objeto de atuação não significa uma reificação da família, pelo contrário, sendo o foco de atuação da política de saúde, a família traz a dimensão mais presente do contexto social e histórico. O indivíduo no contexto de sua integração à família e à comunidade pode, desta forma, assumir a posição efetiva de sujeito do processo. Mais que uma delimitação de lugares geográficos, este espaço deve ser entendido como espaço-âncora, ou seja, onde se constroem as relações intra e extra familiares, onde se dá a luta pela sobrevivência, pela reprodução e pela melhoria das condições de vida (BRASIL, 1998a).

Nessa perspectiva, o programa saúde da família emerge com o objetivo de mudar o arcabouço então existente, transpondo de um alicerce curativo para um preventivo, da atuação monosssetorial para a interssetorial, da exclusão para a universalidade, da desigualdade para equidade.

Em 1997, o Ministério da Saúde sugeriu um novo conceito para definir o Programa Saúde da Família e o conceito proposto foi de uma Estratégia que prioriza a atenção centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social (BRASIL, 1998a). Em março de 2006, por meio da Portaria nº 648/2006, o Programa Saúde da Família foi renomeado como Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2006b), termo que será adotado na continuidade desse trabalho.

Assim, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) com a finalidade de valorizar a pluralidade de contextos em que os usuários se inserem, busca além de estratégias de promoção, proteção, recuperação e reabilitação o da intersetorialidade por meio de serviços assistenciais (ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico) e de vigilância em saúde (ambiental, epidemiológica e sanitária).

Corroborando Rosa e Labate (2005) descrevem que a ESF originou uma nova visão no processo de intervenção em saúde, pois apresenta como foco a família e não o indivíduo, além de agir antecipadamente, pois não espera a população procurar o atendimento, atuando preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção.

Referente à dinâmica de funcionamento, os objetivos da implantação do modelo da família são os de prestar assistência integral, continua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita; intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo de ações intersetoriais; contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida; estimular a organização da comunidade para efetivo exercício do controle social (BRASIL, 2011b).

Para atingir os objetivos descritos a operacionalização da Saúde da Família se dá mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. A equipe é composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição os profissionais de saúde bucal, que devem prestar assistência em toda fase de vida do

indivíduo/família com objetivo de efetuar a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2012). Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil habitantes, sendo a média recomendada de três mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade (BRASIL, 2012).

A equipe de saúde pode ser uma importante ferramenta de mudança do serviço, mas para isso os profissionais de saúde devem entender que o trabalho no serviço de saúde deve ser representado por valores humanitários de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania em torno da assistência em saúde (FRANCO; MERHY, 2003).

Segundo dados do Departamento da Atenção Básica (BRASIL, 2014a) em 1994 a proporção de cobertura populacional estimada era de 4,40%. Já no ano de 2013 essa cobertura chegou a 56,37%. Assim, de 1994 a 2013 foram implantados 34.715 equipes de saúde da família.

Desse modo, a ESF apresentou uma grande evolução quando propôs em sua formulação a mudança do foco de uma visão fragmentada para o todo, em que a atenção está voltada para o atendimento integral e contínuo do indivíduo por meio de atuação de uma equipe multidisciplinar.

No entanto, não se pode afirmar que os direitos garantidos por leis e a ampla expansão do número de equipes implantadas são o bastante para assegurar um novo sentido na organização e práticas do trabalho e no conjunto das ações e serviços produzidos.

### 2.1.3 Concepções sobre a Promoção da Saúde

O termo Promoção da Saúde (PS) aparece pela primeira vez em 1920, em Winslow, quando a comunidade diante do contexto que se encontravam no final da primeira guerra mundial se organizou para obter políticas que melhorassem as condições de saúde e os programas educativos para a população (CZERESNIA; FREITAS, 2003). Em 1946, também inspirado pelo necessário afincamento de reconstrução nacional em período de pós-guerra, Henri Sigerist definiu como tarefas essenciais da medicina a promoção da saúde, prevenção de doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

Já nos anos 60, Leavell e Clark definiram promoção da saúde como um dos elementos de nível primário de atenção em medicina preventiva e afirmaram que as ações em promoção da saúde servem para aumentar o bem-estar geral e da saúde (HEIDMANN, et. al., 2006).

Mas foi nos anos 70 que a promoção da saúde aparece internacionalmente como uma nova concepção de saúde. Em 1974, foi apresentado o primeiro documento oficial sobre promoção da saúde denominado de “*A new perspective on the health Canadians*” mais conhecido por “Informe Lalonde”. Este documento trouxe a perspectiva de campo da saúde que seria composto por: ambiente, considerando-se o ambiente físico e social sobre o qual o indivíduo tem pouco ou nenhum controle; a biologia humana, que engloba as manifestações orgânicas advindas de fatores físicos e mentais; estilo de vida, entendido como as escolhas individuais passíveis de controle; e a organização dos serviços de saúde que inclui a quantidade, a qualidade, a forma de organização e a relação entre pessoas e recursos na oferta da assistência (LALONDE, 1981). O citado documento reconhece que as principais causas de mortes e doenças no Canadá não podiam ser solucionadas pelo aumento nos gastos com assistência médica. Os componentes da biologia humana, meio ambiente e estilo de vida teriam um peso maior na determinação dessas doenças e mortes (LALONDE, 1981).

Conforme Carvalho (2004), o relatório tinha como pressuposto que os indivíduos devem assumir a responsabilidade sobre os efeitos deletérios de seus hábitos de vida. Já para Buss (2003), o “Informe Lalonde” se deu com objetivo de combater os crescentes custos com a assistência à saúde, indagando às abordagens biomédicas dominantes, que vinham apresentando resultados pouco significativos, já que eram priorizados investimentos na assistência médica em detrimento dos outros componentes do campo saúde.

Com outra visão Heidmann e outros (2006) afirmam que apesar da evolução no entendimento de promoção de saúde, o Informe realçava a ação individual, além de negligenciar o contexto político, econômico e social e também culpar indivíduos e grupos por problemas de saúde cujas causas se encontravam fora de suas competências.

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), na tentativa de evoluir em relação ao conceito de promoção da saúde, realiza a I Conferência Internacional

sobre Cuidados Primários da Saúde, em Alma-Ata. Nesta conferência é oficializado entre os países participantes o compromisso de “Saúde para Todos no ano 2000” (ARANTES et al., 2008).

Mas é em 1986 na Conferência de Ottawa, no Canadá, que a promoção da saúde tem seu marco. Dessa conferência surge a Carta de Ottawa onde define promoção de saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2001c).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), na produção da Carta de Ottawa, a promoção da saúde pode ser conceituada como um:

[...] processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem 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. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OPAS, 2008, pg. 1).

A partir desta Conferência foram criados campos de ações norteadores da promoção da saúde e que deveriam ser desenvolvidos nos encontros internacionais subsequentes, a saber: criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária por meio da participação popular contínua, elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, reorientação dos serviços de saúde e desenvolvimento das habilidades pessoais (BRASIL, 2001c).

Dessa forma, a promoção da saúde transpôs de uma fundamentação nos estilos de vida para uma nova orientação centrada nos fatores sociais e ambientais.

Em revisão de literatura realizada por Heidmann e outros. (2006), foi constatada que a Carta de Ottawa serviu como fio condutor das conferências subsequentes, principalmente por sua preocupação com as questões sociais.

As Conferências Internacionais de Promoção da Saúde foram até o momento em número de oito, respectivamente realizadas em Ottawa (1986), Adelaide (1988) que enfatizou a elaboração de políticas públicas saudáveis (OMS, 1986; OMS, 1988), Sundsvall (1991) que buscou enfatizar a interdependência do meio ambiente

e da saúde com enfoque a temática da ecologia e ambiente nas questões de saúde (OMS, 1991), Jacarta (1997) que refletiu sobre o que foi aprendido sobre promoção da saúde, bem como reexaminou os determinantes da saúde e identificou as direções e estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no século XXI e teve como enfoque a participação social e a saúde enquanto direito essencial do ser humano (OMS, 1997), México (2000) que buscou uma maior equidade, reconhecendo a responsabilidade dos governantes e necessidade de compartilhamento das estratégias entre todos os setores sociais entendendo a promoção da saúde como fundamental para a manutenção das atividades de saúde em nível local, nacional e internacional (OMS, 2000), Bangkok (2005) que identificou ações, compromissos e promessas para abordar os determinantes da saúde em um mundo globalizado (União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde / Oficina Regional Latino-Americana, 2005), Nairobi (2009) que constituiu uma oportunidade para a partilha de experiências sobre os cuidados primários de saúde, sendo a primeira a acontecer em um país em desenvolvimento (OMS, 2009) e Helsinque (2013) que buscou priorizar a saúde e a equidade como uma responsabilidade central dos governos para com seus cidadãos, reconhecendo a necessidade imperiosa e urgente de uma coordenação política eficaz para a saúde com a elaboração da “Saúde em Todas as Políticas” como parte integrante da contribuição dos países para que sejam alcançadas as Metas de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas (União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde / Oficina Regional Latino-Americana, 2013).

Como pode ser visto, a promoção da saúde estimula a mudança do olhar, quando transfere o olhar voltado para a doença para um olhar voltado para preocupações com as condições de moradia, renda, educação, segurança, meio ambiente, dentre outros determinantes sociais, para que assim, as pessoas obtenham graus satisfatórios de saúde e bem-estar.

A categorização de Sutherland e Fulton, apresentada por Buss (2000), diz que a promoção da saúde pode ser dividida em dois grandes grupos: no primeiro grupo as atividades estarão voltadas as modificações no comportamento de cada indivíduo e tem como foco ações que irão intervir nos comportamentos e nos estilos de vida destes, tendo como prioridade as ações educativas, primariamente relacionadas aos riscos comportamentais passíveis de mudanças. No segundo grupo as atividades estariam mais voltadas ao coletivo e ao ambiente,

compreendidos em um sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, por meio de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde.

Sutherland e Fulton (1998) citado por Buss (2000) afirmam ainda que o que descreve modernamente a promoção da saúde é a comprovação que os determinantes de saúde são os principais responsáveis sobre as condições de saúde, assim fica mais claro nos conceitos que definem o segundo grupo.

Para Kickbusch (1996), a promoção da saúde surgiu de um processo de evolução da Educação para a Saúde. Ela sugere que quanto mais ênfase era dada a Educação para Saúde ao longo da história da saúde pública, mais se aproximavam do conceito de promoção da saúde. Segundo a autora, atualmente, a perspectiva baseia-se numa visão integrada e ecológica da saúde pública, na qual não há separação entre o indivíduo e o meio, considerados como um todo (KICKBUSCH, 1996).

Em 2006 com o foco de assegurar os princípios de universalidade, equidade e integralidade e concretizar ainda mais os objetivos da estratégia de saúde da família o ministério da saúde lança a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

A política nacional de promoção da saúde é lançada como parte integrante do pacto pela saúde e tem como objetivos principais promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Esta política tem também como objetivos específicos favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis (BRASIL, 2010).

A estratégia de promoção da saúde, no SUS, é vista como uma possibilidade de evidenciar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde (BRASIL, 2010).

A promoção da saúde, de acordo com a PNPS, realiza-se na inter-relação sujeito-coletivo, público-privado, estado-sociedade, clínica-política, setor sanitário-outros setores, com o objetivo de desfazer com a descomedida fragmentação na

abordagem do processo saúde adoecimento e diminuir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem (BRASIL, 2010).

Corroborando Guimarães (2010) entende promoção da saúde como responsabilidade dos governos, das instituições e comunidades, dos serviços e dos profissionais de saúde. E para que esta seja de fato realizada é incontestável que deve haver a reorganização dos serviços, assim como as mudanças na formação e nas atitudes dos profissionais, para que as necessidades dos indivíduos possam ser entendidas e atendidas de forma integral (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

Nessa mesma linha percebe-se que a Política Nacional de Promoção da Saúde foi pensada de forma a promover o entendimento entre diversos setores – sociedade, governamental, não governamental e privado. Ou seja, trata-se de uma política integrada, intersetorial e transversal. E ao propor uma política com essas características ocorre o estímulo à formulação de propostas amplas e integradas para intervenção sobre os fatores econômicos, sociais, políticos e ambientais que influenciam a saúde.

A partir do momento em que uma política pública elege a família e o seu ambiente como âmbito e elabora suas diretrizes sob os pilares da promoção da saúde, admite-se que o ambiente e as condições de vida em que estas famílias vivem são fatores determinantes e condicionantes do seu estado de saúde (AZEVEDO, 2003).

Sendo assim, a Estratégia de Saúde da Família proporciona à introdução da problemática ambiental na esfera da atenção primária a saúde ao trabalhar a lógica da promoção da saúde, sob os princípios da territorialidade, intersetorialidade e participação social, além dos princípios estabelecidos pelo SUS (TEIXEIRA, 2001).

## 2.2 Meio Ambiente, Saúde, Educação e Enfermagem – temas indissociáveis.

Ao analisar a História, percebe-se que desde os povos primitivos a atualidade ocorre uma relação, seja direta ou indiretamente, do meio ambiente com a saúde. E os impactos negativos da destruição e do desequilíbrio ambiental afetam as condições de saúde e de doença da população. Assim, esses dois temas não podem ser vistos de forma desconexas, pois é na desarmonia desta interação que se têm impactos tanto qualitativo quanto quantitativamente nas condições de saúde



da população. E viver em um ambiente saudável e ser comunicado sobre a interação saúde-meio ambiente é direito de todo ser humano.

Desta forma, diante da complexidade que aflige os problemas convergentes saúde-meio ambiente, abordar a questão ambiental é de fundamental importância, principalmente pelos trabalhadores de saúde. E esta abordagem deve ser construída por uma prática educativa.

Historicamente foram os eventos políticos e econômicos que ocorreram no Brasil, acompanhando uma tendência internacional, que promoveram o avanço da educação em saúde ao desencadear a reflexão sobre a necessidade de transformação do contexto que a saúde se encontrava. A educação em saúde apresentou concepções e nomenclaturas diferentes, mas foi a partir da Declaração de Alma-Ata que esse termo foi introduzido como essencial para as práticas de saúde em todo mundo. Como foi visto anteriormente, as políticas de promoção à saúde são impulsionadas após a criação do SUS, o qual contribuiu ao propor a inversão da atenção curativa para a concretização dos princípios de universalidade, equidade e integralidade (GASTALDI; HAYASHI, 2002). Esses princípios avistaram a educação em saúde como mola propulsora para interferir sobre os problemas de saúde que abrangem elementos subjetivos como cultura, gênero, meio ambiente, dentre outros (BUSS, 2000).

Nesse contexto, o profissional de enfermagem por ter como foco a saúde sob uma perspectiva holística, surge como um ator social importante nesta prática educativa ao estimular a saúde e a qualidade de vida por meio da educação em saúde.

O enfermeiro por apresentar uma relação mais próxima com a comunidade, seja em atendimento individual ou grupal, seja em visita domiciliar, é capaz de promover a formação do conhecimento em saúde por meio da educação, contribuindo na formação de indivíduos conscientes e capazes de se responsabilizar pela sua própria saúde e intervir no ambiente responsável pela manutenção desta (OLIVEIRA, 2005; SOUSA, 2008).

Assim, pelo fato da educação em saúde ser uma prática frequente nas ações realizadas pelos enfermeiros, Leonello e Oliveira descrevem em seu estudo competências que devem estar presentes nas ações educativas, a saber:

Promover à integralidade do cuidado a saúde, articular teoria e prática; promover o acolhimento e construir vínculos com os sujeitos assistidos; reconhecer-se e atuar como agente de transformação da realidade em saúde; reconhecer e respeitar a autonomia dos sujeitos em relação à sua vida; respeitar o saber de senso comum; utilizar diálogo como estratégia para transformação da realidade em saúde; operacionalizar os sujeitos com informações adequadas e valorizar e exercitar a intersectorialidade no cuidado à saúde (LEONELLO; OLIVEIRA, 2008, pg. 179).

Desta forma, a educação em saúde pode tornar-se uma estratégia para criação e fortalecimento do vínculo entre o enfermeiro e o cliente. Todavia, devem prevalecer as práticas que respeitem as diferenças das pessoas envolvidas para que a educação em saúde aconteça de forma eficaz e não impositiva, assim, tornando-se uma ferramenta de empoderamento dos indivíduos (ALVES, 2005).

Boehs e outros (2007) reforçam o exposto acima ao dizer que o respeito entre o profissional e o cliente mostra-se fortalecedor do processo educativo, pois a partir disso pode ocorrer a negociação e interação no processo de troca o que leva a mudança mútua de si e de suas realidades.

Posto isso, entende-se que uma educação em saúde que almeje melhorar a saúde do ser humano, deve abarcar diversos aspectos da vida desse ser, incluindo a interface saúde e meio ambiente.

Sendo assim, o enfermeiro por apresentar uma íntima relação com a comunidade é capaz de realizar atividades de educação em saúde que abarque esses dois temas na tentativa de compartilhar conhecimentos e fazer com que a comunidade se sensibilize e incorpore atitudes positivas com o meio em que se encontram. E assim, auxiliar no desenvolvimento de um raciocínio crítico e capacidade de intervenção sobre suas próprias vidas e sobre o meio ambiente.

Este profissional tem a capacidade de instigar na população pensamentos críticos sobre as suas práticas ecológicas ao mesmo tempo em que promove a capacidade de intervenção, a corresponsabilidade e a consciência das ações com o meio ambiente.

### 2.3 A educação ambiental como elemento gerador de mudanças

Devido os problemas advindos da degradação do meio ambiente os debates a respeito da educação ambiental se intensificaram no mundo inteiro.

Nesse contexto em 1972, a Conferência das Nações Unidas para o Ambiente Humano, realizada em Estocolmo, na Suécia, já apontava a necessidade de se pensar em uma Educação Ambiental como ferramenta estratégica para se buscar qualidade de vida e desenvolvimento sustentável. Deste encontro surgiu a Declaração sobre o Ambiente Humano que propõe a realização de uma educação em questões ambientais com o objetivo de

[...] favorecer a formação de uma opinião pública bem informada e uma conduta dos indivíduos, das empresas e das coletividades, inspiradas no sentido de suas responsabilidades com a proteção e melhoria do meio, em toda a sua dimensão humana (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1972).

Uma das resoluções dessa conferência, a de número 96, destaca que a solução dos problemas ambientais está na educação dos cidadãos e colocou a necessidade do desenvolvimento da educação ambiental como um dos elementos basilar para o combate a crise ambiental no mundo (GALLI, 2008). Em resposta à recomendação 96 da Conferência de Estocolmo, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), em colaboração com o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA), criou, no ano de 1975, o Programa Internacional de Educação Ambiental (PELICIONI, 1998).

No ano de 1975, aconteceu em Belgrado, na Iugoslávia, um encontro promovido pela UNESCO e PNUMA que teve como resultado a Carta de Belgrado em que está explícita as metas e objetivos da educação ambiental e estabelece que essa educação deva ser multidisciplinar, integrada a demandas regionais e voltada para interesses nacionais (DIAS, 2003). Além de enfatizar que o princípio básico deste tipo de educação é a atenção ao natural e artificial atentando para os princípios estéticos, sociais, políticos e culturais (DIAS, 2003).

Em Outubro de 1977, em Tbilisi, na Geórgia, aconteceu a primeira Conferência Intergovernamental em Educação Ambiental que constituiu um ponto culminante do Programa Internacional de Educação Ambiental (PEDRINI, 1998). Isto se deu devido ao documento gerado nessa conferência denominado de Declaração de Tbilisi que estabeleceu os objetivos, princípios, definições, características e estratégias pertinentes aos planos internacional, nacional e regional da educação ambiental (BRASIL 1998b). Dentre suas recomendações, a de número três atribuiu à escola um papel determinante no conjunto da educação ambiental e foi estabelecido

que o ensino formal seria um dos eixos fundamentais para se conseguir atingir os objetivos então estabelecidos (DIAS, 2003).

A declaração destaca que

[...] a educação ambiental deve ser dirigida à comunidade despertando o interesse do indivíduo em participar de um processo ativo no sentido de resolver os problemas dentro de um contexto de realidades específicas, estimulando a iniciativa, o senso de responsabilidade e o esforço para construir um futuro melhor. Por sua própria natureza, a educação ambiental pode, ainda, construir satisfatoriamente para renovação do processo educativo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1977).

Já em âmbito nacional, foi a partir da promulgação da Lei nº 6.938/81, que instituiu a Política Nacional de Meio Ambiente para todos os níveis de ensino, que a EA pôde, efetivamente, ser inserida na escola. É considerada uma das mais importantes do Brasil, pois foi a primeira que versou sobre educação ambiental e colocou esse tipo de educação como imprescindível para combater e solucionar os problemas ambientais (BRASIL, 1998b).

Nesta mesma década, em 1987, aconteceu em Moscou o Congresso Internacional da UNESCO-PNUMA que teve como finalidade analisar as conquistas e dificuldades a partir da Conferência de Tbilisi e propor estratégias de ação na área da educação ambiental para década de 90 (GALLI, 2008; GUIMARÃES, 1995).

Um ano depois dessa conferência, em 1988, foi aprovada a Constituição Federal Brasileira que em seu artigo 225, inc. VI, reafirmou o dever do Estado em “promover a educação ambiental e a conscientização pública para a preservação do meio ambiente” (BRASIL, 1988). No entanto, a educação ambiental foi tratada de forma desassociada, já que estava presente apenas no capítulo de meio ambiente. A partir daí várias portarias, decretos e afins foram criados para abordarem o tema da educação ambiental e sua implantação e implementação.

Já a década de noventa foi marcada pela II Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento Humano, conhecida como Rio-92 ou Eco-92, que teve como contribuição disseminar a questão ambiental. Nessa Conferência foram construídos vários documentos importantes, dentre eles a Agenda 21, a Carta Brasileira para Educação Ambiental, o Tratado de Educação Ambiental, a Declaração do Rio de Janeiro, a Convenção sobre o Clima e o Tratado da Biodiversidade. Ribeiro (2001) identifica a partir da Rio-92 que os Estado atuam de

acordo com interesses próprios, e as decisões tomadas por eles são aquelas que não irão afetar sua soberania, dessa forma percebe-se que não se discutiu o modelo de desenvolvimento produtor de problemas ambientais.

Desta forma, cada conferência que acontecia era importante para a definição dos objetivos, das estratégias e dos princípios norteadores para todos os países desenvolverem a educação ambiental.

Assim, o Brasil também influenciado aprovou no ano de 1996 a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei nº 9.394) e no ano de 1999 aprovou a Lei da Educação Ambiental (Lei nº 9.795).

A Lei de Diretrizes e Base estabelece, dentre vários temas discutidos, a inserção da educação ambiental nos diferentes níveis de ensino e reforça que é primordial a disponibilidade da formação básica para todos (BRASIL, 1996). Diante disso, no ano seguinte, desenvolveu os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNS) que define que o meio ambiente deve ser incorporado na forma de tema transversal nos currículos de ensino por ser um problema social de grande abrangência e atual (BRASIL, 1997).

Já a Lei 9.795 “dispõe sobre a educação ambiental, institui a Política de Educação Ambiental e dá outras providências” (BRASIL, 1999). Essa lei define no seu artigo 3º as atribuições para os diferentes seguimentos sociais, a saber:

I - ao Poder Público, nos termos dos arts. 205 e 225 da Constituição Federal, definir políticas públicas que incorporem a dimensão ambiental, promover a educação ambiental em todos os níveis de ensino e o engajamento da sociedade na conservação, recuperação e melhoria do meio ambiente;

II - às instituições educativas, promover a educação ambiental de maneira integrada aos programas educacionais que desenvolvem;

III - aos órgãos integrantes do Sistema Nacional de Meio Ambiente - Sisnama, promover ações de educação ambiental integradas aos programas de conservação, recuperação e melhoria do meio ambiente;

IV - aos meios de comunicação de massa, colaborar de maneira ativa e permanente na disseminação de informações e práticas educativas sobre meio ambiente e incorporar a dimensão ambiental em sua programação;

V - às empresas, entidades de classe, instituições públicas e privadas, promover programas destinados à capacitação dos trabalhadores, visando à melhoria e ao controle efetivo sobre o ambiente de trabalho, bem como sobre as repercussões do processo produtivo no meio ambiente;

VI - à sociedade como um todo, manter atenção permanente à formação de valores, atitudes e habilidades que propiciem a atuação individual e coletiva voltada para a prevenção, a identificação e a solução de problemas ambientais (BRASIL, 1999).

Mas foi no ano de 2002, pelo decreto 4.281, que a Lei N° 9.795 foi regulamentada, principalmente no que se refere ao acompanhamento e gestão da implementação da educação ambiental no país (BRASIL, 2002b).

Percebe-se por todos os tratados, conferências, decisões e recomendações à importância dada a Educação Ambiental como mecanismo imprescindível para conseguir que a interação sociedade-natureza aconteça de forma harmoniosa, além de procurar criar e aplicar soluções para os problemas ambientais. Segundo Brasil a educação sozinha não é suficiente para mudar os rumos do planeta, mas certamente é condição necessária para isso (BRASIL, 1998b).

Em encontro ao exposto acima, a educação ambiental pode ser conceituada de várias formas, mas todas convergem para um mesmo foco que é a mudança de atitude e valores com o meio ambiente. Para Guimarães (1995) a Educação Ambiental deve ser direcionada para mudança de valores e atitudes por meio de concepções de novos hábitos e conhecimentos, para resolução de problemas locais e para a conscientização de que a melhoria da qualidade de todos os níveis de vida depende da promoção da interação ser humano-sociedade-natureza para assim chegar ao equilíbrio local e global.

Com esse mesmo pensamento, Leff (2001) afirma que por meio do entendimento da complexidade da relação homem-natureza a educação ambiental aspira à sustentabilidade a partir da mudança do comportamento e dos saberes.

Para isso faz-se necessário pensar nas relações existentes entre os elementos da natureza e a sociedade e suas interdependências para que o homem alcance o conceito de que o ambiente se assume como um campo de interações sociais, naturais e culturais (CARVALHO, 2008).

Carvalho (2002) ressalta que educação ambiental deve ser uma das condições indispensáveis para a criação de um entendimento novo, fazendo parte de uma nova esperança ao ideário educacional daquilo que a sociedade compreende ser um bem para todos. Corroborando com essa ideia Loureiro (2008) aponta que a educação ambiental pode não ser o único, mas é um dos meios de atuação pelos quais os seres em sociedade se realizam e dessa forma não pode ser pensada e nem praticada senão no contexto das relações sociais.

Reigota nos diz que:

[...] o desafio da educação ambiental é sair da ingenuidade e do conservadorismo (biológico e político) a que se viu confinada e propor alternativas sociais, considerando a complexidade das relações humanas e ambientais (REIGOTA, 2010, pg. 28).

Esse mesmo autor descreve os objetivos da Educação Ambiental. São eles: Conscientização – levar o indivíduo a uma tomada de consciência do meio global e de se mostrarem sensíveis aos mesmos; Conhecimento – permitir aos indivíduos a compreensão do meio ambiente e aos problemas que a eles estão interligados, desmistificando suas responsabilidades enquanto seres humanos; Comportamento – adquirir o sentido dos valores sociais, muito mais do que um profundo interesse pelo nosso meio ambiente é à vontade de contribuir para sua proteção e qualidade; Competência – levar os indivíduos a adquirir capacidades para ajudar nas soluções dos problemas ambientais; Capacidade de avaliação – avaliar medidas e programas relacionados ao meio ambiente devendo traduzir a linguagem técnico-científica para a compreensão de todos; Participação – busca fazer com que as pessoas entendam a responsabilidade, os direitos e os deveres que todos têm com uma melhor qualidade de vida, procura nas pessoas o desejo de participar na construção de sua cidadania (REIGOTA, 1994).

Loureiro conclui que

Para a real transformação do quadro de crise estrutural e conjuntural em que vivemos a Educação Ambiental, por definição, é elemento estratégico na formação de ampla consciência crítica das relações sociais e de produção que situam a inserção humana na natureza (LOUREIRO, 2008, pg. 69).

E essa formação pode ser realizada em nível formal (desenvolvida no âmbito dos currículos das instituições de ensino público e privado) e informal (praticada em outros espaços de vida social, com métodos e formas de ações diferentes das utilizadas no nível formal). Assim, as ações realizadas pelos enfermeiros na estratégia de saúde da família podem ser conceituadas como informal. E a prática da educação ambiental pelo enfermeiro nesse local deve prover os indivíduos com uma visão global e abrangente das questões ambientais pela troca de conhecimentos e vivências. Para que assim a comunidade compreenda suas funções e suas responsabilidades com os processos e dinâmicas do meio ambiente e estejam aptas a atuarem na realidade socioambiental de forma comprometida.

Contudo, para que isso aconteça, é necessário compreender o que os profissionais pensam sobre meio ambiente e educação ambiental, visto que, diferentes concepções sobre esses dois temas podem influenciar nas abordagens e orientações realizadas a comunidade e até mesmo nas suas práticas cotidianas.

## 2.4 Representações Sociais

### 2.4.1 A teoria das representações sociais

A teoria da representação social não surgiu sem fundamentação. Foi com os estudos sobre representação coletiva de Durkheim que a definição de representação social teve origem. Émile Durkheim diferenciou o conceito de representação individual do de representação coletiva. Para ele representação é o modo como um dado grupo compreende as suas formas de relação com objetos que o influencia (DURKHEIM, 1978). Esse autor ao procurar realizar a distinção contemplou a representação coletiva como objeto da sociologia enquanto a representação individual era objeto da psicologia (DUVEEN, 2003; KUHNEN, 2002).

Em 1961 a teoria da representação social surge na França com Serge Moscovici em seu livro *La Psychanalyse: son image et son public*, em que apresenta resultados encontrados por meio de uma pesquisa de opinião que tinha como principal objetivo verificar qual a transformação que a psicanálise havia sofrido ao passar para o âmbito do conhecimento popular. Ele chegou a conclusão que tanto a linguagem e sua comunicação por meios da imprensa, igreja e partidos políticos quanto a classe social que cada grupo pertencia influenciavam diretamente na definição dos fatos e eventos em função dos interesses pessoais e grupais. O livro foi traduzido parcialmente em 1978 no Brasil com título *A representação social da Psicanálise*, e, em 2012 teve sua tradução na íntegra e recebeu o título de *A Psicanálise, sua imagem e seu público*. Ao contrário de Durkheim a teoria da representação social de Moscovici posiciona-se de modo conexo com o pensamento sócio-psicológico.

Assim, para Durkheim as representações coletivas são compreendidas como uma classe geral de ideias que tem como função agregar certo ideário social, além de apresentarem modos estáveis de compreensão social (DOTTA, 2006; DUVEEN, 2003). Já para Moscovici, as representações sociais têm a ver com formas



particulares de compreender, comunicar e criar realidades. Ao propor estudar como e por que ocorre a partilha do conhecimento entre as pessoas, a teoria de representação social de Moscovici objetiva construir uma psicologia social do conhecimento, levando a constituir uma realidade comum. Esta teoria está pautada na ideia de que as representações não apenas designam uma classe de conhecimento e crenças coletivas (DUVEEN, 2003; KUHNEN, 2002).

Para Moscovici a conceituação da representação social não era seu foco, mas o fez dizendo que

[...] podemos nos perguntar o que define uma representação social. Se tiver presente ali algum sentido isso se deve ao fato de ele corresponder a certo modelo recorrente e compreensivo de imagens, crenças e comportamento simbólico. [...] na verdade, do ponto de vista dinâmico, as representações sociais se apresentam como um 'rede' de ideias, metáforas e imagens, mais ou menos interligadas livremente e, por isso, mais móveis e fluidas que teorias (MOSCOVICI, 2004, pg. 209-210).

Em outra parte de sua obra, Moscovici (2004) afirma que as representações elaboradas são o resultado do empenho constante de tornar o incomum em real, o não familiarizado no familiarizado, e assim, integrá-lo ao mundo mental e físico de cada indivíduo que após várias adaptações faz com o que “estava longe, pareça ao alcance de nossas mãos; o que era abstrato torna-se concreto e quase normal”.

A teoria da representação social emprega-se em compreender o processamento do conhecimento cotidiano em relação ao conhecimento científico em que a questão da não familiaridade torna-se mais compreensível quando Moscovici traz coexistência do universo reificado ou científico e do universo consensual ou cotidiano.

O conhecimento científico ou reificado é aquele em que a ciência e o erudito estão presentes e que busca mapear as atuações e cujos objetos e eventos não são afetados pelas aspirações individuais (CARRASCO, 2012; KUS, 2012). Já o conhecimento consensual ou conhecimento cotidiano é uma mistura de ideias e teorias científicas que foi reapropriada de uma forma diferente, em que está inserida a comunicação, às práticas interativas, o senso comum (CARRASCO, 2012; KUS, 2012). O conhecimento científico se incorpora ao conhecimento cotidiano quando é transformado continuamente pelos demais integrantes da sociedade de uma forma particular (CONTARELLO, 2007).

Neste sentido, Moscovici complementa dizendo

Quando me refiro às representações sociais, não tenho em mente aquela das sociedades primitivas ou das eras remotas. Estou pensando nas representações sociais da nossa sociedade presente, de nosso solo político, científico e humano, aonde o tempo é muito curto para permitir sedimentação própria, e para criar tradições imutáveis. Representações sociais tornam-se cada vez mais importantes, enquanto os sistemas unificadores dos quais dispomos (ciência, religião, ideologia, estado) tornam-se cada vez mais mutuamente incompatíveis. As comunicações de massa aceleram esta tendência, e aumentam a necessidade de uma sutura entre o status abstrato de nossas ciências e nossas crenças gerais de um lado, e sociais de outro. Em outras palavras, há uma necessidade cada vez maior de se continuar reconstituindo o “senso comum”, aquela soma de conhecimentos que constituem o substrato de imagens e significados sem os quais nenhuma coletividade pode operar (MOSCOVICI, 1982, pg. 48).

Partindo do que foi exposto por Moscovici vários autores contribuíram para o conceito de representação social o qual vem sendo definido de diferentes formas e sob diferentes aspectos.

Jodelet, principal seguidora de Moscovici, diz que a representação social é “uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada com objetivo prático que é contribuir para a construção de uma realidade comum” (JODELET, 2001, pg. 22).

Franco (2004) relata que são a partir das dinâmicas que se desenvolvem entre as atividades psíquicas do sujeito e o objeto de conhecimento que se dá origem as representações sociais.

Já Wagner (1998, pg. 3-4) diz que “a representação social é vista como um processo público de criação, elaboração, difusão e mudança do conhecimento compartilhado no discurso cotidiano dos grupos sociais”.

Outro autor que traz uma contribuição para elaboração do conceito de representação social é Spink (1993) ao considerar esse fenômeno como um conceito transdisciplinar e de interesse a todas as ciências humanas.

Reigota (2010) também deu sua contribuição quando diz que as representações sociais são construídas dinamicamente nas relações sociais a partir dos sentidos atribuídos por indivíduos de diferentes grupos a respeito de sua realidade e demanda.

Complementando Santos destaca que

a proposta contida na teoria das representações sociais refere-se ao estudo de um fenômeno específico e delimitado: as teorias do senso comum. Estas teorias são conjuntos de conceitos articulados que têm origem nas práticas sociais e diversidades grupais cujas funções é dar sentido à realidade social, produzir identidades, organizar as comunicações e orientar as condutas. Não é, portanto, todo e qualquer conhecimento do senso comum que pode ser denominado de representação social (SANTOS, 2005, pg. 22).

Conforme Moscovici (2004) a principal função das representações é a familiarização do desconhecido e ele descreve dois conceitos centrais para compreensão de como se constroem as representações.

O primeiro é o conceito da ancoragem a qual “transforma algo perturbador, que nos intriga em nosso sistema de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada” (MOSCOVICI, 2004, pg. 61). Ou seja, quando as pessoas buscam comparar e ajustar informações desconhecidas com informações já contextualizadas as quais tenham confiança. Por meio da assimilação a ancoragem permite o surgimento de novas representações sociais (MOSCOVICI, 2004).

O segundo é o conceito de objetivação que Moscovici (2004) traz como a reprodução do conceito em uma imagem após a descoberta da qualidade icônica de uma ideia. Ou seja, é a reprodução do conceito por meio da imagem, em que o conceito deixa de ser abstrato, é recriado e ganha forma passando a ser um conceito concreto.

Jodelet (2001) descreve a objetivação subdividindo-a em três fases. A primeira fase é a construção seletiva de um determinado conhecimento a partir do contato com o conhecimento científico. As pessoas se apropriam desses conhecimentos e as informações são tratadas como pertencente a seu grupo. A segunda fase é a esquematização que é a reordenação de conceitos de uma teoria ou condição para torná-la aceitável para o indivíduo ou para o grupo. Por fim, a terceira fase é quando os elementos da representação se tornam reais e são capazes de produzir um efeito, ou seja, capaz de orientar seu comportamento e sua conduta (JODELET, 2001).

Enfim, os processos de objetivação e ancoragem se complementam de modo a permitir que o conteúdo já estruturado se apoie no pensamento social (MOSCOVICI, 2004).

Posto isto, a representação social é o senso comum dos mais diferentes temas estruturados nas relações interpessoais por meio de conversas, ideologias, análises, simbologias. E após elaboração da representação ela passa a influenciar as relações e os comportamentos sociais dos grupos.

#### 2.4.2 A representação social de meio ambiente

Na área de educação e meio ambiente, o ingresso da teoria de representação social se dá em 1990 com a tese de doutorado de Marcos Reigota, na Universidade de Louvain, que marca o emprego das representações sociais das pesquisas em Educação Ambiental. Reigota (2010) em seu livro *Meio Ambiente e Representação Social* apresenta alguns questionamentos sobre o significado de meio ambiente, discutindo se este deve ser tratado como um conceito científico ou como uma representação social. Ele considera os conhecimentos científicos como “termos entendidos e utilizados universalmente, por serem definidos, compreendidos e ensinados de forma padronizada pela comunidade científica” (REIGOTA, 2010, pg. 11). Por sua vez, a “representação social está basicamente relacionada com as pessoas que atuam fora da comunidade científica, embora possam também aí está presentes” (REIGOTA, 2010, pg. 12).

Este autor ao analisar as definições de meio ambiente fornecida por especialistas de distintas áreas científica, conclui que não existe um consenso sobre o que seja meio ambiente por parte dos membros da comunidade científica e que existem diferentes representações que são distintamente compartilhadas por diferentes grupos sociais (REIGOTA, 2010).

Para Trigueiro (2003), a palavra meio ambiente não costuma ser definida com clareza, embora seja uma expressão bastante conhecida. Portanto, na ausência deste consenso na comunidade científica em geral, o meio ambiente pode ser considerado uma representação social (REIGOTA, 2010).

A representação de meio ambiente de Reigota é assim revelada:

Lugar determinado ou percebido, onde os elementos naturais e sociais estão em relações dinâmicas e em interação. Essas relações implicam processos de criação cultural e tecnológica e processos históricos e sociais de transformação do meio natural e construído (REIGOTA, 2010, pg. 154).

Em encontro a esse pensamento Valera traz esclarecimentos importantes sobre as representações de meio ambiente:

É possível pressupor que as pessoas desenvolvem representações sobre o nosso entorno físico a partir de um conjunto de informações socialmente compartilhadas que, mais que mero reconhecimento de elementos espaciais e sua disposição e estrutura, e ancoradas no senso comum e em nosso contexto cultural, atuam como verdadeiras teorias sobre como é nosso ambiente, o que podemos esperar e como devemos nos relacionar com ele. Isto permite, através de uma série de processos cognitivos, simplificar a grande quantidade de estímulos ambientais que nos chegam, capturando aqueles que socialmente parecem essenciais para interagir com o ambiente (VALERA, 2002, pg. 135).

Neste contexto, conhecer as representações sociais que as pessoas têm sobre o meio ambiente, impõe-se como ponto de partida para compreender quais opiniões, experiências, informações, atitudes, crenças, símbolos que se tem sobre o meio ambiente além de possibilitar compreender os comportamentos com o meio.

Em um estudo realizado por Reigota (1990), esse autor identificou três categorias de representação social de meio ambiente, a saber: naturalista, antropocêntrica e globalizante.

A representação naturalista ressalta a natureza, com o meio ambiente voltado apenas para o que é natural, sendo esse compreendido como ecossistema e todas as suas categorias de complexidade. O ser humano é considerado um observador e os aspectos sociais não são levados em conta. Destacam-se conceitos ecológicos voltados para conservação da natureza, reciclagem de lixo, reutilização de materiais, dentre outros.

A representação antropocêntrica o foco está na utilização ou utilidade dos recursos naturais para sobrevivência do ser humano e para garantir melhores condições de vida. Nesta representação o ser humano tem o controle sobre a natureza e a figura humana é central. O meio ambiente é tido exclusivamente como meio de exploração de recursos, ou seja, a natureza é um objeto a serviço das vontades humanas. Apresenta indícios de uma postura individualista e sem compromisso socioambiental.

A representação globalizante aponta a relação de reciprocidade entre a sociedade e a natureza. O ser humano é compreendido como capaz de transformar e ao mesmo tempo ser transformado. Enfocam aspectos naturais, sociais, políticos,

econômicos, filosóficos e culturais. O ser humano é visto como pertencente à comunidade.

## **METODOLOGIA**

### **3.1 Delineamento do estudo**

Os autores Spink (1995) e Nascimento-Schulze e Camargo (2000) relatam que quando se fala em trabalhos que envolvem representação social é comum à associação de mais de um método para coleta de dados. Corroborando Jodelet (2001) ao analisar 297 títulos entre artigos, teses e dissertações que abordam o tema representação social concluiu que estes foram desenvolvidos utilizando diversas metodologias. Sá (1998) e Minayo (2008) consideram que as pesquisas em representação social não apresentam uma técnica e análise de dados que sejam pré-estabelecidas, priorizadas, preferidas.

Assim, optou-se pela linha de pesquisa qualitativa e quantitativa. A escolha deste método foi motivada pela compreensão de que a pesquisa qualitativa e quantitativa, não só permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social (GIL, 2006), como também diz respeito à possibilidade concreta de tratar-se de uma realidade da qual, somos agentes de transformações diante de nossas interações sociais (MINAYO, 2002).

Quanto aos seus objetivos, este estudo foi definido como pesquisa exploratória e descritiva. Segundo Gil (2006, pg. 41), pesquisas exploratórias tem como objetivo “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito”. O mesmo autor ressalta que o estudo descritivo tem como objetivo primordial à descrição das características de determinada população ou fenômeno (GIL, 2006). Complementando o que foi descrito acima, Andrade (apud BEUREN, 2008, pg. 40), diz que “a pesquisa descritiva preocupa-se em observar os fatos, registrá-los, analisá-los, classificá-los e interpretá-los, e o pesquisador não interfere neles”.

Para o desenvolvimento da pesquisa optou-se pela utilização de um questionário (apêndice A) que foi elaborado com base em leituras de teses e dissertações. O questionário semi estruturado articula sete perguntas objetivas, que pressupõe questionamentos previamente formulados, e uma pergunta dissertativa em que os pesquisados têm a possibilidade de decorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas.

A primeira parte do questionário foi constituída por sete perguntas objetivas e têm como finalidade estabelecer o perfil dos sujeitos da pesquisa e suas práticas na ESF quando contempla os dados pessoais, dados da formação acadêmica, dados de atividades educativas exercidas na ESF e as dificuldades encontradas para desenvolver essas atividades. Estes dados foram analisados por meio de gráficos.

A segunda parte do questionário foi composta por uma questão dissertativa, a saber: O que você entende por Meio Ambiente? Para análise dos dados da questão dissertativa foi utilizado como princípio norteador os trabalhos de Marcos Reigota, a partir do qual foram definidos três tipos de representação social de meio ambiente: a Naturalista, a Antropocêntrica e a Globalizante. Primeiro realizou-se uma leitura de todos os questionários para conhecer o contexto e apreender de uma forma global as ideias principais e os seus significados gerais. Logo após, efetuou-se a releitura cuidadosa dos materiais com a finalidade de verificar a que tipo de representação, dentre as definidas por Reigota, correspondia o conteúdo expresso em cada um deles. A unidade de análise utilizada foi uma palavra, uma frase e/ou conjunto de frases para no final do procedimento verificar em que tipo de representação poderia está cada resposta. Após esta releitura, os conteúdos das respostas emitidas foram classificados de acordo com a categoria de representação social de meio ambiente – naturalista, antropocêntrica ou globalizante – o que permitiu o entendimento das representações sociais que o grupo apresenta em relação ao meio ambiente.

Assim, os dados qualitativos estão apresentados na análise da questão subjetiva e os indicadores de quantidade nas respostas objetivas.

Também é importante em uma pesquisa à dimensão temporal, que pode ser transversal ou longitudinal. Os estudos longitudinais são aqueles que coletam os dados em mais de um momento no tempo (POLIT; HUNGLER, 2004), já os estudos transversais são aqueles elaborados para coleta de dados em um único momento no tempo (POLIT; HUNGLER, 2004). Nesta pesquisa a coleta de dados ocorreu em um único momento, no dia 04 de julho de 2014, em uma reunião realizada pela secretaria de saúde com todos os enfermeiros. Portanto, trata-se de um estudo transversal.



### 3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Eunápolis – Bahia cuja área é de 1.179 km<sup>2</sup>. Está localizado no extremo sul do Estado, as margens da BR-101 (Salvador/Rio de Janeiro) e BR 367 (Eunápolis/Porto Seguro) tendo como municípios limítrofes Itagimirim, Porto Seguro, Guaratinga, Belmonte, Itabela e Santa Cruz Cabrália e distancia 671 quilômetros da capital – Salvador (BAHIA, 2014). Sua população é de 110.803 habitantes, sendo então a 16<sup>a</sup> cidade mais populosa do estado em 2013, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2014b).

O início da povoação se deu nos anos da década de 50, por ocasião da chegada dos primeiros trabalhadores à região para a construção de estradas (BAHIA, 2014). Antes de sua emancipação, Eunápolis pertencia aos municípios de Porto Seguro (20%) e de Santa Cruz Cabrália (80%). Após a realização de dois plebiscitos foi aprovada a Lei 4770/98 pela Assembléia Legislativa da Bahia, criando assim, o município de Eunápolis – Bahia (BAHIA, 2014).

O nome do município é uma homenagem ao engenheiro Eunápio Peltier de Queiróz, então secretário estadual de viação e obras públicas, responsável pela desapropriação de terras ao redor do núcleo de residências que se formava durante a abertura de estradas e que hoje formam parte do centro urbano do município. Antes da nomeação atual o lugar já foi conhecido como Quilômetro 64, Ibiapina e Nova Floresta (BAHIA, 2014).

Apresenta clima tropical e atualmente há o predomínio de atividades agropecuárias com destaque para a cultura do eucalipto para produção de celulose. O café, a borracha, o urucum e a pimenta do reino também são produtos que contribuem com a economia local bem como os rebanhos de bovinos para corte e leite na pecuária, além do comércio (BAHIA, 2014).

No que se refere à implantação do SUS no município, as barreiras enfrentadas para a sua concretização não foram diferentes do contexto nacional. A resistência dos prestadores de serviço, dos hospitais da rede privada e dos servidores federais e estaduais que, até então, faziam parte do desenho do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), representaram movimento de oposição à nova lógica (BAHIA, 2014).

Mas aos poucos toda a rede de serviços sob gestão Estadual e Federal passou a ser gerenciada pelo próprio município. Nesse caminhar, percebe-se que as experiências acumuladas sob a luz das diretrizes estabelecidas pela própria NOB 93/96 em seguida, NOAS/2002, somente vieram fortalecer a gestão municipal, inclusive instrumentalizando a equipe técnica a trabalhar com a complexidade dos problemas de saúde dentro de sua adscrição, bem como, no campo da gestão com o fortalecimento da autonomia gestória, diante do arcabouço jurídico-estrutural proposto pelo SUS (BAHIA, 2014).

Em relação à Atenção Primária, a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde aconteceu em 1991 e, em seguida, o Programa de Saúde da Família, em 1999 (BAHIA, 2014).

A implantação da estratégia de saúde da família significou novo foco na organização dos serviços e das práticas de saúde no âmbito da Atenção Básica Municipal. As ações direcionadas ao enfoque na família, a composição de equipe multidisciplinar, o trabalho com parâmetros populacionais, a adscrição de território e a oferta planejada por meio do direcionamento de ações de promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e das famílias adscritas, obedeceram ao contexto socioeconômico, epidemiológico, ambiental e cultural, dentro de uma abordagem integralizante (BAHIA, 2014).

Atualmente, o município possui cobertura de 74%, ou seja, possui dezessete estruturas físicas com vinte e quatro estratégias de saúde da família. Destas, três unidades de saúde da família estão localizadas na zona rural do município.

A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde sendo um eixo estruturante do Pacto de Gestão. Ela orienta a descentralização das ações e serviços de saúde para os diferentes níveis de complexidade e riscos, e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. No que tange à Região de Saúde, o município de Eunápolis está inserido na 8ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES) e na mesorregião sul baiano, como mostra a figura 1 (BAHIA, 2014).



Figura 1 – Mapa mostrando as mesorregiões da Bahia, com destaque a mesoregião sul baiano onde está inserida a cidade de Eunápolis – Bahia.

O desenho da região deve propiciar relativo grau de resolutividade ao território e garantir a integralidade da atenção, e para isso as regiões deve pactuar entre si arranjos inter-regionais. Com isso surgem as microrregiões – arranjos entre municípios de uma mesma região, ou, entre municípios de regiões diferentes; e as macrorregiões – conformação de arranjos inter-regionais, com a agregação de mais de uma região (BAHIA, 2014). O Estado da Bahia possui nove macrorregiões, sendo o município de Eunápolis localizado na macrorregião Extremo Sul, que tem como referência a cidade de Teixeira de Freitas. Em relação à microrregião inserida, o município tem como referência a cidade de Porto Seguro, como mostra a Figura 2.

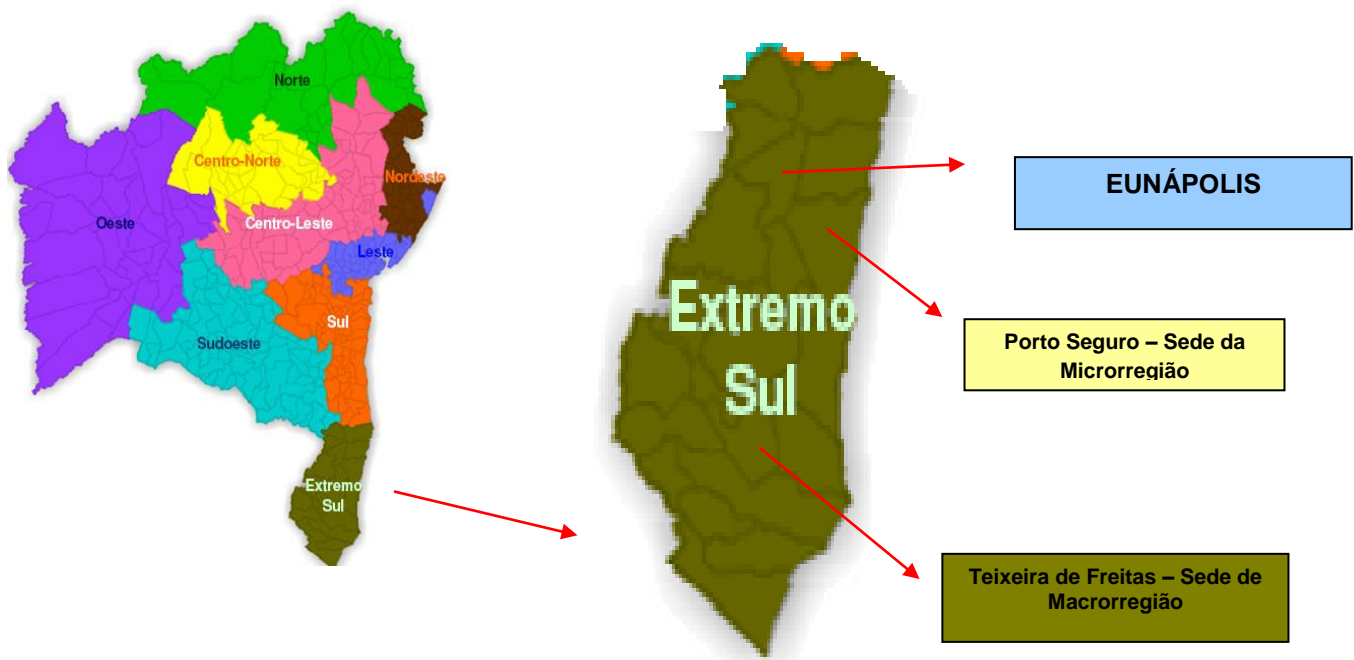


Figura 2 – Mapa mostrando as macrorregiões da Bahia com destaque da macrorregião extremo sul onde está localizado a cidade de Eunápolis – Bahia, que tem como referência de sede de macrorregião a cidade de Teixeira de Freitas/Bahia e de microrregião a cidade de Porto Seguro/Bahia.

### 3.3 Universo do estudo

O universo deste estudo foi composto pelas Estratégias Saúde da Família do município de Eunápolis-Ba.

No contexto municipal de territorialização da Atenção Básica, o município de Eunápolis está dividido territorialmente em 03 microrregiões: I, II, III, conforme quadro 1.

MICRORREGIÃO	ABRANGÊNCIA (UNIDADES DE SAÚDE)	Nº DE EQUIPES
MICRO I	UBS Pequi I	01 ESF
	UBS São João Batista	01 ESF
	UBS Dinah Borges	02 ESF
	UBS Isabel Araújo	01 ESF
	UBS Pequi II	01ESF
MICRO II	UBS Josélia Borges	01 ESF
	UBS Santa Lúcia	01 ESF
	UBS Antonio Soares Lopes	04 ESF
	UBS Osvaldo Melo Filho	01 ESF
	UBS João Nunes da Silva (zona rural)	01 ESF
	UBS Mundo Novo e Gabiarra (zona rural)	01 ESF
	UBS Íris Lopes e Projeto Maravilha (zona rural)	01 ESF
MICRO III	UBS José Carlos Araújo	01 ESF
	UBSValdenor Cordeiro	02 ESF
	UBS Moisés Reis	02 ESF
	UBS Rosa Neto	01 ESF
	UBS Wanderley Nascimento	02 ESF
TOTAL	17 Unidades de Saúde	24 ESF

Quadro 1 – Organização da Atenção Básica por microrregiões de saúde, abrangência e número de equipes.

A microrregião I é composta pelas equipes da ESF do Dinah Borges I e II, ESF Pequi I e II, ESF São João Batista e ESF Isabel Araújo. A microrregião II é composta pelas equipes da ESF Josélia Borges, ESF Santa Lúcia, ESF Antonio Soares Lopes I, II, III e IV, ESF Osvaldo de Melo, ESF João Nunes, ESF Mundo Novo/Gabiarra e Maravilha/Iris Lopes. A microrregião III é composta pelas equipes ESF José Carlos Araújo, ESF Wanderley Nascimento I e II, ESF Rosa Neto, ESF Valdenor Cordeiro I e II e ESF Moisés Reis I e II (BAHIA, 2014).

### 3.4 Sujeito da pesquisa

Sujeito é a pessoa que participa de um estudo e é o fornecedor de dados ao mesmo (POLIT; HUNGLER, 2004). Os sujeitos deste estudo foram os enfermeiros das estratégias de saúde da família do município de Eunápolis – BA.

O enfermeiro além das atribuições definidas para toda equipe desenvolve atividades específicas da sua categoria dentro da ESF, a saber: realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, em todas as fases do desenvolvimento humano; realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão; planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde (ACS); supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; contribuir e participar das atividades de educação permanente do auxiliar de enfermagem; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da ESF (BRASIL, 2012).

A seleção dos sujeitos se deu considerando a disponibilidade e o interesse dos mesmos em participarem da pesquisa. Sobre esse fato vale citar que todos os sujeitos aceitaram colaborar espontaneamente a partir do primeiro contato da pesquisadora para oficializar o convite.

### 3.5 Aspectos éticos

Foi solicitada autorização à Secretaria de Saúde do Município de Eunápolis – Bahia para realizar a pesquisa por meio de uma Carta de Apresentação emitida pela pesquisadora à coordenadora da Atenção Básica do Município de Eunápolis – Bahia (APÊNDICE B), contendo as informações sobre a pesquisa e sobre a autora.

Os participantes da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C) em que foi assegurando a eles os princípios de anonimato, da privacidade, da confiabilidade, da proteção da imagem e da livre decisão em participar da pesquisa após o fornecimento das orientações necessárias que serviram como subsídios de decisão. Foram respeitados os valores culturais, sociais e éticos, bem como os hábitos e os costumes dos respondentes, não sendo portanto este estudo voltado para a obtenção de fins lucrativos.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Caracterização da amostra

No estudo foram avaliados vinte e quatro enfermeiros das estratégias de saúde da família do município de Eunápolis, Bahia. A seguir será delineada a estatística descritiva das características dessa população. Para estas variáveis foram apresentadas as frequências absolutas e as frequências relativas.

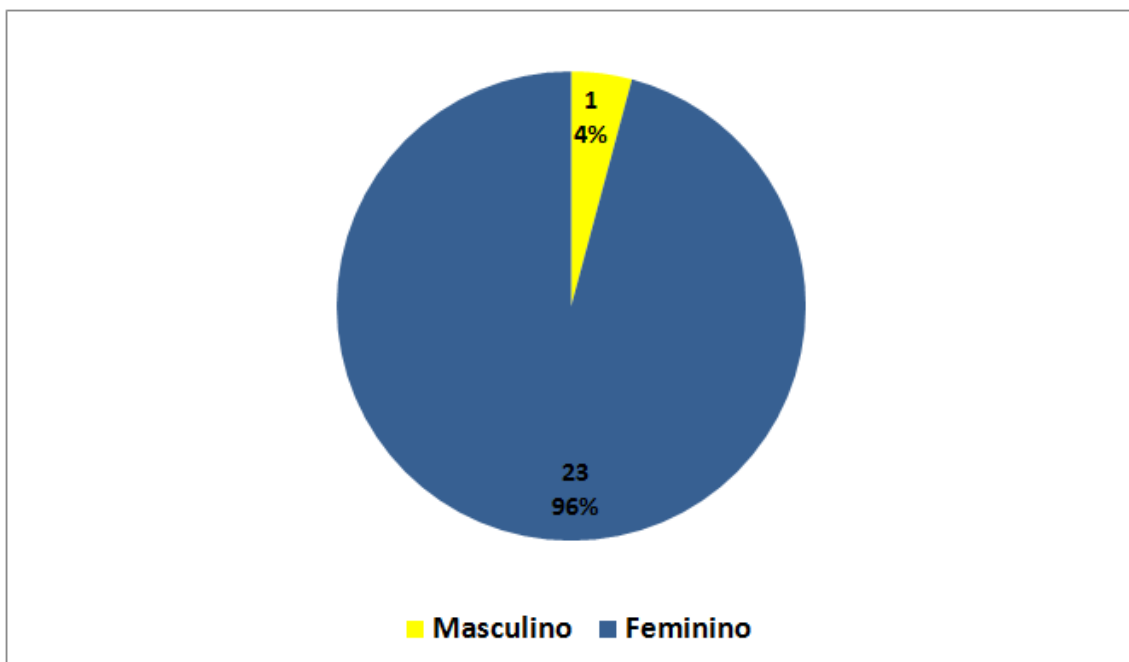


Gráfico 1 - Distribuição amostral segundo sexo dos participantes da pesquisa.

Conforme a apresentação dos dados do gráfico 1, na amostra se destaca o sexo feminino (96%). Quando se pensa no esboço do perfil dos alunos nas instituições de ensino, a entrada das mulheres nas universidades é uma referência das mudanças em curso na sociedade. Dentro desta perspectiva o ingresso feminino em cada curso universitário evidencia reconhecer as diferenças históricas agregadas a esses cursos para inserção social das mulheres no contexto brasileiro (GUEDES, 2004). Um fator fundamental para a clara estratificação baseada no gênero existente em determinadas profissões é o de que as mulheres eram pressionadas pela tradição feminina a frequentar cursos que permitiam “ocupação adequada para a mulher” como, por exemplo, a enfermagem – profissão ligada ao cuidar do outro (BARROSO; MELLO, 1975). Uma realidade que é reforçada por Aquino, Menezes e



Marinho (1995), que dizem que o trabalho em saúde por estar associado ao cuidado de outras pessoas, ajusta-se às características femininas.

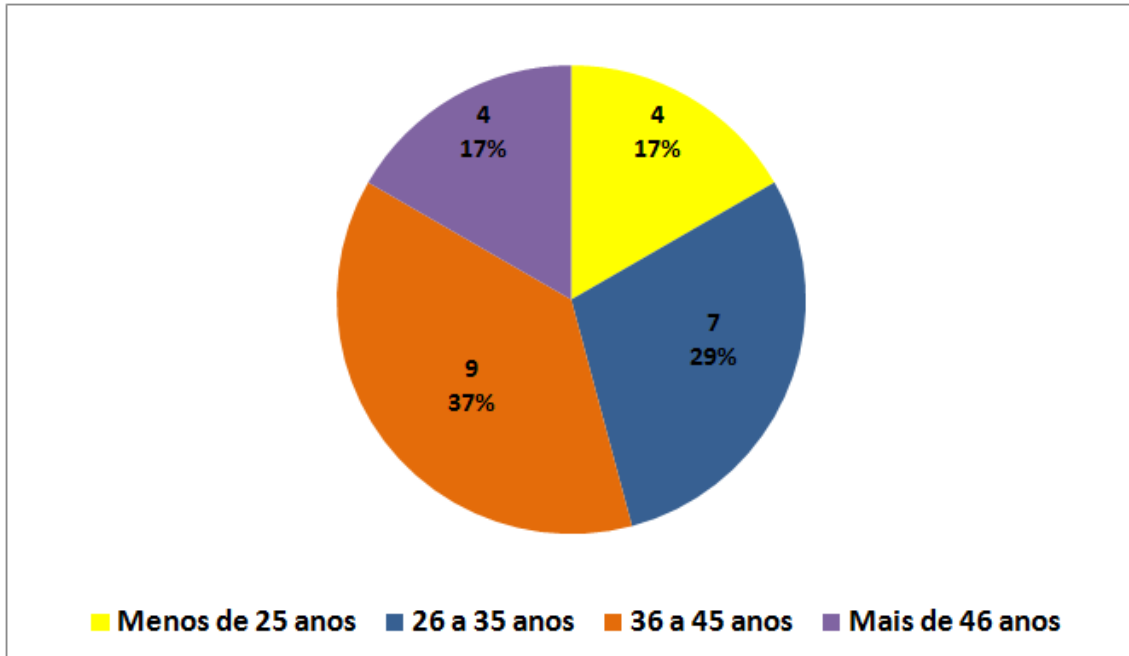


Gráfico 2 - Distribuição amostral segundo idade dos participantes da pesquisa.

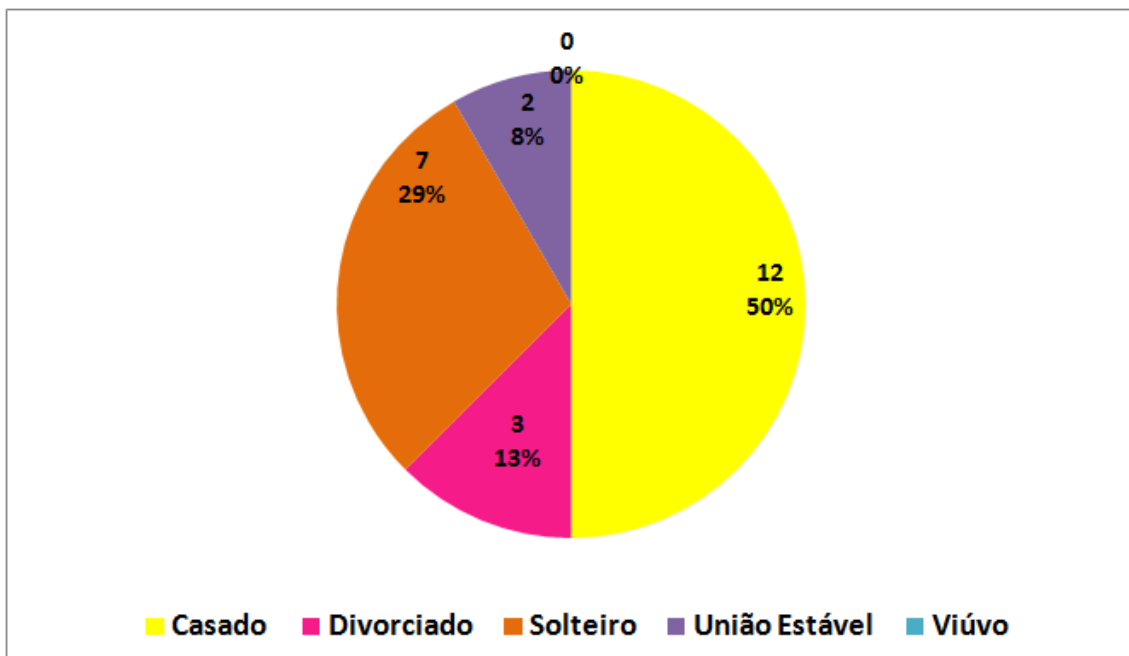


Gráfico 3 - Distribuição amostral segundo estado civil dos participantes da pesquisa.

Ao analisar os gráficos 2 e 3 percebe-se que a maior faixa etária da população estudada é compreendida entre 36 a 45 anos, caracterizando uma população adulta jovem e que a maior parte dela é casada (50%).

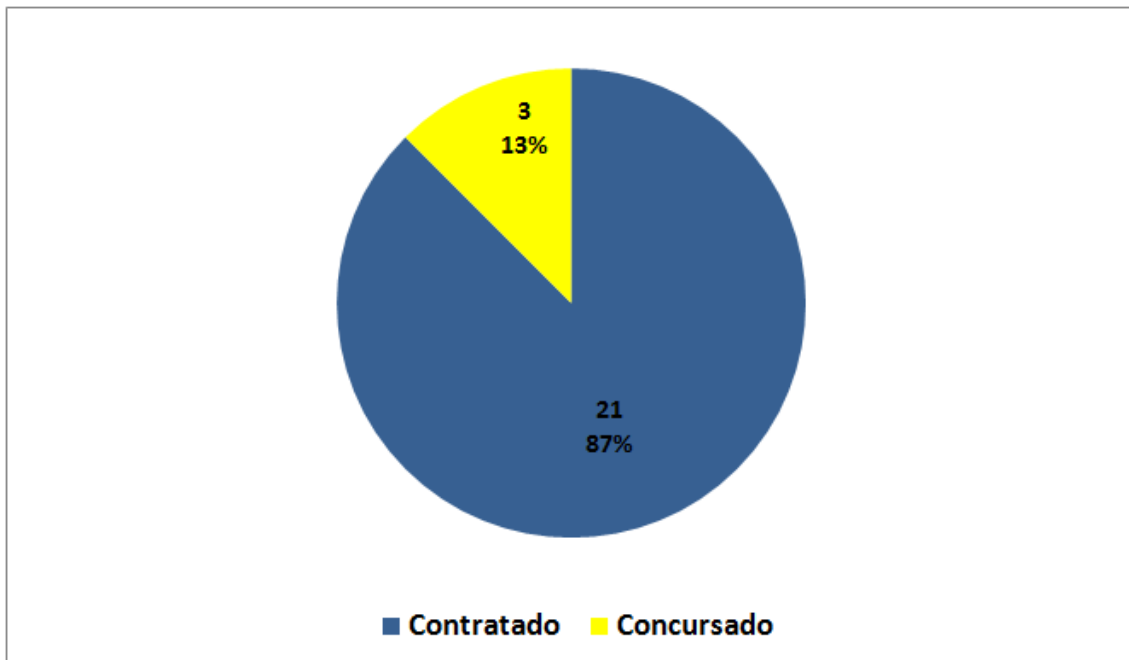


Gráfico 4 - Distribuição amostral segundo vínculo empregatício dos participantes da pesquisa.

Quanto ao vínculo empregatício (Gráfico 4), houve predominância da categoria contratado (87%). Estudos realizados pela Organização Pan-Americana da Saúde (2002) constataram que a maior parte dos trabalhadores de saúde que desempenham alguma função no SUS foi contratada nas modalidades celetista e contrato temporário, o que ocasiona uma instabilidade na sua carreira profissional. Tomasi et al. (2008) também cita estudo feito pela Organização Pan-Americana da Saúde em que revela que a precarização do trabalho nas estratégias de saúde da família se dá devido ao aumento acentuado da adoção da estratégia como modelo assistencial e de sua precocidade. No entanto, esse mesmo estudo aponta que a maioria dos profissionais de saúde está satisfeita com o vínculo de trabalho. Contudo, pesquisa realizada com médicos que trabalham nas estratégias de saúde da família em um município do estado de Alagoas mostrou que entre as queixas mais recorrentes dos indivíduos pesquisados está à precariedade dos contratos e a não garantia dos direitos trabalhistas (MENESES E ROCHA; TRAD, 2005).

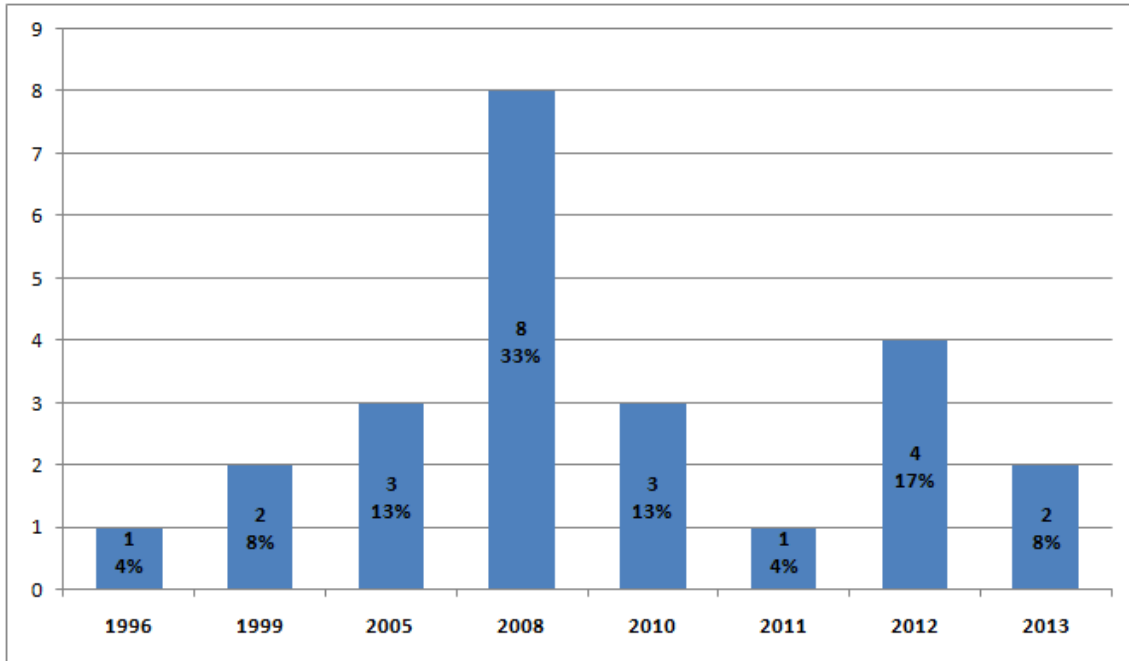


Gráfico 5 - Distribuição amostral segundo o ano de conclusão da graduação em Enfermagem dos participantes da pesquisa.

De acordo com o gráfico 5 a maior parte dos enfermeiros que atuam na estratégia de saúde da família do município possui formação recente. Confrontando os dados deste gráfico com os dados do gráfico 4 pode-se afirmar que os enfermeiros que formaram na década de noventa são os que possuem vínculo como concursado, já que o último concurso para enfermeiro no município aconteceu no ano de 2000.

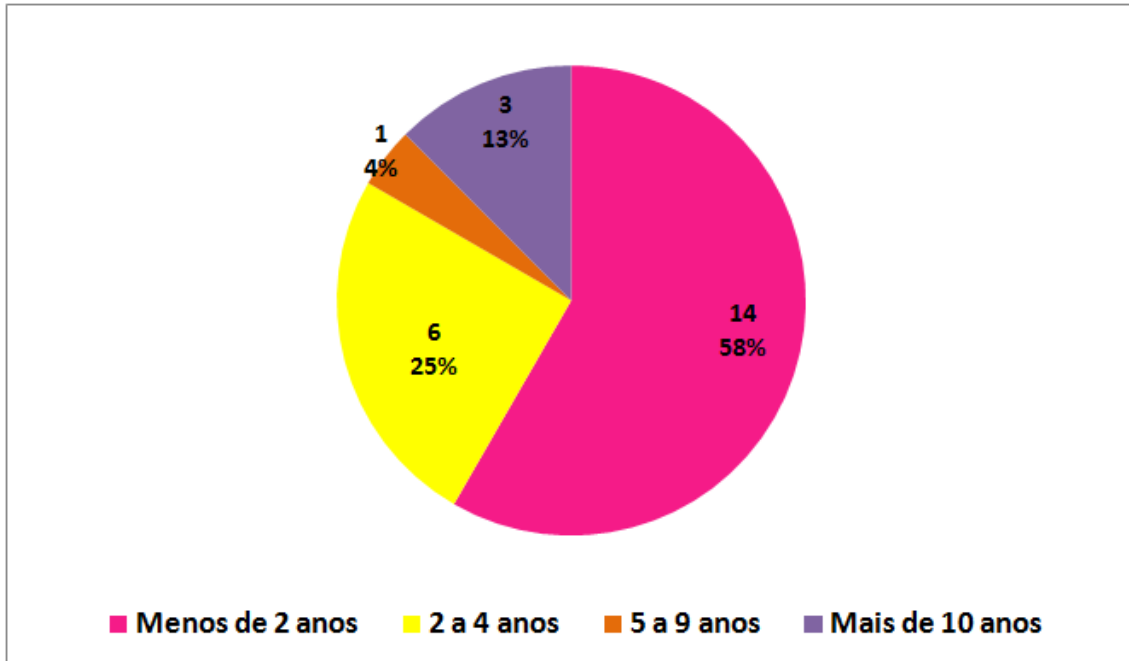


Gráfico 6 - Distribuição amostral segundo tempo de atuação como enfermeiro da estratégia de saúde da família no município de Eunápolis – Bahia dos participantes da pesquisa.

Em relação ao tempo de atuação destes profissionais na estratégia de saúde da família, o gráfico 6 mostra que 58% dos pesquisados atuam a menos de dois anos no município. Isto pode está relacionado ao vínculo empregatício, pois, como visto anteriormente, a maioria dos enfermeiros são contratados e a situação ocupacional é um fator de impedimento a criação de um vínculo fixo, o que leva a uma maior rotatividade. De acordo com Assis, Alves e Santos (2008), as formas de contratação do trabalhador ao sistema é uma das causas da desmotivação à sua permanência no trabalho e conseqüentemente a baixa qualidade da assistência oferecida pelos trabalhadores de saúde. A instabilidade do vínculo trabalhista é apontada como um dos principais responsáveis pela alta rotatividade dos profissionais que atuam nas equipes da ESF (CANESQUI; SPINELLI, 2008).

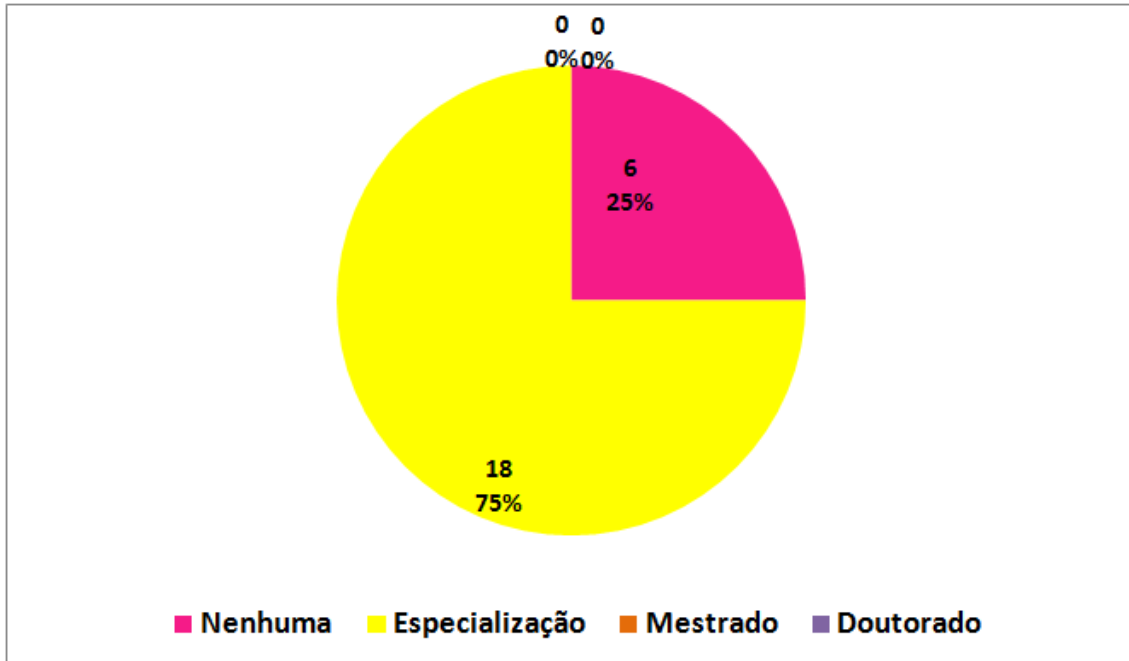


Gráfico 7 - Distribuição amostral segundo formação complementar dos participantes da pesquisa.

Quanto à formação complementar (gráfico 7), observa-se que 75% dos entrevistados fizeram especialização, sendo que nenhum profissional tem mestrado ou doutorado. A principal especialidade mencionada foi Saúde Pública (40%). As outras estão distribuídas entre obstetrícia, urgência e emergência, terapia intensiva, saúde do trabalhador e 40% da amostra apresentam duas especializações. Os dados demonstram a busca dos trabalhadores pelo aperfeiçoamento da prática profissional em áreas do conhecimento importantes para a implementação e a consolidação da proposta da ESF.

#### 4.2 Perfil profissiográfico dos enfermeiros.

A primeira análise do perfil profissiográfico foi quanto à formação em educação ambiental na graduação de cada entrevistado.

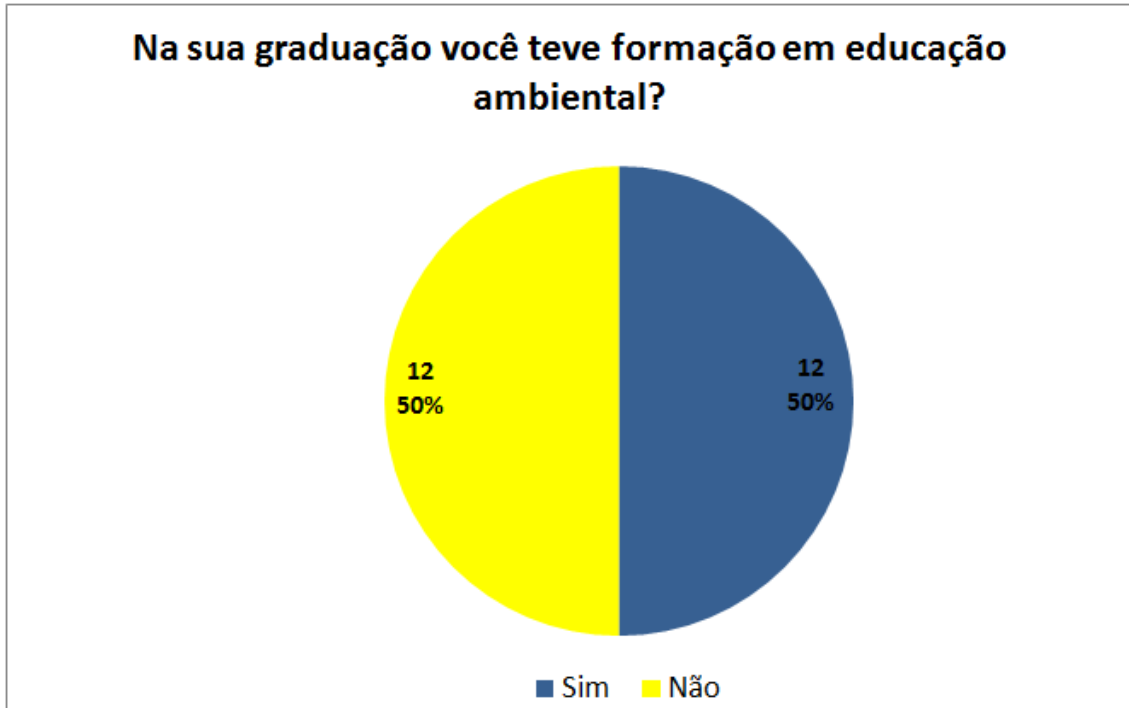


Gráfico 8 - Educação Ambiental no currículo do curso de Enfermagem dos participantes da pesquisa.

Conforme gráfico 8, a amostra ficou dividida de forma igual, sendo que 50% tiveram formação em Educação Ambiental durante a graduação e os outros 50% não.

Guimarães e Tomazzelo (2003) vêem à introdução da Educação Ambiental na universidade, quer como eixo articulador desenvolvido de forma transversal, perpassando as disciplinas dos currículos, quer como forma disciplinar, como prática indispensável para trabalharem conceitos, valores e comportamentos.

Corroborando com o mesmo pensamento Brasil (2001d) ressalta que a Educação Ambiental deveria integrar os currículos dos programas de graduação, e a análise dos parâmetros curriculares nacionais deveria ser fomentada nas diversas unidades das instituições superiores.

É sugerido então o desenvolvimento por parte das Instituições de Educação Superior (IES), na graduação em enfermagem, de programas de ensino que tem como arcabouço a prática pedagógica socioambiental permanente, com o objetivo de proporcionar ao estudante uma visão holística do processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado ao contexto epidemiológico (BRASIL, 2005b). E espera-se que a partir disto o discente consiga relacionar a oportunidade de trabalhar com problemas reais, assumindo compromissos

crescentes como agente prestador de cuidados compatíveis com seu grau de autonomia (BRASIL, 2005b).

Em acordo com exposto acima, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem em seu parágrafo 6º, alínea II diz que “os conteúdos devem contemplar às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, ecológicos” (BRASIL, 2007b). Nota-se que desde o ano de 2007 já se enfatiza as discussões na graduação das questões ambientais e percebe-se pelo gráfico 8 que 50% (12 enfermeiros) afirmam ter tido durante a graduação uma formação em educação ambiental. Ao analisar o ano de conclusão da graduação dos sujeitos da pesquisa, mostrado no gráfico 5, percebe-se que 75% deles concluíram o curso após o ano de 2007. Assim pode-se refletir que mesmo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem enfatizando a importância de inserir no currículo dos alunos discussões sobre questões ecológicas e suas diversas vertentes essa inserção ainda é incipiente em algumas universidades.

Mas para haver mudanças no processo de formação dos profissionais de saúde com atributos para exercerem atividade no novo modo de atuar na saúde, torna-se necessário que seja ajustado os desenhos curriculares para que se insiram na realidade dos cursos metodologias ativas de ensino e que não fique apenas no papel ou em leis.

Neste sentido, Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmam a importância da associação entre o sistema de saúde e as instituições formadoras, no sentido de oportunizar uma interação entre os diferentes aspectos que envolvem o processo formativo, dentre eles, os associados às demandas sociais e ambientais. Com mesmo pensamento Cezar-Vaz e outros (2007) diz que é necessário a interdisciplinaridade para a elaboração e estruturação das ciências adequadas ao bem-estar dos seres humanos e sustentabilidade do meio ambiente e dos ecossistemas sociais

Assim, é indispensável desenvolver durante o processo de formação educacional do enfermeiro a consciência e o domínio crítico de meio ambiente e de educação ambiental, para que ela se faça de forma emancipatória para os futuros profissionais.

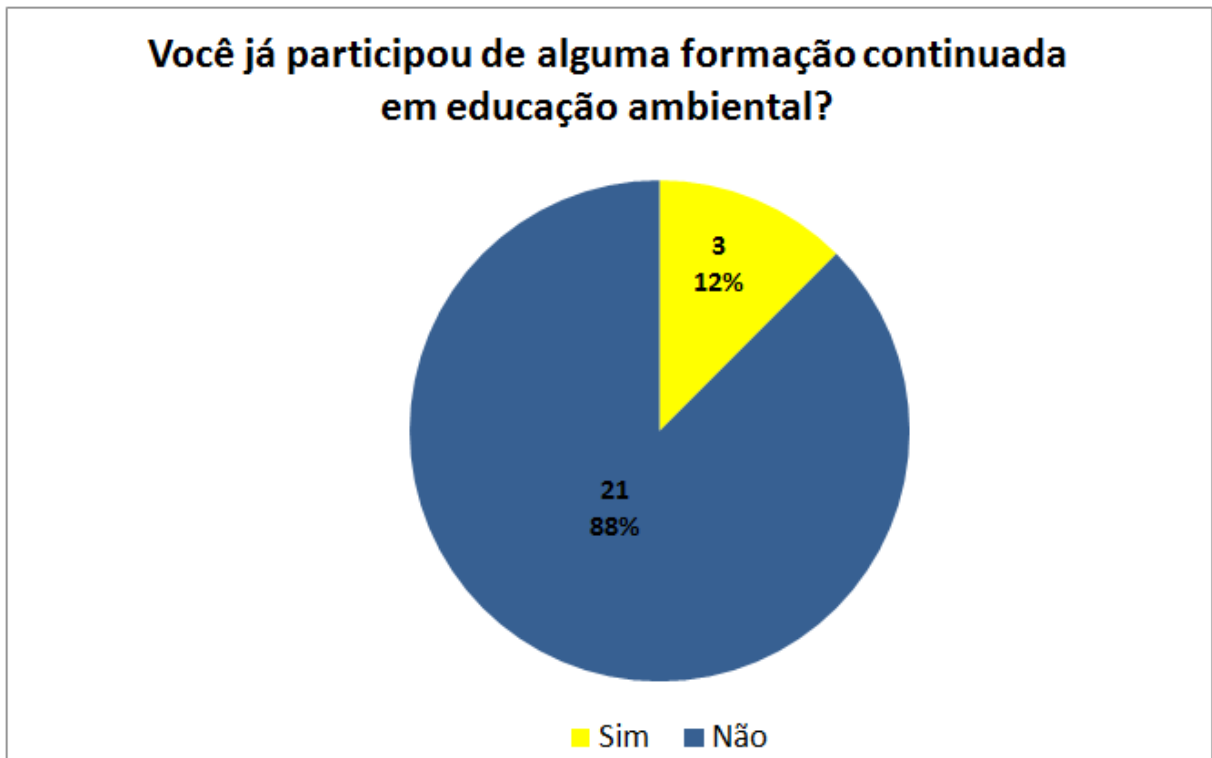


Gráfico 9 - Quantitativo de enfermeiros que realizaram formação continuada em educação ambiental

Como pode ser visto no gráfico 9, apenas uma pequena parcela (12%) dos enfermeiros já participaram de alguma formação continuada em educação ambiental.

A capacitação profissional pode ser descrita como uma atualização técnico-científica na forma de cursos, treinamentos ou outras modalidades de educação, que tem como objetivo o aperfeiçoamento profissional e o desenvolvimento de mudanças que representem melhoramento no desempenho profissional (SILVA; OGATA; MACHADO, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde, os processos de capacitações devem voltar-se para a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho e adotar como referência as necessidades de formação dos profissionais (BRASIL, 2004). Dentro de tal perspectiva, emerge em 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para transformar as práticas profissionais, a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, partindo do pressuposto de que a formação e a capacitação da equipe de saúde devem tomar como referência a articulação entre ensino, serviço, gestão setorial e



controle social em saúde e deve ter como base as especificidades da população de cada área coberta por determinada equipe (BRASIL, 2003b; BRASIL, 2004).

Contudo, BRASIL (2001a) relata que os cursos de capacitação de aproximadamente quarenta horas de duração provocaram frustrações na análise sobre seus impactos, quando se verificou que os profissionais, no caso dessa pesquisa, os professores, saíam entusiasmados dos cursos, mas sentiam-se isolados e desmotivados para enfrentar as barreiras que eram exigidas para as transformações que pretendiam implementar na escola.

Desta forma, além de estimular os profissionais a se capacitarem em Educação Ambiental e dotá-los de materiais necessários para serem os agentes de sua própria formação e de formações futuras deve também prover meios de aplicar no seu local de trabalho o que foi aprendido nos cursos e isto está, sobretudo, condicionado a oferta de oportunidades advindas de iniciativas políticas-institucionais.

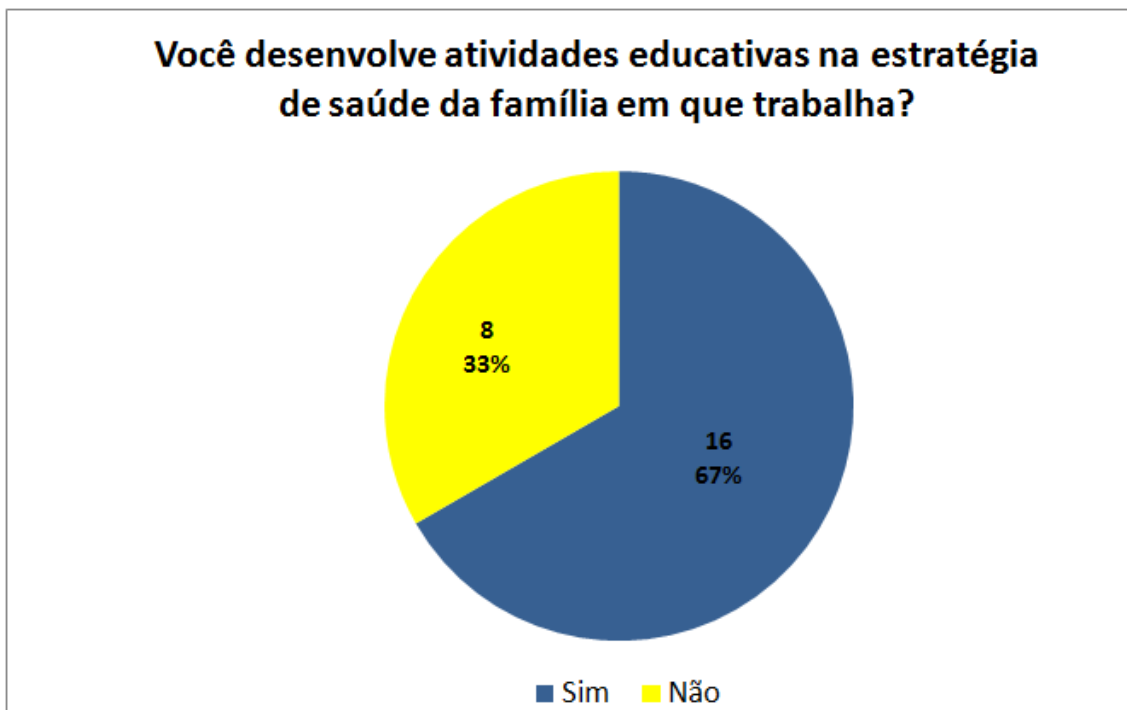


Gráfico 10 - Quantitativo de enfermeiros que desenvolvem atividades educativas na Estratégia de Saúde da Família que atuam.

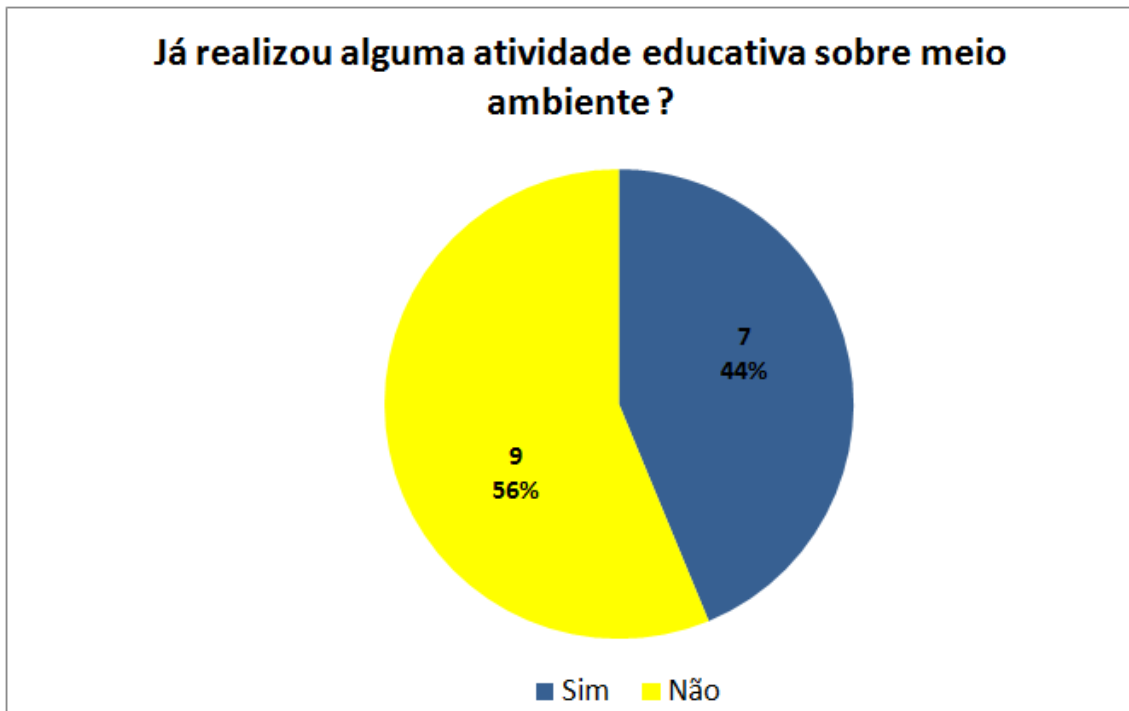


Gráfico 11 - Quantitativo de enfermeiros que desenvolvem atividades educativas sobre meio ambiente na Estratégia de Saúde da Família que atuam.

Ao analisarmos os gráficos 10 e 11 podemos inferir que dezesseis dos depoentes (67%) desenvolvem atividades educativas no seu local de trabalho, sendo que apenas sete destes enfermeiros (44%) relataram que já abordaram com a comunidade algum tema relacionado ao meio ambiente. Os temas abordados nas atividades educativas sobre meio ambiente pelos enfermeiros foram sobre o descarte de resíduos sólidos, saneamento básico, cuidados com o lixo, economia de energia, reciclagem correta, aspectos preventivos para catadores de lixo, descarte de lixo domiciliar correto e higiene domiciliar. Nota-se que os temas propostos para a educação ambiental têm como finalidade levar informações para a comunidade sobre os problemas ambientais e espera-se que haja o incentivo para o desenvolvimento de habilidades para resolvê-los.

Entretanto, pela análise dos resultados percebe-se que as atividades de educação ambiental desenvolvidas pelos enfermeiros entrevistados ainda são pontuais, o que pode dificultar que a comunidade construa conceitos, conhecimento e compromissos a partir da realidade ambiental local.

Freire (2007) afirma que as práticas educativas devem ser desenvolvidas para cumprir a função de troca, para que assim haja modificação ou reconstrução dos

saberes que são transmitidos a um grupo que não tem o conhecimento acadêmico-científico, mas que pode colaborar com suas experiências e vivências.

Mas para que isto ocorra, deve haver o estímulo à mobilização e à participação da comunidade nas ações educativas que intervêm no processo de saúde-doença e também devem ser incrementadas ações de promoção à saúde no contexto da saúde ambiental. Entretanto, os profissionais devem está abertos a trabalharem nesse novo modelo além de repensarem as práticas educativas dentro da visão de promoção da saúde, e isto não se constitui uma tarefa fácil (GIL, 2005). Essa dificuldade pode está relacionada ao modelo de formação destes profissionais que muitas vezes utilizam metodologia de ensino verticalizada e não problematizadora com um enfoque hospitalocêntrico, biologicista, fragmentado (CUTOLO, 2000; BESEN et al., 2007).

Assim, a educação em saúde é um dos itens de atividade que possibilita o enfermeiro, com base na vida cotidiana, nas necessidades e nos interesses pessoais e coletivos da comunidade formar espaços que proporcione a problematização da saúde ambiental, com objetivo de formar sujeitos comprometidos com o meio ambiente. E para que a educação ambiental seja inserida na realidade da ESF, os enfermeiros, assim com os demais profissionais da equipe, devem exercer papel ativo nesta troca de informações e não utilizá-la somente de forma pontual.

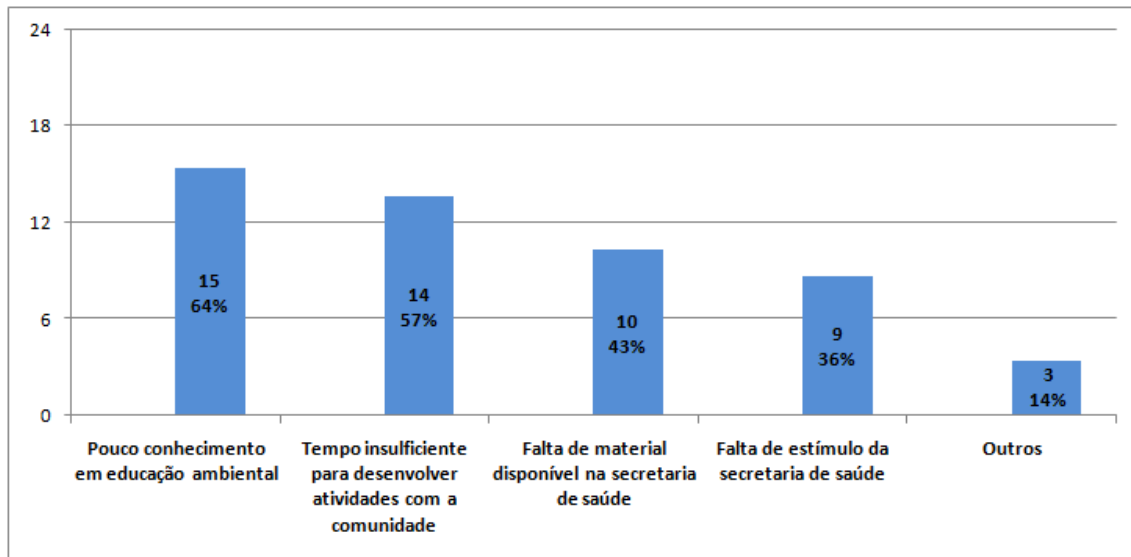


Gráfico 12 - Dificuldades encontradas pelos enfermeiros das estratégias de saúde da família para desenvolver educação ambiental no local de trabalho.

Diante da não realização de atividades educativas sobre meio ambiente buscou-se saber o que dificulta trabalhar a educação ambiental na estratégia de saúde da família. De acordo com o gráfico 12, a principal dificuldade relatada pelos sujeitos foi a relacionada com o pouco conhecimento em educação ambiental (64%), o que permite inferir que esta dificuldade pode estar ligada ao que foi discutido acima quando os sujeitos relatam que não tiveram em sua graduação formação em educação ambiental, além do quantitativo pouco expressivo de sujeitos capacitados sobre o tema.

Em segundo lugar vem a questão do tempo insuficiente para desenvolver atividades com a comunidade. No serviço estes enfermeiros deparam-se com diversos discursos, seja por parte do Ministério da Saúde, com o lançamento da política de promoção a saúde, ou por parte dos gestores, que pregam a importância de estruturação e mudanças nos serviços de saúde. Contudo o que se é exigido cada vez mais dos profissionais é o aumento da produtividade individual, dificultando exercer novas ações, como por exemplo, a educação ambiental.

Dois dificuldades relacionadas a gestão aparecem como importantes para o desenvolvimento das atividades em educação ambiental. A primeira relaciona a falta de material disponível para executar atividades e a segunda a falta de estímulo por parte da secretaria de saúde. Destaca-se que os enfermeiros da pesquisa compreendem a importância de construir o conhecimento sólido em relação à EA, contudo o processo de ensino-aprendizado exige que o interesse não aconteça em

via de mão única, ou seja, que parta apenas do profissional. Dessa forma, o processo de ensino-aprendizado deve ser uma via de mão dupla em que os gestores tornem-se sensíveis quanto a importância de investimentos que proporcionem o desenvolvimento da educação ambiental dentro das estratégias de saúde da família.

Algumas outras dificuldades foram citadas como: ausência de educação permanente voltada para o tema, não comprometimento dos outros profissionais da equipe e sobrecarga de trabalho.

Pode-se perceber no levantamento bibliográfico para construção do trabalho que várias pesquisas apontam dificuldades parecidas com as relatadas pelos enfermeiros do município de Eunápolis – BA, como por exemplo, a realizada por Sari (2012) em uma instituição hospitalar no município de Santa Maria, RS, que apresentou como dificuldade em se tecer ações de EA a inexistência de um arcabouço político-institucional único, que legitime tais ações e traga consistência, objetividade e continuidade ao processo educativo.

A pesquisa realizada por Jesus e colaboradores (2008) sobre a prática educativa dos enfermeiros no programa saúde da família, em Juiz de Fora – MG, apontou que a maioria dos entrevistados mencionou como dificuldades para realizar práticas de educação em saúde a falta de investimentos financeiros em material, em recursos humanos e na estrutura física da Unidade de Saúde, além da grande demanda ao serviço e elevada atividade burocrática na ESF.

Já Roecker, Budó e Marcon (2012) relatam na sua pesquisa que os enfermeiros apresentam como dificuldade para se dedicar à educação em saúde à grande demanda curativa da população nas unidades, à insuficiência de pessoal na equipe e principalmente ao trabalho burocrático, de coordenação e de gerência da unidade, além de reuniões na secretaria municipal de saúde que acabam tomando grande parte do tempo e sobrecarregando o trabalho diário.

Carvalho diz que:

A questão é saber como, por onde começar e os melhores caminhos para a efetividade desta reconstrução da educação. Diante de um projeto tão ambicioso, o risco é o da paralisia diante do impasse do tudo ou do nada: ou mudar todas as coisas ou permanecer à margem, sem construir mediações adequadas (CARVALHO, 2005, pg. 65).

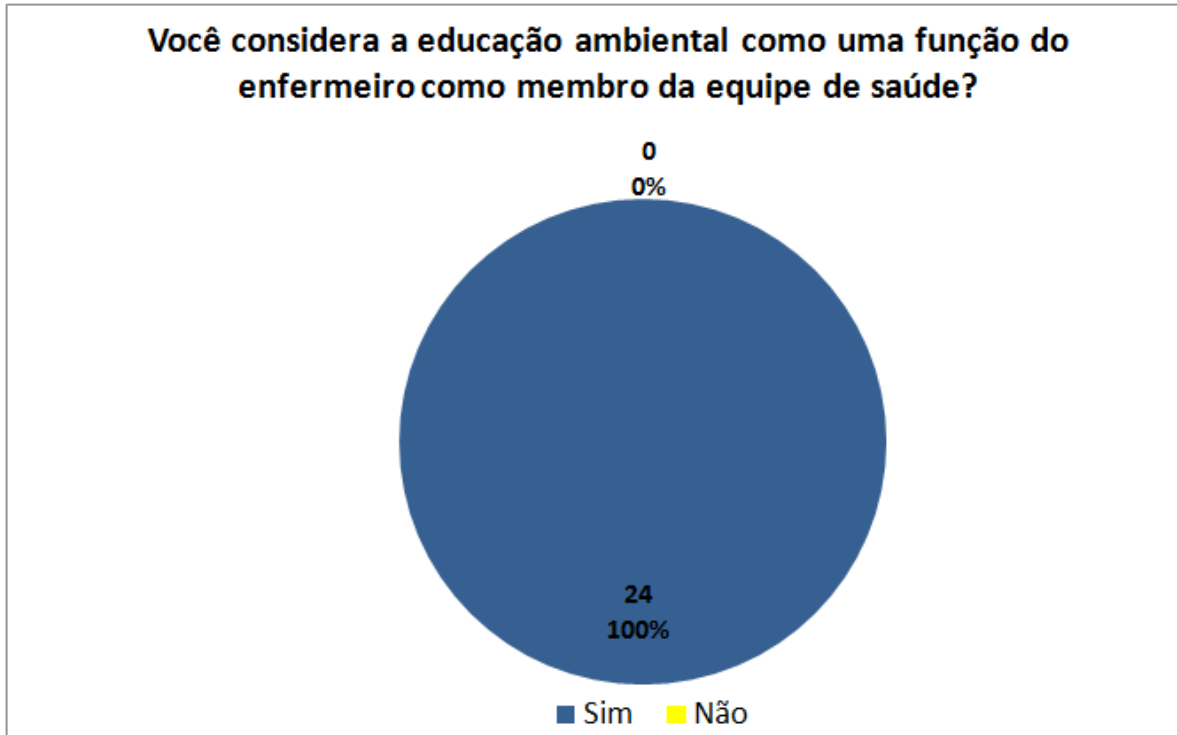


Gráfico 13 - Quantitativo de enfermeiros que consideram a Educação Ambiental como função enquanto membro da equipe.



Gráfico 14 - Incentivo para realizar Educação Ambiental com a comunidade na visão dos enfermeiros da pesquisa.

Ao analisar os gráficos 13 e 14, nota-se que a totalidade dos enfermeiros entrevistados consideram a educação ambiental como uma das funções dele como membro da equipe de saúde, mas todos relatam a ausência de incentivo para desenvolver a educação ambiental com a comunidade.

O enfermeiro da estratégia de saúde da família está apto a realizar a troca de experiências com a comunidade e é capaz de auxiliar na construção de cidadãos preparados para compreender a relação de interdependência entre meio ambiente e a intervenção humana, meio ambiente e a saúde. E isso se dá por meio das práticas educativas, por meio da educação em saúde, por meio da educação ambiental. Mas para que isto ocorra, o enfermeiro deve compreender que além de considerar a educação ambiental um saber importante para suas ações dentro da ESF, esta deve estar perfeitamente adequada e dentro das atividades desenvolvidas com a comunidade. Neste sentido, a educação ambiental apresenta como um dos aspectos centrais da atuação do enfermeiro no seu local de trabalho, tornando necessário um aprofundamento nas implicações que essa prática tem para o exercício profissional.

Contudo, deve-se prestar atenção para não se colocar toda expectativa e responsabilidade sobre estas mudanças no enfermeiro e desresponsabilizar gestores e outros profissionais que devem também assumir papéis dentro deste contexto.

#### 4.3 As representações sociais dos enfermeiros das estratégias de saúde da família sobre meio ambiente.

Nesta análise foram questionados aos enfermeiros “o que você entende por meio ambiente”. Em função do sigilo em relação aos sujeitos da pesquisa, os trechos das falas que aqui serão citados foram identificados por letras e números. A letra utilizada será a S (sujeito) e os números foram dispostos a partir do 01, a fim de identificar todos os materiais coletados na pesquisa.

Constatou-se na leitura das respostas que a maioria dos enfermeiros confere ao meio ambiente significados iguais aos recursos naturais, conforme a fala de S01 transcrita abaixo:

O meio ambiente é o meio que nos cerca, sendo vegetal, animal (S01).

Nessa visão, o meio ambiente limita-se aos aspectos naturais, sendo capaz de ser considerado como sinônimo de natureza (REIGOTA, 2010). A fala do enfermeiro S13 chama atenção para essa conceituação de Reigota (2010) quando diz “meio ambiente é o ambiente em que vivemos, é a natureza”.

Nesse mesmo sentido, há falas dos enfermeiros S03 e S04 sobre sua compreensão de meio ambiente em que dizem

Meio ambiente é onde vivemos (S03).

Meio ambiente é todo meio que nos envolve (S04).

Assim como já apontado nas falas dos enfermeiros acima, o enfermeiro S07 e S18 também apresentam falas parecidas sobre o meio ambiente

O meio ambiente faz parte do nosso ecossistema, envolve o meio que vivemos e onde habitamos (S07).

Meio ambiente é tudo aquilo que nos envolve (S18).

Estas falas apresentam uma representação naturalista de meio ambiente, a qual destaca aspectos da natureza, conceitos ecológicos em que o ser humano não é considerado integrante do contexto. Crespo (2003) apud Boeira (2004) afirma que por prevalecer na literatura uma visão naturalista do meio ambiente este tipo de concepção tornou-se parte do senso comum.

Ainda sobre a representação naturalista um aspecto que merece destaque é o conceito de que o meio ambiente “é o conjunto de seres vivos e não vivos”, descrição presente nas respostas dos enfermeiros S09, S10, S11, S12 e S24. Pode-se relacionar com estas falas o que diz Carvalho (2008) sobre a representação de meio ambiente. O autor em questão coloca que muitas representações de meio ambiente são formadas pela mídia e esta coloca o meio ambiente como bom, pacífico, equilibrado e que independe da interação com o mundo humano, divulgando assim uma visão de meio ambiente naturalizada, dentro da concepção naturalista (CARVALHO, 2008).

Já o enfermeiro S06 ao falar do meio ambiente relata que “é o conhecimento a cerca dos fatores ambientais”.

Assim como o enfermeiro S05 que diz que “meio ambiente é o ambiente físico, químico, biológico onde tem vida ou não”.

Com mesmo pensamento o enfermeiro S08 diz que



Meio ambiente é o ambiente onde tem vidas, animais e florestas (S08).

Percebe-se que o meio ambiente é compreendido por um mundo mineral, vegetal, animal e suas inter-relações.

Verifica-se então pela fala de todos os enfermeiros acima citados que apesar de estarem em um cenário em que o ser humano está inserido e tem extrema dependência do meio que os cercam, os sujeitos ainda apresentam uma visão de meio ambiente enquanto natureza. Nesta perspectiva é possível perceber que os elementos bióticos e abióticos são considerados como sendo o contexto onde o homem se encontra, mas o mesmo é colocado como ser passivo e a parte na relação. O que vem ao encontro com a definição de Reigota (2010) sobre a representação naturalista, já que esse autor descreve que neste tipo de representação o homem é visto como expectador e as definições de meio ambiente estão direcionadas para os aspectos naturais, sendo a natureza vista como algo intocado.

Os resultados da pesquisa também permitiram verificar a presença da representação social de meio ambiente antropocêntrica entre os sujeitos da pesquisa. Segundo S16 o meio ambiente é “o meio que vivemos e usufruímos”

Outra fala claramente pertencente à categoria antropocêntrica é a do enfermeiro S14 quando diz

Meio ambiente é o meio em que o homem é capaz de retirar seu sustento, é o meio que permite que o homem sobreviva, sem ele não existiríamos (S14).

Mediante as falas referidas, o meio ambiente se restringe aos recursos a serem utilizados pelos seres humanos, em busca da garantia de sua sobrevivência. Segundo Oliveira (2005) numa discussão entre a interação homem e natureza, o homem faz-se sujeito, pois torna a natureza objeto de suas ações.

Com o mesmo pensamento S20, S15 e S17 nas suas respostas colocam o meio ambiente como “um sistema para manutenção dos seres”.

Dessa forma, o meio ambiente é visto como um meio para que os seres vivos se mantenham, tendo o homem como o centro. Segundo Fernandes (2002) o Antropocentrismo valoriza a natureza apenas se tiver utilidade ao ser humano, que julga ter direito e posse dela.

Assim, quando a visão é antropocêntrica, o foco principal são os recursos do qual os seres dependem para sobreviver. Chama atenção para isso a fala de S19 quando diz

Meio ambiente é todo meio em que vivemos e habitamos, havendo o uso e desuso dos materiais, seja os biodegradáveis ou os que resultam das nossas ações mediante utilização dos mesmos. É o meio que dependemos para sobreviver (S19).

Segundo Reigota (2010) neste tipo de representação o sujeito ressalta a apropriação e utilização humana dos recursos naturais com a finalidade de garantir sua sobrevivência. Nesta representação o homem é o centro das ações, pois o destaque não mais é de uma natureza intocada e sim para uma natureza que está disponível para usufruto do homem.

Assim, verifica-se que na representação social de meio ambiente antropocêntrica existe a dicotomia homem/natureza e ainda prevalece a ideia de que o comportamento com o ambiente é determinado pelas necessidades e interesses humanos. Esta visão é explicada pela própria história da humanidade, onde a natureza é tida como uma esfera separada à sociedade humana.

Quanto a visão globalizante, verificou pouca representatividade destes enfermeiros, apenas quatro (S02, S21, S22 e S23) afirmam ter compreensão de que o conceito de meio ambiente apenas como natureza não basta, este é um conceito amplo que engloba o todo, demonstrando assim uma representação social de meio ambiente globalizante.

O sujeito S21 afirma que

É o conjunto de condições, leis, influências e interações de ordem física, química, biológica, social, cultural, urbanística que permite, abriga e rege a vida em todas as suas formas (S21).

Novamente fica explícita a representação globalizante na fala de S22

É o convívio entre natureza e o homem de forma harmoniosa e que não haja destruição e sim a conscientização da necessidade da interação homem e a natureza (S22).

Além disso, igualmente o sujeito S23 apresentou em sua fala características que remetem a representação globalizante, a saber

O meio ambiente se abrange de aspectos amplos e complexos que envolvem as relações entre os seres e o meio que os cercam (S23).

Corroborando com as outras falas, S02 diz

Meio ambiente é o ambiente em que vivemos como um todo, levando-se em consideração todo o ciclo existente homem/ambiente/animais/biosfera (S02).

Percebe-se pela falas dos enfermeiros a preocupação a respeito da interligação entre sociedade e natureza, em que o ser humano deixa de ser visto como destruidor do ambiente e se insere como membro integrante desse universo. Verifica-se que a compreensão sobre meio ambiente vai além das concepções naturalistas e antropocêntricas, apresentando elementos que levam a uma visão de meio ambiente com aspectos globalizantes. Nesta visão ser humano é compreendido como um ser ativo, capaz de transformar e ser transformado.

Para Reigota (2010) a compreensão globalizante de meio ambiente aponta para relações existentes entre natureza e sociedade, sendo a natureza e a sociedade constituidoras do meio ambiente e constituídas por este. E isto pode ser verificado nas falas em que os sujeitos exprimem a existência de uma interdependência entre natureza e sociedade, em que os aspectos sociais estão em interação com aspectos naturais. Também nota-se a preocupação dessa reciprocidade para que possa coexistir de forma sustentável.

Percebe-se com isso, a modificação de pensamento, sendo que o homem faz parte do ecossistema, como resultado das diversas interações entre os componentes abióticos e os organismos vivos.

Assim, a partir da análise das respostas do questionário, verifica-se a predominância da representação social de meio ambiente de cunho naturalista (54,16%). A representação antropocêntrica está presente nesse grupo (29,17%), contudo, com menor expressividade em relação à naturalista. E a representação globalizante é apresentada apenas em 16,67% da amostra.

## Considerações Finais

A estratégia de saúde da família constitui-se como um espaço social relevante para o fomento da educação ambiental objetivando a promoção de uma formação cidadã crítica, a fim de compartilhar saberes, reconstruir coletivamente conceitos permitindo que essa prática se estenda por toda comunidade. Reconhece que a educação ambiental não está inserida na prática das estratégias de saúde da família do município de Eunápolis, Bahia. Rodrigues e Guimarães (2010) salientam que a ESF parece configurar-se como terreno fecundo para a implementação de ações de EA, no bojo das práticas dirigidas à promoção da saúde, contribuindo para a emergência de uma sociedade mais equilibrada em relação ao meio ambiente. Contudo, não foi isso que os resultados da pesquisa mostraram. A incorporação da EA na prática das ESF do município de Eunápolis, Bahia não acontece de forma efetiva e contínua o que permite inferir que a educação ambiental, como instrumento da promoção em saúde, ainda é incipiente nas ESF do município pesquisado.

Os resultados também mostram que os enfermeiros compreendem a importância de se discutir a temática educação ambiental em seu processo de trabalho com a comunidade, porém para promoção deste processo existem vários fatores que o inviabilizam. Desta forma, as principais dificuldades apontadas pelos enfermeiros para inserção da educação ambiental na prática cotidiana do serviço são: Tempo insuficiente para desenvolver atividades com a comunidade, falta de material disponível na secretaria de saúde, falta de estímulo da secretaria de saúde, pouco conhecimento em educação ambiental, carga horária reduzida; ausência de educação permanente para profissionais.

Destaca-se ainda que os enfermeiros da pesquisa compreendem a importância de construir o conhecimento sólido em relação a EA, contudo além do investimento particular também tem que haver o investimento por parte da gestão para que o desenvolvimento da educação ambiental se efetive de fato dentro das estratégias de saúde da família.

Nesta perspectiva, compreender qual a representação social de meio ambiente que estes enfermeiros apresentam é de extrema importância para entender como constitui as práticas de promoção da saúde em educação ambiental, já que essas práticas são essenciais para o empoderamento da população mediante a discussão sobre o meio ambiente.

Desse modo, podemos inferir que na pesquisa realizada verificou-se a predominância entre os sujeitos pesquisados da representação social de meio ambiente naturalista, seguida da antropocêntrica e por último de forma menos expressiva, mas não menos importante, a representação globalizante. Nota-se que a partir do momento em que se conhece que tipo de representação social de meio ambiente os enfermeiros da estratégia de saúde da família possuem, pode-se entender os posicionamentos e as proposições destes profissionais e entender também que esse saber está pautado na formação pessoal, profissional, cultural, nos conhecimentos, nas interpretações e nas reflexões dos diferentes olhares, valores e práticas que circulam entre o grupo. Sendo assim, conhecer as representações de meio ambiente dos sujeitos da pesquisa é uma etapa inicial importante, pois a partir do momento que sabemos quais as ideias que o grupo traz de meio ambiente, baseado no conhecimento que possuem, pode-se propor ações e estratégias eficientes para auxiliar estes profissionais a refletirem sobre o meio ambiente, tornando-os sujeitos atuantes na formação de compreensões críticas da comunidade onde atuam.

## Sugestões para Trabalhos Futuros

Sabe-se que o caminho para uma educação transformadora pode ser árduo, mas a transformação deve acontecer mutuamente nos profissionais e gestores, tendo como fundamentação os princípios e diretrizes do SUS. Sendo assim, existe uma necessidade de investimentos nos profissionais para que a insegurança possa dá espaço para os conhecimentos relevantes que possam subsidiá-los em suas práticas diariamente.

Vale salientar que a capacidade da ESF, em virtude de sua proximidade em relação ao cotidiano dos usuários e a facilidade de realizar alianças com diferentes setores da comunidade é um terreno fértil para o desenvolvimento de novas pesquisas.

Acredito que esta pesquisa sobre a representação social de meio ambiente dos enfermeiros das estratégias de saúde da família no município de Eunápolis, Bahia não esgotou as possibilidades de abordagem teórica da temática em questão, mas com certeza poderá servir como uma mola propulsora para instigar mais pesquisas acerca das representações sociais e práticas de educação ambiental dos diversos membros da equipe e nos demais setores da saúde e assim fornecer contribuições para as discussões sobre o assunto e possibilitar o aumento de produções na literatura referente ao tema.

Destaca-se ainda que a realização de pesquisas sobre a temática pode incentivar a troca de conhecimentos e o compartilhamento de experiências, que podem acabar por contribuir na mudança de concepções tanto de gestores como dos demais profissionais.

Por fim, espera-se que esse trabalho desperte também interesse e incentive à realização de novas pesquisas no meio acadêmico, explorando o tema das relações entre as representações sociais de meio ambiente e os profissionais da saúde, para que se possam ter elementos importantes para o planejamento e a execução de projetos voltados para a EA e assim tentar reduzir a lacuna existente entre a teoria e a prática.

E mais ainda, que possa encorajar a realização de pesquisas que envolva o tema em outras cidades da região, aspirando à investigação de elementos para criação e efetivação de atividades formativas regionais.

## REFERÊNCIAS<sup>1</sup>

ALBUQUERQUE, P. C. STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 8, n. 15, p. 259-274, 2004.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (orgs.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

ARANTES, R. C. et al. Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. **Rev. APS**, v. 11, n. 2, p. 189-198, abr./jun. 2008.

ASSIS, M. M. A.; ALVES, J. S.; SANTOS, A. M. Políticas de recursos humanos e a (re) significação das práticas dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS): apontamentos para o debate. **R. Baiana de Saúde Públ.**, Salvador, v. 32, supl. 1, p. 7-15, out. 2008.

AZEVEDO, E. A. **Exclusão sanitária em Belo Horizonte – MG: caracterização e associação com indicadores de saúde**. 181p. Dissertação (Mestrado em Saneamento, Meio Ambiente e Recursos Hídricos) – Escola de Engenharia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

BAHIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: 2014-2017**. Eunápolis, Bahia: Prefeitura Municipal de Eunápolis, 2014. 122p.

BARROSO, C. L. M.; MELLO, G.N. O acesso da mulher ao ensino superior brasileiro. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 15, dez. 1975.

BESEN, C. B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 16, n. 1, abr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902007000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902007000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 de julho de 2014.

BEUREN, I. M. (org.). **Como elaborar trabalhos em contabilidade: teoria e prática**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

BOEHS, A. E. et al. Interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 307-314, 2007.

BOEIRA, S. L. Política e Gestão Ambiental no Brasil: da Rio-92 ao Estatuto da Cidade. **II Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ambiente e Sociedade**. Campinas, São Paulo. 2004.

BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <file:///C:/Users/ALESSANDRA/Downloads/Relat%C3%B3rio%20a.%20Confer%C3%A2ncia%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde.pdf> . Acessado em: 16 de agosto de 2013.

\_\_\_\_\_. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292p.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990a. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm). Acesso em: 7 agosto 2013.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990b. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm). Acesso em 12 de novembro de 2013.

\_\_\_\_\_. **Programa Saúde da Família – Saúde Dentro de Casa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994.

\_\_\_\_\_. Lei n. 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 1996.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros Curriculares Nacionais: meio ambiente e saúde**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 1997. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro01.pdf>. Acesso em 06 de janeiro de 2014.



\_\_\_\_\_. **Saúde da Família** – uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Ministério da Saúde /Secretaria de Assistencial a Saúde/ Coordenação de saúde da comunidade. Brasília, DF: 1998a

\_\_\_\_\_. **A implantação da educação ambiental no Brasil**. Coordenação de Educação Ambiental do Ministério da Educação e do Desporto. Brasília, DF: 1998b.

\_\_\_\_\_. Lei Federal nº 9.795 de 27 de abril de 1999. Dispõe sobre a educação ambiental, institui a Política Nacional de Educação Ambiental e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 28 abr. 1999.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde-NOAS-SUS 01/01. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 28 de fevereiro de 2001a. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html). Acesso em 13 de novembro de 2013.

\_\_\_\_\_. **Programa Agentes Comunitários de Saúde** – PACS. Secretaria Executiva – Brasília, DF: Ministério da Saúde, jan. 2001b.

\_\_\_\_\_. **Projeto de Promoção da Saúde**: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses, Declaração do México. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001c.

\_\_\_\_\_. Parecer CNE/CP 009, de 08 de maio de 2001, Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, em nível superior, curso de licenciatura, de graduação plena. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 18 de janeiro de 2001d. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/009.pdf>. Acesso em 13 de março de 2014.

\_\_\_\_\_. Parecer CNE/CP 009, de 8 de maio de 2001, diretrizes curriculares nacionais para formação de professores da educação básica, em nível superior, curso de licenciatura, de graduação plena. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diário Oficial da União**. 2001a

\_\_\_\_\_. 50 milhões de brasileiros atendidos. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 2, n. 5, mai. 2002a.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 4.281**, de 25 de junho de 2002. Regulamenta a Lei nº 9.795, de 27 de abril de 1999, que institui a Política Nacional de Educação Ambiental, e dá outras providências. Brasília, DF: 25 de junho de 2002b.

\_\_\_\_\_. **Para entender a gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº. 335**. Aprova a política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde e a estratégia de pólos de educação permanente em saúde. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 2003b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM**. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, 2005a.

\_\_\_\_\_. **Pró Saúde**: Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde/ Ministério da Educação, 2005b.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 399/2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, 22 fev. 2006a.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 648**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas a organização da Atenção Básica para o programa Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2006b.

Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html).

Acesso em: 22 de novembro de 2013.

\_\_\_\_\_. **O Financiamento da Saúde**. Coleção Progestores. Brasília, DF: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, 2007a. 164p.

\_\_\_\_\_. **Resolução CNE/CES nº 3**, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2007b. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 06 de maio de 2014.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 3 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 60 p. (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7).

\_\_\_\_\_. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, 2011a. 291p.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.488,** de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília. 2011b.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica.** Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. **Portal da Atenção Básica.** Desenvolvido pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/index2.php>. Acesso em: 04 de janeiro de 2014a.

\_\_\_\_\_. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 5 abril de 2014b.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

\_\_\_\_\_. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. cap. 1 p. 15-38. 2003.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. Saúde da família no estado de Mato Grosso, Brasil: Perfis e julgamento dos médicos e enfermeiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1881-1892, set. 2006.

CARRASCO, L. M. C. M. **Um Estudo Sobre a Representação Social de Meio Ambiente das Crianças e Adolescentes Moradoras do Loteamento Cipó.** 2012. 112f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Ambiente) – Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2012.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JÚNIOR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JÚNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001.

CARVALHO, I. C. M. A invenção do sujeito ecológico: identidades e subjetividade na formação dos educadores ambientais. In: Sato, M. & Carvalho, I. C. M. (orgs) **Educação Ambiental, pesquisa e desafios**. Porto Alegre, Artmed, 2005.

\_\_\_\_\_. **A invenção ecológica: narrativas da educação ambiental no Brasil**. 2ª Ed. Porto Alegre: UFRGS, 2002.

\_\_\_\_\_. **Educação ambiental: a formação do sujeito ecológico**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2008. (Coleção Docência em Formação).

CARVALHO, S. R. The multiple meanings of empowerment in the health promotion proposal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, 2004.

CAVALCANTI, L. F.; ZUCCO, L. P. Política de saúde e serviço social. In: REZENDE, I.; CAVALCANTI, L. F. **Serviço social e políticas sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2006. p. 67-82.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CEZAR-VAZ, M. R. et al. Concepções de Enfermagem, Saúde e Ambiente: Abordagem Ecosistêmica da Produção Coletiva de Saúde na Atenção Básica. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 3, mai-jun. 2007.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, L. A. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde nas Grandes Cidades: análise do seu potencial na perspectiva da Promoção da Saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, v. 5, n. 7, p. 42-49, 2004.

CONTARELLO, A. Representações sociais e o mundo da ciência: gênero, número e caso em ciência, tecnologia e vida cotidiana. In: MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V. (Orgs.). **Contribuições para a teoria e o método em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB. 2007. p. 203-222.

CUTOLO, L. R. A. **Estilo de pensamento em educação médica**: um estudo do currículo do Curso de Graduação em Medicina da UFSC. 2000. 227f. Tese (Doutorado em Educação) - UFSC, Florianópolis, 2000.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DIAS, S. M. F. **Avaliação de programas de educação ambiental voltados para o gerenciamento dos resíduos sólidos urbanos**. 2003. 342f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2003.

DOTTA, L. T. T. **Representações sociais do ser professor**. Campinas: Editora Alínea, 2006.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico** (Coleção Os Pensadores). São Paulo: Abril Cultural, 1978.

DUVEEN, G. O poder das ideias. In: MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 4ª ed. Petrópolis: Vozes. 2003.

FAVERET, F. P.; OLIVEIRA, P. J. A universalidade excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Revista de Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 3, p.139-162, 1990.

FRANCO, M. L. P. B. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. **Cadernos de Pesquisa**, v. 34, n. 121, p. 169-186, jan./abr. 2004.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. IN: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 30 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

GALLI, A. **Educação ambiental como instrumento para o desenvolvimento sustentável**. Curitiba: Juruá, 2008.

GASTALDI, A. B.; HAYASHI, A. A. M. Enfermeiros e educadores: um desafio. **Terra e Cultura**, Londrina, ano XVIII, n. 35, p. 97-100, 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2006.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21. n. 2, mar./abr. 2005.

GUEDES, M. C. **As mulheres de formação universitária: a reversão da desigualdade de gênero e seus reflexos no mercado de trabalho (Brasil: 1970-2000)**. 2004. 104f. Dissertação (Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais) – Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas/IBGE, 2004.

GUIMARÃES, F.T. **Educação Ambiental como domínio da promoção da saúde: Conversações pedagógicas no âmbito da estratégia de saúde da família**. 2010. 116p. Dissertação (Mestrado em Ensino de Ciências) – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2010.

GUIMARÃES, M. **A dimensão ambiental na educação**. São Paulo: Papirus, 1995.

GUIMARAES, S. S. M.; TOMAZELLO, M. G. C. A Formação Universitária para o Ambiente: Educação para Sustentabilidade. **Ambiente & Educação** (FURG), Brasil, v. 8, p. 55-72, 2003.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária Saúde**. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

GOUVÊA, G. R. R. **Rumos da formação de professores para Educação Ambiental**. Educar. Curitiba, n. 27, p. 163-179, Editora UFPR, 2006.

HEIDMANN, I. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-8, abr./jun. 2006.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A. A trajetória da atenção básica em saúde e do programa saúde da família no SUS: uma busca de identidade. In: TRINDADE LIMA, N.; GERCSHMAN, S.; ELDER, F.C. **Saúde e democracia: historia e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 481-502.

KICKBUSCH, I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. In: Organización Pan-americana de la Salud. **Promoción de la salud: uma antología**. Washington: Organización Pan-americana de la Salud, p.15-24. 1996

KUHNEN, A. **Lagoa da conceição: meio ambiente e modos de vida em transformação.** Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

KUS, H. J. **Concepções de meio ambiente de professores de educação básica e práticas pedagógicas em educação ambiental.** 83f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) – Universidade Federal do Pará, Pato Braco, 2012.

JESUS, M. C. P. et al. O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no Programa Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Revista APS**, Juiz de fora, v. 11, n. 1, p. 54-61, jan./mar. 2008. Disponível em: <[www.ufjf.br/nates/files/2009/12/054061.pdf](http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/054061.pdf)>. Acesso em: 31 julho de 2014.

JODELET, D. Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales. **Les savoirs du quotidien. Transmissions, Appropriations, Représentations.** Rennes: Les Presses universitaires de Rennes, 2006. 274 p.

\_\_\_\_\_. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais.** Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001. p.17-44.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document.** Ottawa: Ministry of Health and Welfare, 1981. Disponível em: <[http://www.hcsc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf](http://www.hcsc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2013.

LEFF, Enrique. **Epistemologia Ambiental.** São Paulo: Cortez, 2001.

LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C.. Competências para ação educativa da enfermeira. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 177-183, 2008.

LOUREIRO, C. F. B. Apresentação à 2ª edição. In: TOMAZONIREIS, M. F. de C. **Educação ambiental: natureza, razão e história.** 2ª ed. Campinas: Autores Associados, 2008.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org). **O Distrito Sanitário.** São Paulo: Hucitec – Abrasco. 2ª Edição, 1994, pp.19-87.

\_\_\_\_\_. **Uma Agenda para a Saúde.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 300p.

MENESES E ROCHA, A. A. R.; TRAD, L. A. B. A trajetória profissional de cinco médicos do programa saúde da família: os desafios de construção de uma nova prática. **Interface** - Comunic., Saúde, Educ., v. 9, n. 17, p. 303-16, mar/ago 2005.

MERCADANTE, O. A. et. al. In: FINKELMAN, J. (org). **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 20ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

\_\_\_\_\_. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs). **Textos em representações sociais**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 89-111.

MOSCOVICI, S. On social representation. In: FORGAS J. P. (Org.). **Social Cognition**. Londres: Academic Press, 1982. p.181-209.

\_\_\_\_\_. **As representações sociais**: investigações em psicologia social. Tradução de Pedrinho Guareschi. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

NASCIMENTO-SCHULZE, C. M.; CAMARGO, B. V. Psicologia social, representações sociais e métodos. **Temas em Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia**, v. 8, n. 3, p. 287-299. 2000.

OLIVEIRA, D. L. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 423-431, 2005.

OLIVEIRA, S. M. S. de. **Abordagem do Tema Transversal do Meio Ambiente nas Escolas Municipais Rurais no Município de Uberada-MG**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Rural do Rio de Janeiro, Instituto de Agronomia, Rio de Janeiro, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **A carta da declaração sobre o ambiente humano**. Declaração firmada por ocasião da Conferência das Nações Unidas. Suécia: Organização mundial de saúde, 1972. Disponível em: <http://openlink.br.inter.net/jctyll/1904.htm>. Acesso em: 21 de janeiro de 2014.



\_\_\_\_\_. **Declaração de Tbilisi.** Declaração firmada por ocasião da Conferência Intergovernamental sobre Educação Ambiental: Organização mundial de saúde, 1977. Disponível em: <http://www.mma.gov.br/port/sdi/ea/deds/pdfs/decltbilisi.pdf>. Acesso em: 21 de janeiro de 2014.

\_\_\_\_\_. **Carta de Ottawa.** Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde. Ottawa: Organização mundial da saúde, 1986.

\_\_\_\_\_. **Boletim Informativo da 7ª Conferência Mundial sobre a Promoção da Saúde,** Nairobi, Kenya, 28 de outubro de 2009, p. 1-2. Disponível em: <[www.afro.who.int/index.php?option%3Dcom\\_docman%26task%3Ddoc\\_download%26gid%3D5073+&hl=pt-](http://www.afro.who.int/index.php?option%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D5073+&hl=pt-)>. Acesso em maio de 2012.

\_\_\_\_\_. **Declaração de Adelaide.** Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Adelaide: Organização mundial da saúde, 1988.

\_\_\_\_\_. **Declaração de Jacarta.** Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Jacarta: Organização mundial da saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. **Declaração do México.** Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Cidade do México: Organização mundial da saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. **Declaração de Sundsvall.** Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Sundsvall: Organização mundial da saúde, 1991.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Carta de Ottawa.** Brasília: Organização pan-americana de saúde, 2008. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf> >. Acessado em: 21 de julho de 2013.

PEDRINI, A.G. **Educação Ambiental:** Educação e Práticas Contemporâneas. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

PELICIONI, M.C.F. Educação ambiental, qualidade de vida e sustentabilidade. **Saúde e Sociedade**, v.7, n.2, p. 19-31, ago/dez. 1998.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 5.ed. Porto Alegre: Artes médicas, 2004. 391p.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: A construção de um modelo de assistência. **Revista Latino-am. Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>. Acesso em: 01/05/2013.

REIGOTA, Marcos. **O que é educação ambiental?** São Paulo: Brasiliense, 1994.

\_\_\_\_\_. **Les représentations sociales de l'environnement et les pratiques pédagogiques quotidiennes de professeurs de science a sao paulo-brèsil.** Tese (doutorado em educação) – Universidade Católica de Louvain, Bélgica, 1990.

\_\_\_\_\_. **Meio ambiente e representações sociais.** 8 ed. São Paulo, Cortez: 2010. (Coleção Questões da Nossa Época, v.12).

RIBEIRO, W. C. **A ordem ambiental internacional.** São Paulo: Contexto, 2001. 176p.

RODRIGUES, J. N.; GUIMARÃES, M. Educação ambiental crítica na formação do educador: uma pedagogia transformadora. Reunião anual da associação nacional de pós-graduação e pesquisa em educação, 33. 2010, Caxambu/MG. **Anais eletrônicos.** Caxambu, 2010.

ROECKER, S.; BUDÓ, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, jun. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 13 de agosto 2014.

SÁ, C. P. de. **A construção do objeto de pesquisa em Representações Sociais.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. 110p

SANTOS, M. F. S. A teoria das representações sociais. In: SANTOS, M.F.S; ALMEIDA, L. M. (Orgs). **Diálogos com a teoria das representações sociais.** Recife: Ed. Universitária da UFPE/Ed. Universitária da UFAL, v. 1, p. 13-38, 2005.

SILVA, J. A. M.; OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Rev. Eletr.Enf. Goiânia**, v. 9, n. 2, p. 389-401, mai/ago. 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9n2a08.html>. Acesso em: 29 de julho de 2014.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 153-58, 2008.

SOUSA, M. F. de. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev. Brasileira de Enfermagem: saúde da família**. Brasília, DF: Associação Brasileira de Enfermagem, v. 53, p. 25-30, dez. 2000. Número especial.

SPINK, M. J P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, set. 1993. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X199300030017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X199300030017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: janeiro de 2014.

SPINK, M. J. P. O estudo empírico das Representações Sociais. In: SPINK, M. J. P.(Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

\_\_\_\_\_. **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

TEIXEIRA, S. **O Programa Saúde da Família e sua relação com as dimensões da sustentabilidade**. 170p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

TRIGUEIRO, A. **Meio Ambiente no Século XXI**. Rio de Janeiro: Sextante, 2003.

UNIÃO INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE / OFICINA REGIONAL LATINO-AMERICANA. **A Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde no Mundo Globalizado**. 2005. Disponível em: <<http://www.bvsde.opsoms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>>. Acesso em: agosto de 2013.

\_\_\_\_\_. **8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde**. Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas. 2013. Disponível em: <http://dssbr.org/site/wpcontent/uploads/2013/09/8%C2%AAConfer%C3%AAncia-Internacional-de-Promo%C3%A7%C3%A3o-da-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: agosto de 2013.

VALERA, S. Medio ambiente y representación social: una visita a la ciudad como representación social. In: GARCÍA-MIRA, R.; CAMESELLE, J. M. S.; MARTINEZ, J. R. (Orgs.). **Psicología y medio ambiente: aspectos psicosociales, educativos y**

metodológicos. Espanha: Universidade de Santiago de Compostela, 2002. p.133-147.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In Moreira, A. S. P.; Oliveira, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p.3-25.

## APÊNDICE A – Questionário

## 1. Dados pessoais

Sexo

 Masculino  Feminino

Idade

 Menos de 25 anos  26 a 35 anos  36 a 45 anos  46 anos ou mais

Estado Civil

 Casado  Solteiro  Divorciado  Viúvo

Situação ocupacional

 Concursado  Contratado

Tempo de atuação como enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família no município de Eunápolis-Bahia.

 Menos de 2 anos  De 2 a 5 anos  De 5 a 10 anos  Mais de 10 anos

## 2. Formação acadêmica

Ano de conclusão do curso de Enfermagem: \_\_\_\_\_

Formação Complementar

 Especialização  Mestrado  Doutorado

Área: \_\_\_\_\_

Na sua graduação você teve formação em Educação Ambiental?

 Sim  Não

Você já realizou alguma formação continuada em Educação Ambiental?

 Sim  Não

3. Você desenvolve atividades educativas com a comunidade no seu local de trabalho?

( ) Sim ( ) Não

4. Já realizou alguma atividade educativa sobre meio ambiente?

( ) Sim ( ) Não

Quais temas abordados?

---

---

---

---

---

5. Quais as dificuldades encontradas para desenvolver atividades educativas voltadas para o tema meio ambiente?

( ) Pouco conhecimento em educação ambiental

( ) Falta de material disponível na secretaria de saúde

( ) Falta de estímulo da secretaria de saúde

( ) Tempo insuficiente para desenvolver atividades com a comunidade

( ) Outros Citar: \_\_\_\_\_

6. Você considera a Educação Ambiental como uma das funções do Enfermeiro como membro da Equipe de Saúde?

( ) Sim ( ) Não

7. Existe incentivo para você desenvolver atividades de educação ambiental com a comunidade?

( ) Sim ( ) Não

8. O que você entende por meio ambiente?

## APÊNDICE B - Carta de apresentação

Eunápolis, 28 de Abril de 2014.

Ilm. Sr<sup>a</sup> Gisele Garcia Reis  
Coordenadora da Atenção Básica

Sr<sup>a</sup>. Coordenadora,

Estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado “UM ESTUDO SOBRE A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE MEIO AMBIENTE DOS ENFERMEIROS DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE EUNÁPOLIS – BAHIA” elaborado no Mestrado em Educação, Gestão Social e Desenvolvimento Regional da Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus-ES, tendo como autora, eu, Alessandra Carvalho de Sousa, sob orientação da prof<sup>a</sup> M.Sc. Luana Frigulha Guisso. Nessa oportunidade solicitamos a vossa autorização para termos acesso aos enfermeiros que atuam nas Estratégias de Saúde da Família e documentos pertinentes. Em anexo, segue o projeto de pesquisa.

Atenciosamente,

---

Alessandra Carvalho de Sousa  
Mestranda

---

Luana Frigulha Guisso  
Orientadora

### APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, Alessandra Carvalho de Sousa, regularmente matriculada no Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional da Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus-ES, solicito a sua participação na pesquisa científica que tem como título “UM ESTUDO SOBRE A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE MEIO AMBIENTE DOS ENFERMEIROS DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE EUNÁPOLIS – BAHIA”. Para obtenção dos dados necessários será aplicado um questionário como instrumento de coleta de dados, e para isso solicito que as respostas sejam de acordo com sua realidade. A autonomia do sujeito de pesquisa será assegurada, podendo desistir ou interromper a colaboração nesta pesquisa no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. As informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais e asseguro sigilo sobre sua participação. Os dados serão divulgados de forma a não possibilitar sua identificação. Os resultados obtidos durante este estudo serão divulgados em apresentações ou publicações com fins científicos ou educativos. Os participantes não obterão nenhum privilégio ou ônus na participação desta pesquisa.

Em caso de concordância com as considerações expostas, solicito que assine este “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” no local indicado abaixo. Desde já agradeço sua colaboração e ressalto o compromisso de notificação do andamento e envio dos resultados desta pesquisa.

Cordialmente,

---

Alessandra Carvalho de Sousa



Eu, \_\_\_\_\_,  
assinoo o termo de consentimento, após esclarecimento e concordância com os objetivos e condições da realização da pesquisa “UM ESTUDO SOBRE A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE MEIO AMBIENTE DOS ENFERMEIROS DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE EUNÁPOLIS – BAHIA”, permitindo, também, que os resultados gerais deste estudo sejam divulgados sem a menção dos nomes dos pesquisados.

Eunápolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

Assinatura do Pesquisado

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos, entrar em contato com a responsável pelo estudo por meio do **e-mail**: [alessandra.carvalho.sousa@gmail.com](mailto:alessandra.carvalho.sousa@gmail.com).

