

A Temática Ambiental em Representações e Práticas de Profissionais de Saúde da Família no Município de Manaus - AM/Brasil

The Environmental Theme in Representations and Practices of Family Health Professionals in the Municipality of Manaus - State of Amazonas /Brazil

Raimunda das Chagas Mendonça

Mestre em Gestão e Auditoria Ambiental. Chefe da Divisão de Vigilância Ambiental da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus / AM.

Endereço: Av. Constantino Nery, 2.229, Condomínio Juçara, bl. A, ap. 105, CEP 69050-001, Manaus, AM, Brasil.

E-mail: raimunda.mendonca@pmm.am.gov.br

Leandro Luiz Giatti

Doutor em Saúde Pública. Professor do Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública/USP.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715, CEP 01246-904, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: lgiatti@usp.br

Renata Ferraz de Toledo

Doutora em Saúde Pública. Pós-Doutoranda da Faculdade de Educação da USP (Bolsista Fapesp, processo: 2010/13839-0).

Endereço: Rua Sapucaia, 655, Alto da Mooca, CEP 03170-050, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: renataft@usp.br

Resumo

Evidências científicas mostram que mudanças ambientais antrópicas aumentam riscos de exposição a diversas doenças. Na Estratégia Saúde da Família - ESF, tarefas com claro enfoque ambiental são prescritas indicando às equipes de profissionais que considerem esses aspectos em suas intervenções. O objetivo desta pesquisa foi conhecer representações e práticas de profissionais de Saúde da Família de Manaus (AM) sobre a questão ambiental e sua interface com a saúde pública. Os dados foram coletados por meio de observação participante e entrevistas semiestruturadas, e a análise qualitativa destes deu-se pela Análise de Conteúdo e Triangulação de Métodos. Resultados da pesquisa revelaram que a maioria dos profissionais não compreende o ambiente de forma sistêmica, mesmo tendo declarado que os fatores ambientais têm grande influência sobre a saúde humana; enquanto intervenções, as práticas educativas seguem metodologias tradicionais e são centradas na culpabilização do indivíduo e na simples transmissão de conhecimentos pontuais; o relacionamento dos profissionais com a comunidade resume-se ao atendimento individual e/ou coletivo. Concluiu-se que, para a ESF contribuir para o reordenamento do sistema, é fundamental o redirecionamento desse novo modelo de política de saúde para efetivar-se como prática social e ambiental.

Palavras-chave: Saúde Ambiental; Saúde da Família; Profissionais de Saúde; Promoção da Saúde.

Abstract

There are abundant scientific evidences showing that the increased risk of exposure to diseases is a consequence of anthropogenic environmental changes. In the Family Health Strategy, tasks with a clear environmental focus are prescribed, indicating to the professional teams that they should consider these aspects in their health practices. The objective of this research was to study representations and practices of Family Health Professionals of Manaus - State of Amazonas, Northern Brazil - about environmental issues and their interface with public health. Data were collected by means of participant observation and semi-structured interviews, and the qualitative analysis was carried out through Content Analysis and Methodological Triangulation. The results showed that most professionals do not understand the environment in a systemic way, even though they recognize the great impact that environmental factors have on human health; as interventions, the educational practices follow traditional methodologies and focus on blaming the individual and on the simple transmission of knowledge; the professionals' relationship with the community is limited to personal and/or collective care. It is concluded that in order to the Family Health Strategy to contribute to restructure the system, it is essential to redirect this new health policy model so that it becomes effective as a social and environmental practice.

Keywords: Environmental Health; Family Health; Health Personnel; Health Promotion.

Introdução

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família - ESF está inserida no escopo das políticas nacionais de saúde e tem sido assumida, paulatinamente, por praticamente todos os gestores do País. Veio para incorporar e reafirmar os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, propondo-se, em sua essência, substituir o modelo de atendimento individual por um novo modelo de atenção à saúde, com equipe multiprofissional, território definido, adscrição de clientela e foco centrado na integralidade das ações de saúde, entre estas a promoção, a prevenção, a recuperação e a readaptação. Documentos oficiais (Brasil, 2001, 2006) que normatizam essa ESF prescrevem tarefas com claro enfoque ambiental, indicando às equipes de profissionais que considerem esses aspectos para eleição das práticas de saúde a serem implementadas. Das equipes de saúde da família, espera-se o conhecimento da realidade, a identificação de problemas sanitários e socioambientais da sua área de abrangência, para melhor elaboração do planejamento local.

Alguns obstáculos à consolidação da ESF são descritos na literatura. Um deles é a falta quantitativa e qualitativa de profissionais adequadamente preparados para lidar com as atribuições exigidas pelo novo modelo. Não obstante, identifica-se, dentre os profissionais de saúde, dificuldades de articulação entre atividades clínicas e de saúde coletiva, fazendo com que estas sejam incorporadas parcialmente (Escorel e col., 2007). Ressalta-se também, que a questão ambiental é pouco trabalhada pelas equipes ESF, deficiência que possui bases na própria concepção de ambiente que a Estratégia tem e que está expressa em suas normas e diretrizes (Ianni e Quitério, 2006).

O conhecimento dos fatores determinantes e condicionantes de saúde é imprescindível para aqueles que exercem atividades em distritos sanitários, unidades de atenção à saúde definidas sob aspectos territoriais. Nesse sentido, as interações homem, ambiente e saúde devem ser consideradas tanto por processos de desequilíbrio nos ecossistemas que interferem na disseminação de doenças (Patz e col., 2004), quanto pela fração atribuível de risco a fatores ambientais para diversas moléstias que

atacam os humanos (Prüss-Üstun e Corvalán, 2007). Entender a questão ambiental, em sua totalidade e complexidade, é um dos pressupostos na busca de práticas de intervenção para além das curativas e preventivas de doenças, aproximando-se cada vez mais dos preceitos da Promoção da Saúde, ou seja, desenvolvendo práticas menos individuais e mais coletivas, menos assistencialistas e mais participativas, para que dessa forma os indivíduos se fortaleçam como sujeitos sociais e possam assumir o controle sobre sua saúde e seus determinantes e, por consequência, busquem continuamente melhores condições de vida.

A cidade de Manaus no Estado do Amazonas - Brasil, maior núcleo urbano da Amazônia, insere-se em um cenário de franco crescimento econômico e populacional, que reflete em substanciais mudanças ambientais caracterizando um quadro sanitário bastante preocupante com relevantes influências na saúde de sua população (Freitas e Giatti, 2009). Assim, essa metrópole constitui-se como um importante local para este estudo que interage com a prerrogativa da ESF de se expandir e atender as especificidades intraurbanas de grandes cidades (Escorel e col., 2007). Não obstante, um desafio global de se prover equidade e justiça social, em um mundo em constantes mudanças e com sérias desigualdades, indica a necessidade de um processo de evolução, adequações e universalização da Atenção Primária em Saúde (WHO, 2008).

Diante desse quadro, esta pesquisa objetivou conhecer representações e práticas de profissionais de Saúde da Família do Distrito Sanitário Sul - DISASUL de Manaus, Estado do Amazonas, Brasil, sobre as questões ambientais e sua interface com a saúde humana, visando identificar se elas são compatíveis com uma mudança de modelo assistencial hegemônico, e de que modo propiciam intervenções com foco em determinantes socioambientais específicos dentro de suas áreas de atuação.

Metodologia

O estudo teve como sujeitos da pesquisa médicos, enfermeiros, odontólogos e técnicos de enfermagem lotados em seis unidades representativas dos quatro territórios distritais do DISASUL, de um

universo de cinquenta e três Unidades Básicas de Saúde da Família - UBS pertencentes ao DISASUL de Manaus (AM), um dos quatro distritos urbanos do Município. A escolha do DISASUL deveu-se por este apresentar: melhores índices de cobertura de serviços de infraestrutura urbana; melhor disposição de serviços de saúde da rede assistencial; maior número de habitantes; áreas de abrangência em processo de intervenção ambiental (recuperação de áreas degradadas); e distribuição espacial das unidades de saúde compatível com os recursos logísticos disponíveis. Entre os critérios de seleção das unidades, considerou-se o tempo de implantação/funcionamento (a primeira e a última instaladas), a formação completa da equipe, área de abrangência em bairros consolidados e em bairros em expansão em processo de intervenção ambiental (obras de saneamento), e/ou com população exposta a riscos ambientais (áreas alagadiças) e equipes com maior tempo de ESF.

O período de realização da pesquisa de campo ocorreu entre novembro de 2006 a setembro de 2007. Para uma melhor apreensão da realidade, adotou-se um desenho de caráter exploratório, documental e descritivo, e como instrumentos de coleta de dados a entrevista semiestruturada e a observação participante com uso de diário de campo, máquina fotográfica e gravador de áudio (Yin, 2005), envolvendo para essa atividade as áreas de abrangência das UBSs selecionadas. Os tópicos das entrevistas com os profissionais de saúde foram: 1) Inserção e capacitação em ESF; 2) Representações sobre ambiente; 3) A relação saúde e ambiente; 4) Multidisciplinaridade e intersetorialidade no contexto da ESF; 5) A questão ambiental como política pública; 6) Vínculos dos profissionais de Saúde da Família com a comunidade; e 7) A educação em saúde como prática na ESF.

Optou-se pela abordagem qualitativa dos dados associada à Teoria das Representações Sociais que, segundo Jodelet (1989), auxiliam não somente na forma de interpretar, mas também de intervir na realidade, visto que são formas de conhecimento construídas socialmente. Souza e Zioni (2003) lembram ainda que a teoria das representações sociais vem sendo bastante utilizada em pesquisas associadas ao saneamento ambiental, pois propicia

maior compreensão da interface homem - ambiente, a partir da interpretação dos significados que os sujeitos envolvidos constroem na sua relação com o mundo.

Os resultados obtidos com os instrumentos de pesquisa (entrevistas e observação participante) foram analisados de forma conjunta pelo processo de Triangulação de Métodos, o qual possibilita interpretar a realidade por meio da combinação de diferentes técnicas de investigação (Minayo e col., 2005). Esse tipo de análise permitiu a identificação de temas centrais para discussão, que por sua vez foram categorizados mediante a identificação de ideias convergentes e divergentes (Bardin, 2008) captadas por meio dos diferentes instrumentos, em termos da relação saúde e ambiente e sua incorporação nas práticas dos profissionais.

Esta pesquisa teve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universitária Ibero-americana, registrado sob o número 2007/01, conforme estabelecido nos termos das Resoluções nº 196/96 e nº 251/97 e nº 292/99 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Foram entrevistados 22 profissionais de saúde, correspondendo a 88% dos lotados nas UBSs selecionadas. A análise conjunta dos resultados concentrou-se em quatro temas: 1) Representações de ambiente; 2) Relação saúde e ambiente; 3) Promoção da saúde; e 4) Participação social, apresentados no Quadro 1.

O primeiro tema a ser tratado, sobre as representações de ambiente por parte dos profissionais de Saúde da Família, permitiu a construção de três categorias: a) Os que definem o meio ambiente como um conjunto de elementos do meio físico e de seres vivos, incluindo a espécie humana, interagindo entre si e com seu entorno (Biosfera) - (69%), como nos depoimentos *“Meio ambiente é o lugar onde vivemos”*; *“É o espaço das nossas relações, dos seres humanos com os outros seres vivos e com os fatores inanimados”*; *“É o local físico, mais as pessoas que vivem nele”*. b) Os que oferecem uma amplitude maior ao assunto ao incluírem, além dos meios bióticos e não bióticos, as instituições sociais e suas relações (Sociosfera) - (4%), como no seguinte

depoimento *“É o local onde vivemos. É a maneira e os costumes de cada um. Cada comunidade tem seu meio ambiente, que é diferente das outras. É a maneira de viver”*. c) Os que ressaltam que o ambiente está ameaçado, deteriorado pela contaminação ou pelo manejo inadequado dos recursos naturais” (Ambiente degradado) - (13%), como nos exemplos: *“O meio ambiente está poluído. Ruas sujas e igarapé cheio de lixo. Tem muito barulho também”*; *“Tanto o meio ambiente externo (bairro) quanto o interno (intradomiciliar) estão insalubres. Aqui é comum encontrar casas sujas, pessoas usando água do igarapé poluído, além do esgoto correndo pela rua `a céu aberto”*.

Estas representações chamam a atenção para uma definição que segundo alguns teóricos coincide com um enfoque sistêmico (Funiber, 2002), em que o ambiente é formado por três esferas ou sistemas: a Biosfera, a Sociosfera e a Tecnosfera.

No primeiro, a Biosfera, o ser humano encontra-se inserido. Esse grande sistema de partes funcionais e interdependentes compreende as camadas baixas da atmosfera, os estratos superiores da litosfera e da hidrosfera, e os seres vivos, interagindo entre si e com o entorno. Em segundo, estaria a Sociosfera, o sistema artificial de instituições desenvolvidas pelo ser humano para o gerenciamento das relações da comunidade com os outros sistemas. São as instituições políticas, econômicas e culturais da sociedade - tem evoluído ao longo dos séculos e se relaciona com os outros sistemas, e em particular com a Biosfera, por meio de estruturas concretas. Algumas destas, por sua vez, constituem a Tecnosfera, compreendendo os assentamentos humanos, centros industriais de energia, redes de transporte e comunicação, canais e vias fluviais, explorações agrícolas etc. É um sistema sob o controle humano imediato, e sua história é recente. Apesar disso, em certas ocasiões, a Biosfera faz sentir seu domínio sobre a Tecnosfera, por meio das chamadas catástrofes naturais, cujos efeitos são devastadores para muitos assentamentos humanos.

No tocante à relação saúde e ambiente, segundo tema na organização deste texto, identificou-se, nas representações de todos os sujeitos da pesquisa, o entendimento de saúde em um contexto mais amplo e em uma abordagem mais compreensiva dos seus

Quadro 1 - Temas selecionados e principais categorias construídas pela Triangulação de Métodos

Temas analisados	Categorias
1) Representação de meio ambiente	a) Biosfera (elementos físicos e os seres vivos)
	b) Sociosfera (elementos físicos, os seres vivos e as instituições sociais)
	c) Associação com ambiente degradado
2) Relação saúde e ambiente	a) O ambiente saudável é importante para a saúde das pessoas.
	b) Ausência de saneamento básico e falta de educação ambiental dos moradores foram os problemas ambientais citados com maior frequência.
	c) As condições de habitabilidade, exemplificadas pelas palafitas, foram identificadas como outro fator de risco à saúde.
	d) As UBS'S, na grande maioria, não dispunham de um local específico de armazenamento externo para os resíduos sólidos gerados.
	e) Foi observado, na maioria dos casos, disposição inadequada de lixo em áreas contíguas aos prédios das UBS
	f) Doenças infecciosas e parasitárias foram unanimemente declaradas de origem socioambiental
	g) Os Profissionais de Saúde da Família - PSF demonstraram não fazer parte de sua rotina as ações de vigilância em saúde.
3) Promoção da Saúde	a) A presença de equipe multidisciplinar foi reivindicada pela maioria dos PSF.
	b) O enraizamento do modelo assistencialista voltado para as práticas curativas foi percebido na rotina dos PSF.
	c) Elementos pertinentes à Abordagem Ecológica em Saúde foram identificados, ainda que pela minoria, entre os pesquisados.
	d) A necessidade de profissional da área ambiental foi citada por alguns PSF e não houve menção quanto ao profissional da educação.
	e) A insegurança pública foi destacada como um dos grandes problemas enfrentado pelos PSF.
	f) A construção de unidades de saúde para referência e contra referência foram também solicitadas.
	g) As intervenções sanitárias já existentes em algumas áreas das UBS's (rede de água, coleta de lixo e vias pavimentadas) não foram lembradas como pontos positivos do bairro.
	h) Ficou demonstrado por todos os entrevistados que as ações educativas, quando executadas, são representadas exclusivamente pelas orientações individuais e/ou palestras coletivas.
	i) As ações de controle de malária e dengue não eram exercidas pelos PSF, sob a alegação de que o Programa é de competência da FUNASA.
	j) Os caminhos indicados para a inclusão das ações de cunho ambiental na ESF foram: processo educativo formal e não formal, melhoria dos serviços públicos, qualificação profissional específica e a multidisciplinaridade e intersetorialidade, além dos que não souberam informar.
4) Participação social	a) Para a maioria dos PSF, a comunidade não tem preocupação com o meio ambiente.
	b) As relações dos PSF com as instituições religiosas resumiam-se na utilização do espaço físico das igrejas para reuniões esporádicas.
	c) A interação com a escola era pontual, restringindo-se às campanhas de vacinação.
	d) Com a sociedade organizada (associação de bairro, clubes, etc), a relação era quase inexistente.
	e) Percebeu-se que os PSF sentem muita dificuldade na mobilização da comunidade para eventos.
	f) As ações educativas visavam apenas modificar comportamentos considerados inadequados, por meio de palestras. Eram centradas na prescrição de tratamentos, condutas e mudança de atitudes, privilegiando a simples transmissão de conhecimentos pontuais.
	g) Os temas objeto das reuniões comunitárias eram definidos unilateralmente pelos PSF.

diferentes fatores determinantes e condicionantes, pois, de maneira geral explicitaram que a existência de um ambiente saudável é importante para a saúde das pessoas. Ao discorrerem sobre a justificativa de tal assertiva nas entrevistas, as respostas dividiram-se em diversos fatores contribuintes, como alimentação, saneamento básico, educação, ambiente de trabalho e moradia. Alguns profissionais enfatizaram que a melhoria da qualidade de vida da população pressupõe ambiente salubre, como no trecho a seguir: *“Não é só importante. É necessidade vital para que você tenha boas condições de vida”*.

Esses dados reforçam o que Giatti e colaboradores (2007) mostram, que para melhorar a saúde de populações que vivem em condições sanitárias precárias, outras particularidades como referentes a ambiente, valores, costumes e práticas sanitárias, configuram um conjunto peculiar de determinantes.

Similaridades com problemas ambientais mundiais (OMS, 2007) também foram reconhecidas pelos entrevistados, sendo citado por estes a ausência de saneamento básico como um dos maiores desafios em suas áreas de cobertura, sendo ilustrada por ausência de sistema de esgotamento sanitário, manejo inadequado dos resíduos sólidos e deficiência no abastecimento de água no bairro.

Apesar da preocupação com o saneamento ser indicada pelos respondentes, a maioria não conhecia o destino dos esgotos e a qualidade da água disponível na própria unidade básica. Observou-se ainda, que os profissionais de saúde desconheciam que a vigilância da qualidade da água para consumo humano é competência do próprio setor saúde e deve ser monitorada conforme preconizado na Portaria 518/2004 do Ministério da Saúde do Brasil.

Condições desfavoráveis de habitabilidade, exemplificadas por palafitas, foram assinaladas por 18% dos entrevistados e, de fato, ressalta-se a observação de residências instaladas em áreas inundáveis (margens dos igarapés) nas áreas de estudo.

A poluição dos igarapés também foi mencionada como provocada pelo manejo inadequado dos resíduos sólidos, realizado pelos próprios comunitários. Todavia, nas UBSs que possuíam quintais, observou-se vegetação alta e acúmulo de lixo, além disso, os resíduos comuns gerados, apesar de acondicionados adequadamente em sacos plásticos, não dispunham,

na grande maioria, de local específico de armazenamento externo (lixeira). Quanto ao manejo dos resíduos de serviços de saúde (perfurocortantes e de risco biológico) era precário e inseguro, pois embora armazenado em caixas de papelão, era transportado, quase sempre, em carro particular dos profissionais até a unidade de referência mais próxima, colocando em risco a saúde daqueles que o manuseavam.

Entre o conjunto dos entrevistados, 13% mencionou poluição sonora e a poluição atmosférica como problemas ambientais. Essas respostas vieram de profissionais atuantes em UBSs situadas nas proximidades de ruas com intenso fluxo de veículos coletivos, sendo esta a causa majoritária desses problemas. Queimadas urbanas foi outro exemplo de poluição atmosférica manifestado, referindo-se à presença de fumaça ocasionada pela queima do lixo doméstico, destinação final de resíduos praticada por alguns moradores no quintal de residências.

Entre outras evidências obtidas por observação participante, e, em concordância com resultados das entrevistas, destacam-se irregularidades encontradas nos sistemas de saneamento existentes, tais como: a intermitência no abastecimento público, comprometendo a qualidade da água fornecida à população; a distribuição pela rede pública de água não tratada; as perdas por vazamentos e ligações clandestinas; a disposição de esgoto *in natura* em coleções hídricas que entrecortam os bairros; e carências no sistema de drenagem pluvial urbana, favorecendo inundações descontroladas com a consequente proliferação de vetores endêmicos.

Demais determinantes e condicionantes citados foram: a deficiência do sistema de transporte urbano presente nas respostas de todos os profissionais de saúde, com exceção dos que trabalhavam em UBSs localizadas próximas do centro da cidade, onde o transporte coletivo foi mencionado como ponto positivo (40%); aspectos negativos da urbanização do bairro (32%); ausência de áreas de lazer (14%); e ocupação de áreas de risco como margem de igarapé e terrenos com elevada declividade (9%).

Ainda na busca por conhecer e interpretar a relação saúde/ambiente, este estudo identificou quais aspectos do bairro eram mais valorizados pelos sujeitos da pesquisa, como as condições socioambientais locais ou a oferta de equipamentos sociais. Para

tal, as respostas das entrevistas foram separadas em duas categorias: a dos profissionais que atuavam em UBSs adjacentes ao centro da cidade e dos que trabalhavam nas UBSs da periferia.

Assim, quando perguntados quais os pontos positivos do bairro que poderiam ser atrativos para novos moradores, observou-se predominância do primeiro grupo para critérios que diziam respeito à localização espacial e disponibilidade de estrutura para atividades comerciais e de serviços. Quase a totalidade (73%) dos entrevistados das UBSs adjacentes ao centro da cidade fez menção ao fato de o local estar próximo do centro comercial. Nesse grupo, pelo mesmo motivo, foram eleitos também: a existência de unidades de saúde para referência (60%); o bom e variado atendimento do sistema de transporte coletivo (40%); e a presença de escolas com todos os níveis de ensino (33%).

No grupo da periferia, os pontos positivos citados foram: tranquilidade do local (71%), a receptividade e a participação dos comunitários (57%) e a presença das UBSs (33%).

Vale ressaltar que as intervenções sanitárias (rede de abastecimento de água, coleta pública de lixo e ruas pavimentadas) já existentes em algumas áreas das UBSs não foram lembradas como pontos positivos pelos profissionais de saúde, mesmo sendo estas consideradas por esses profissionais como fundamentais para a melhoria da qualidade de vida.

Dentre as enfermidades relacionadas com as condições ambientais, as parasitoses foram mencionadas por 68% dos pesquisados. Também foram citadas: doenças diarreicas (59%), dermatoses (27%), infecções respiratórias (23%) e hepatite (9%). A incidência de problemas respiratórios, favorecidos pelos fatores climáticos locais (quente e úmido) foi indicada apenas como uma das consequências das queimadas urbanas, mas não associada com a poluição provocada por veículos automotores.

Embora de grande incidência no Município, apenas 14% dos entrevistados destacaram a malária (incidência nas zonas Norte, Leste e Oeste) e a dengue como doenças relacionadas ao ambiente. Apesar de instituído como programa nacional, o combate à dengue não foi percebido como ação efetiva na ESF DISASUL, mesmo diante do acúmulo

de lixo em diversos locais da área de abrangência, inclusive nas áreas contíguas a UBSs, alegando-se ser uma responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA.

Tuberculose, leishmaniose, leptospirose, esquistossomose, sedentarismo e hipertensão foram citadas apenas uma vez cada. A hipertensão foi relacionada, tendo em vista que o indivíduo acometido está exposto também a incômodos de ordem ambiental e psicossocial, no caso, ao problema de poluição sonora.

Enquanto causa para essas doenças, a falta de higiene (condições sanitárias) foi declarada por 9% dos profissionais. Apesar de pouco representativo em termos percentuais, essa condição foi relatada com frequência em outros momentos das entrevistas, conforme a seguir: *“Outro problema é a falta de higiene. Nós estamos trabalhando muito com a higienização (pessoal). Há casos que se encontra fezes pela casa ou pelas paredes”*. *“Caixas d’água sujas. Não somos nenhuma vigilância sanitária, mas a gente explica”*.

Ao se analisar as representações sobre ambiente e as relações saúde e ambiente enunciadas, compreende-se aspectos multifatoriais de exposição que incidem sobre os habitantes da região estudada. Nesse sentido, diferentemente de sistemas biológicos em que se configura uma complexidade ordinária, os sistemas sociais, técnicos ou mistos extrapolam qualquer ordem mecanicista ou funcionalista em decorrência de elementos como representações, consciência e moralidade, ou seja, subjetividades capazes de conferir o mais elevado nível de complexidade, inerente, portanto, às relações dos humanos com o ambiente e com a própria saúde (Porto, 2007).

Assim, questões socioambientais e de saúde requerem a superação de modelos explicativos baseados em causalidades lineares e reducionistas; do mesmo modo, necessita-se de processos de intervenção e controle de riscos ambientais capazes de associarem a produção participativa de conhecimento com políticas de gestão e governança também ampliadas junto à sociedade (Ravetz, 2004; De Marchi e Ravetz, 1999).

A Abordagem Ecosistêmica em Saúde vem se constituindo como uma relevante orientação para uma compreensão mais ampla, descrita também

como uma proposta transdisciplinar no sentido de ter em seu bojo a prerrogativa de inserção dos sujeitos de pesquisa e de seus saberes de modo colaborativo junto a pesquisadores, no processo de produção de conhecimento e em dinâmicas de intervenção voltadas para a Promoção da Saúde de populações submetidas a situações peculiares e expostas a riscos associados a desequilíbrios nos ecossistemas (Lebel, 2003).

Nesse sentido e, considerando a relevância da ESF por seus objetivos de proporcionar um modelo de atenção integral, compreende-se que para promover saúde e prevenção mediante os desafios da saúde ambiental, há clara correspondência dessa estratégia quanto a preceitos de uma Abordagem Ecológica em Saúde. Para Minayo (2002), esse tipo de interpretação exige dos profissionais uma ampla compreensão dos diferentes e complexos fatores determinantes e condicionantes de saúde, que, no entanto, foi identificada como correspondente dentre uma minoria das representações captadas a partir das entrevistas com os sujeitos deste estudo. Por sua vez, no tocante à aplicação integral da Abordagem Ecológica em Saúde, ressalta-se o caráter imprescindível quanto a intervenções e diálogo/participação dos sujeitos das situações socioambientais.

Dentro dessa premissa, a análise aqui empreendida foi expandida para além das representações sobre ambiente e relações saúde/ambiente, tendo em vista, portanto, que promoção da saúde e participação - terceiro e quarto temas tratados neste texto e apresentados no Quadro 1 - devem ser elementos de grande relevância no que diz respeito à integralidade da Atenção à Saúde com base no território.

Nos depoimentos colhidos, fica enfatizada a desarticulação de ações de saúde praticadas na ESF, pois mesmo tendo o conhecimento de que estas devem ser executadas segundo o princípio da integralidade, os Profissionais demonstraram que as ações de vigilância em saúde não fazem parte de suas rotinas. Escorel e colaboradores (2007) identificaram a intersectorialidade como um novo desafio para a ESF, sendo ainda desfavorecida perante demandas individuais por assistência. Estes autores ainda destacam que, ao contrário dos profissionais mais especializados, os agentes comunitários, por

estarem mais próximos da comunidade e de sua realidade, apresentam uma atuação mais direcionada para interlocução com outros setores do executivo municipal para solução de problemas.

A participação de outros profissionais na ESF foi declarada como fundamental pela maioria dos entrevistados, entre eles: o assistente social (68%), o odontólogo (45%), o fisioterapeuta (41%), o psicólogo (27%), o nutricionista (9%) e outros médicos especialistas (9%). Essas categorias atenderiam à demanda de serviços especializados gerados a partir das ações de atenção básica desenvolvidas. Apenas 23% fizeram referência ao profissional da área ambiental, que seria necessário pelo escasso conhecimento específico reconhecido pelos entrevistados, como no depoimento: *“Eu tenho conhecimento na minha área, naquilo que eu aprendi.... Mas se eu for falar de meio ambiente, de saneamento básico... Eu não tenho esse suporte todo...”*. E, embora não tenha sido sugerida a atuação de um profissional de educação, sua necessidade foi representada em relatos, como: *“Aquela segurança de chegar no meio da comunidade e conseguir transmitir o melhor para eles. Eu não tive essa orientação. Eu posso até falar, mas será que eles vão absorver?”*.

Ressalta-se, porém, que apenas a existência de profissionais de áreas ou especialidades diversas na equipe da ESF (multidisciplinar) não garante uma atuação intersectorial ou, indo mais além, como se espera da Abordagem Ecológica, transdisciplinar, reconhecendo-se que para tal, faz-se necessário o desenvolvimento de intervenções participativas articuladas dessas diferentes áreas, tanto na busca de compreensão como para o enfrentamento de problemas socioambientais e de saúde de natureza complexa.

No tocante aos processos educativos e à preocupação em “transmitir informações”, principalmente quanto aos hábitos de higiene, demonstrada nas declarações dos profissionais da saúde, eles têm sua origem, conforme afirmam Meyer e colaboradores (2006), nas práticas sanitárias que ganharam hegemonia no século XX a partir de modelos clássicos de explicação do processo saúde-doença, acreditando-se que, práticas de higiene e normatização de comportamentos, muitas vezes de forma culpabilizadora, seriam suficientes para prevenir

riscos e atingir o bem-estar, como se os fatores de risco estivessem circunscritos apenas ao comportamento de cada indivíduo.

Assim, no contexto das ações da ESF, a Promoção da Saúde figura como norteadora destas e a Educação em Saúde, por sua vez, imprescindível para sua implementação. E, ao analisar características das ações educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde da família, identificaram-se atividades representadas exclusivamente por orientações individuais e/ou palestras coletivas, seguindo uma concepção reducionista voltada para a prevenção de doenças. O tema utilizado por eles era sempre consoante com os programas prioritários estabelecidos pelo Ministério da Saúde (controle de hipertensão arterial, controle de diabetes *Mellitus*, ações de saúde da criança ou de saúde da mulher - pré-natal e planejamento familiar, controle da tuberculose, controle de endemias - malária e dengue, dentre outros).

Esses dados levam-nos a inferir que a ESF implementada no DISASUL é apenas uma forma diferenciada de assistência, baseada nas formas de financiamento dos diversos programas de saúde. Essa situação, conforme já detectada por Serrão e Gomide (2004) em outros estudos, acaba levando a uma nova fragmentação do setor.

Além de centrar-se na doença, a educação praticada segue um modelo tradicional de imposição de conhecimento ao paciente. Segundo Besen e colaboradores (2007), essa prática de educação verticalizada, infelizmente ainda é encontrada nos profissionais de saúde que fazem das atividades educativas uma transposição para o grupo da prática clínica individual e prescritiva, tratando a população usuária de forma passiva, transmitindo conhecimentos técnicos sobre as patologias e como cuidar da saúde, desconsiderando o saber popular e as condições de vida da população. Para Alves e Aerts (2011) a educação em saúde preconizada pela ESF deve ser uma prática social, centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência dos indivíduos e grupos sociais e na leitura de diferentes realidades.

Deduz-se, portanto, que a efetivação das práticas educativas em saúde tem sido um dos grandes desafios para esses profissionais: *“...A gente faz palestras aqui na casinha. O brasileiro não é muito atento a*

isso, não participa de palestras. Então a gente pega o dia em que a sala está cheia e começa as palestras sobre os programas. Porque, se botar aviso, ninguém vem”; *“...É muito difícil trazer o pessoal pra palestras. A enfermeira já conseguiu brindes, até lanche.”*; e *“...Além das orientações individuais na casinha, a gente faz na escola. Na escola tem público, tem muito jovem, adolescente...”*

Diretamente relacionados às práticas educativas, outros dois desafios se mostraram preponderantes, que foram a inserção da temática ambiental nestas intervenções de caráter educacional e a mobilização social com vistas à participação, entendida aqui não de forma passiva, em que usuários se colocam meramente como “ouvintes/expectadores” ou “informantes”, mas conforme Valla (1998), como ações desenvolvidas por diferentes forças e grupos sociais, as quais têm forte influência nos processos não só de formulação, mas da mesma maneira, de execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços sociais nas áreas da saúde, educação, saneamento etc.

Foi de concordância de todos os profissionais de saúde que a questão ambiental é fundamental para atingir os objetivos da ESF. Nesse sentido, buscaram-se conhecer quais seriam, na opinião destes, os mecanismos necessários para a inserção desse tema no exercício de suas atividades. E, de acordo com os resultados obtidos, foi possível a construção de seis categorias: os que indicaram ser por meio de processo educativo (27%); os que reivindicaram maior eficiência nos serviços públicos (9%); os que sentiram necessidade de capacitação específica (9%); os que viram o ambiente como uma área especializada - necessidade de profissional específico - (19%); e os que avaliaram ser por meio da multidisciplinaridade e da intersetorialidade (18%); houve ainda os que reconheciam a problemática, mas não se sentiam capazes de contribuir para a sua superação (18%): *“...Não tem uma fórmula, mas o meio ambiente é muito importante.”* *“...a gente faz educação em saúde, mas não consegue atingir todo mundo. Você trabalha e o retorno é bem pouco. É difícil fazer uma programação para atingir todo mundo”*; *“...Tentando a sensibilização, que é o mais difícil. A gente vem tentando fazer isso há sete anos e não se consegue”*.

Outra preocupação demonstrada é que, na opinião de 50% dos profissionais, os moradores da área de abrangência não tinham preocupação com o ambiente, como nas declarações: *“O povo não tá nem aí pra cuidar do lixo. Deixa o lixo a céu aberto”*; e *“... Eles estão tão acostumados a dormir no mau cheiro, na podridão, que acham que é natural”*.

Um terço dos profissionais alegou ser uma parcela reduzida da população que pratica o cuidado com o ambiente onde mora: *“...O pessoal da área urbanizada do bairro (melhor infraestrutura), já se preocupa em organizar o lixo. É o pessoal que teve oportunidade de mais informação... maior escolaridade também. Já o pessoal lá de baixo (moradores das palafitas) adoce mais do que as pessoas daqui...”*. Opiniões divergentes também dicotomizaram a resposta, classificando pessoas que têm conhecimento do problema, mas não tomam nenhuma atitude para solucioná-lo.

Ainda sobre o comportamento da comunidade, indagou-se sobre qual seria a consequência desse posicionamento, e a implicação direta no estado de saúde das pessoas foi a resposta de 73% do grupo.

Visualiza-se um conjunto de parâmetros norteadores de pensamentos generalizados dos Profissionais com vistas a corroborar com o que Minayo (2002) chama de culpabilização das vítimas. Ou seja, a população que sofre os problemas de saúde provocados pela ausência ou ineficiência de intervenções do Estado, acaba por ser responsabilizada pela degradação social e ambiental em que se encontra. Quando, na verdade, as situações que sofrem e vivem, mesmo que indiscutivelmente tenham sua colaboração na dinâmica dos fatores que as acirram ou contribuem para a solução dos problemas, são provenientes de questões muito mais complexas e amplas que, geralmente, incluem grupos de poder, processos políticos e interesses econômicos. Essa situação reforça a importância do desenvolvimento de intervenções socioeducativas que favoreçam a mobilização e a participação.

Quanto aos espaços utilizados para tal finalidade e, na busca de conhecer o relacionamento entre a ESF e a comunidade e suas organizações, obteve-se primeiramente, que as igrejas já foram muito ocupadas no passado como local das reuniões

comunitárias. A interação com a escola era pontual, ficando restrita às campanhas de vacinação. O uso desses espaços não era oferecido para interação comunitária. *“...Nosso relacionamento é na campanha de vacinação.”*; *“A diretora até já pediu pra mim esse apoio...deixou o campo bem aberto para trabalhar. Disse que achava interessante a gente desenvolver...”*.

Com a sociedade organizada, a relação era quase inexistente. Os motivos eram variados: *“...Eu vim saber que tinha associação de moradores, por causa de uma denúncia contra a casinha... A gente não tem acesso a essas pessoas... Elas não procuram a gente pra qualquer atividade”*; *“...Associação de bairro, pra mim, inexistente, porque eu nunca vi ninguém vir aqui falar, reclamar. Reconheço, que não tenho ido muito pra comunidade, porque pode chegar um caso para atendimento e não tem médico”* - o médico lotado naquela UBS só fazia atendimento duas vezes na semana em um só período do dia. Percebe-se, portanto, a necessidade do fortalecimento de ações comunitárias e de mobilização social, tendo em vista sua relevância para a participação popular - alicerce imprescindível para a Promoção da Saúde, incorporando as questões socioambientais na perspectiva de atenção integral à saúde por meio da ESF.

Considerações Finais

A dificuldade de grande parte dos profissionais de saúde para compreender o ambiente de forma sistêmica, bem como de possuir uma visão mais ampla sobre as relações de saúde e ambiente, agrava-se quanto às demandas de a ESF intervir nos determinantes de saúde ambiental, sobretudo, considerando-se o nível de sofisticação necessário para lidar com a complexidade inerente aos sistemas socioambientais. Neste texto, adotando a leitura e a propositiva da Abordagem Ecosistêmica em Saúde, incorporaram-se elementos inerentes à Promoção da Saúde e participação dos sujeitos como necessários para intervenções intersectoriais.

Assim, foi possível mostrar que, embora os princípios constituintes da ESF estejam orientados para tais intervenções em torno da prevenção e da Promoção da Saúde, tanto as representações

dos profissionais como a inadequação das práticas identificadas denotaram pouca contribuição para mudanças no modelo assistencial hegemônico e, conseqüentemente, a necessidade de capacitação específica para compreender as relações socioambientais e para intervir, especialmente por meio de metodologias educativas de caráter participativo. Para práticas educativas, inclusive, salienta-se a necessidade de atuação de profissionais de educação. Outro ponto de destaque consiste das evidências que revelaram demanda pela criação de parcerias com setores ligados à questão ambiental. Essa situação demonstrou uma total desarticulação entre as ações da ESF e as da vigilância em saúde e de demais setores instituídos do executivo municipal.

Isso nos faz inferir que, dentro do contexto estudado, a reformulação do modelo de Atenção Básica, implantado por meio da ESF, ainda permanece restrito à estruturação organizacional e financeira do setor, investindo-se pouco no embasamento teórico e metodológico dos profissionais. Assim, concorda-se que a ESF vem avançando apenas na perspectiva da melhoria do acesso das populações à assistência e aos cuidados médicos (Escorel e col., 2007; Carneiro e col., 2007; Gil, 2005). O que, sem dúvida, em acordo com Teixeira (2002), denota a necessidade de estabelecer mecanismos de difusão e cooperação interinstitucional, que contribuam para o estreitamento das relações entre os centros acadêmicos e organismos governamentais nos diversos níveis, especialmente nos âmbitos estadual e municipal.

Referências

- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a estratégia saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-25, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100034&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2007.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 19. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.
- BESEN, C. B. et al. A Estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 57-68, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia Prático do Programa Saúde da Família*. Brasília, DF, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF, 2006.
- CARNEIRO, F. F. et al. *Da atenção primária ambiental para a atenção primária em saúde ambiental: construção de espaços saudáveis e convergências no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em <http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21201>. Acesso em: 21 ago. 2007.
- DE MARCHI, B.; RAVETZ, J. R. *Risk management and governance: a post-normal*. Science Approach. *Futures*, Lincoln, UK, v. 31, p. 743-57, 1999.
- SCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, Washington, DC, v. 21, n. 2, p. 164-76, 2007.
- FREITAS, C. M. de; GIATTI, L. L. Indicadores de sustentabilidade ambiental e de saúde na Amazônia Legal, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1251-66, 2009.
- FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA ÍBEROAMÉRICA. Curso de Mestrado em Gestão e Auditoria Ambiental. Educação Ambiental. Florianópolis: Funiber, 2002.
- GIATTI, L. L. et al. Condições sanitárias e socioambiental em Iauaretê, área indígena de São Gabriel da Cachoeira, AM. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1711-23, 2007.
- 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, p. 490-8, 2005.
- IANNI, A. M. Z.; QUITÉRIO, L. A. D. A questão ambiental urbana no Programa de Saúde da Família: avaliação da estratégia ambiental numa política pública de saúde. *Revista Ambiente & Sociedade*, Campinas, v. 9, n. 1, p. 180-96, 2006.
- JODELET, D. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: JODELET, D. (Ed.). *Les représentations sociales*. Paris: PUF, 1989. p. 31-6.

- LEBEL, J. *Health - an ecosystem approach*. Ottawa: International Development Research Centre, 2003.
- MEYER, D. E. E. et al. "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-42, 2006.
- MINAYO, M. C. de S. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 71-103.
- MINAYO, M. C. de S. Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In: MINAYO, M. C. de S.; MIRANDA, A. C. *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Una nueva serie de datos por países ofrece información detallada sobre el impacto de los factores ambientales en La salud*. Genebra: OMS, 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr30/ES/print.html>>. Acesso em: 11 jul. 2007.
- PATZ, J. et. al. Unhealthy landscapes: policy recommendations on land use change and infectious disease emergence. *Environmental Health Perspectives*, Research Triangle Park, North Carolina, USA, v. 112, n. 10, p. 1092-8, 2004.
- PORTO, M. F. S. *Uma ecologia política dos riscos: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- PRÜSS-ÜSTUN, A.; CORVALÁN, C. How much disease burden can be prevented by environmental interventions? *Epidemiology*, Boston, v. 18, n. 1, p. 167-78, 2007.
- RAVETZ, J. The post-normal science of precaution. *Futures*, Lincoln, UK,, v. 36, p. 347-57, 2004.
- SERRÃO, M. A.; GOMIDE, M. A educação ambiental e a promoção da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 69-86, 2004.
- SOUZA, D. V.; ZIONI, F. Novas perspectivas de análise em investigações sobre meio ambiente: a teoria das representações sociais e técnica qualitativa da triangulação de dados. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 76-85, 2003.
- TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, p. 153-62, 2002. Suplemento.
- VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 7-18, 1998. Suplemento 2.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report 2008: primary health care now more than ever*. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/whro8_en.pdf>. Acesso em: 20 out. 2007.
- YIN, R. K. *Estudo de caso*. Planejamento e métodos. 3. ed. Tradução de D. Grassi. Porto Alegre: Brooknan, 2005.

Recebido em: 12/01/2011

Reapresentado em: 20/10/2011

Aprovado em: 04/11/2011