

VERÔNICA AMORIM SILVA

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA
PERSPECTIVA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AMBIENTAL**

Dissertação apresentada à
Universidade Federal de Viçosa,
como parte das exigências do
Programa de Pós-Graduação em
Economia Doméstica, para obtenção
do título de *Magister Scientiae*.

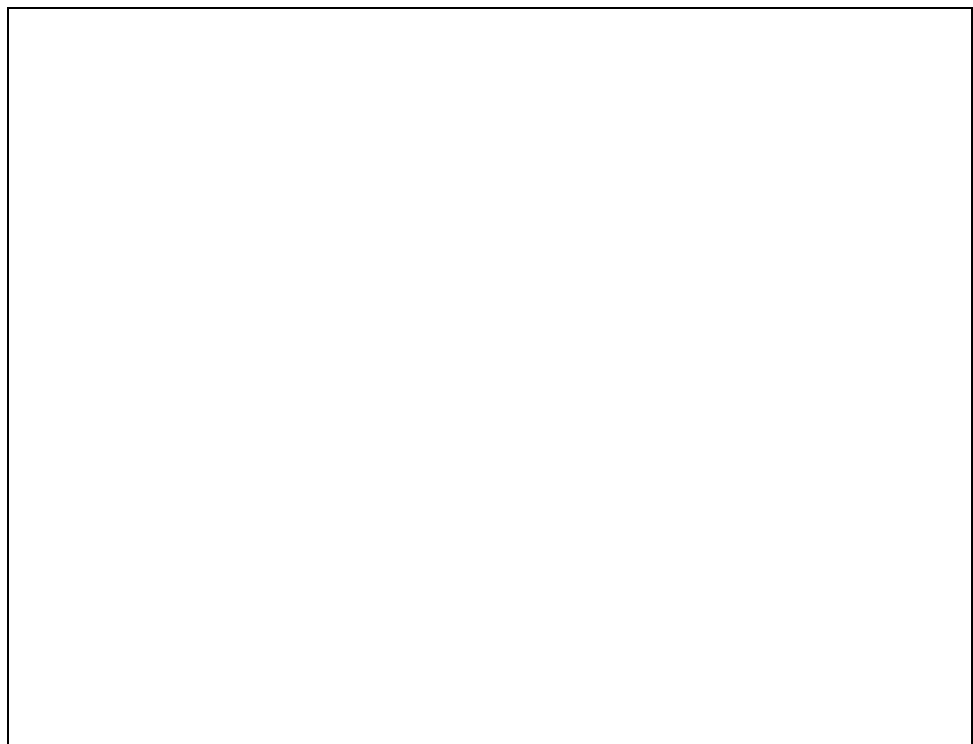
**VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2009**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

**Ficha catalográfica preparada pela Seção de Catalogação e
Classificação da Biblioteca Central da UFV**

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying the lower half of the page. It is positioned centrally below the header text and is currently blank, serving as a placeholder for a catalog record or a drawing.

VERÔNICA AMORIM SILVA

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA
PERSPECTIVA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AMBIENTAL**

Dissertação apresentada à
Universidade Federal de Viçosa,
como parte das exigências do
Programa de Pós-Graduação em
Economia Doméstica, para obtenção
do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 19 de março de 2009.

Prof^ª. Rosângela Minardi Mitre Cotta
(Co-orientadora)

Prof^ª. Amélia Carla S. Bifano
(Co-orientadora)

Prof^ª. Rita de Cássia Lanes Ribeiro

Prof^ª. Simone Caldas Tavares Mafra

Prof^ª. Maria das Dores Saraiva de Loreto
(Orientadora)

DEDICO

à minha mãe, meu pai, meus irmãos
e ao meu amado esposo; pessoas que
mais amo nessa vida.

“Cada dia é um dia, e cada dia, uma vitória”.

(Autor desconhecido).

AGRADECIMENTOS

À Deus e Nossa Senhora, onde me fortaleço para o alcance dos meus objetivos.

Aos meus pais, por todo amor, carinho e, principalmente, pelos conselhos para ter humildade e dedicação na conquista dos sonhos.

Aos meus queridos irmãos Rosária, Antônio Júnior e ao meu cunhado Júnio César, pelo convívio harmonioso e torcida em momentos importantes da minha vida.

Ao meu amado esposo Leonardo, por todo amor, companheirismo, carinho e conselhos valiosos.

À Prof^a. Dorinha, minha querida orientadora, pela amizade, compreensão, dedicação, ajuda e conhecimentos transmitidos.

A Prof^a. Rosângela, pelo incentivo para fazer um trabalho inovador para o Departamento de Economia Doméstica.

À Prof^a. Amélia Carla por aceitar fazer parte desse trabalho.

A todos os professores que de alguma forma contribuíram com a minha formação.

À Aloísia pela paciência, compreensão e amizade durante todo o mestrado.

Aos enfermeiros Antônio, Fábio, Rosa, Sandra, Daniela, todos Agentes Comunitários de Saúde do Programa de Saúde da Família de Teixeiras/MG, e os funcionários da Secretaria de Saúde, Everaldo e Poliana, pelas informações e acolhida durante o período da coleta de dados.

À minha prima Alice pelo interesse em minha pesquisa e ajuda na coleta dos dados.

Aos meus amados avós Maria e Francisco, que me acolheram em sua casa e me deram carinho de avós. E, ao meu tio Vicente, tia Dorinha, tia Luzia, tio José Emídio e ao meu primo Alison pelo apoio.

À todos que de alguma forma contribuíram para esse trabalho ou pediram por mim em suas orações.

Um muito obrigada!

BIOGRAFIA

VERÔNICA AMORIM SILVA, filha de Sandra Helena de Amorim Silva e Antônio Gomes da Silva, nasceu na cidade de Visconde do Rio Branco, MG, em 19 de agosto de 1979.

Concluiu o 1º grau na Escola Estadual Governador Bias Fortes em Ponte Nova, MG, no ano de 1994. Ingressou o 2º grau na Escola Municipal José Maria da Fonseca, concluindo-o em 1997, nesta mesma cidade.

Em 2001 iniciou o curso de Economia Doméstica pela Universidade Federal de Viçosa, onde iniciou suas atividades de pesquisa com higiene e segurança sanitária dos alimentos, concluindo o curso de graduação em 2006. No ano de 2007, ingressou no curso de Mestrado em Economia Doméstica na área de Família, Avaliação de Políticas Públicas e Projetos Sociais, submetendo-se à defesa de tese em 19 de março de 2009.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	ix
RESUMO.....	x
ABSTRACT.....	xii
1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS: A TEMÁTICA DO ESTUDO E SUA ABORDAGEM	1
2. OBJETIVOS.....	5
2.1 Objetivo Geral.....	5
2.2 Objetivos Específicos.....	5
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	6
3.1 – População e Amostra do Estudo.....	6
3.2 – Tipo, Método e Técnicas da Pesquisa.....	7
3.3 – Procedimentos de Análise dos Dados.....	8
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	9
CAPÍTULO 1 – ARTIGO DE REVISÃO.....	11
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E MEIO AMBIENTE: INTERLOCUÇÕES ESTRATÉGICAS	
RESUMO.....	12
1. INTRODUÇÃO.....	12
2. RELAÇÕES ENTRE AMBIENTE E SAÚDE: DOS PRIMÓDIOS À ATUALIDADE	13
3. A SAÚDE AMBIENTAL NO BRASIL – MARCO LEGAL.....	18
4. O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE AMBIENTAL: DESAFIOS ESTRATÉGICOS	22
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
CAPÍTULO 2 – ARTIGO ORIGINAL.....	31
ATENÇÃO PRIMÁRIA AMBIENTAL E SAÚDE DA FAMÍLIA: A NECESSIDADE DA INTERSETORIALIDADE	
RESUMO.....	32
ABSTRACT.....	32
INTRODUÇÃO.....	33
METODOLOGIA.....	35
RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	37
Atividades do PSF quanto à saúde ambiental.....	37
Atividades das instituições locais quanto à saúde ambiental.....	39
A questão da intersectorialidade na saúde ambiental	44
Posicionamento das unidades familiares quanto a realidade da saúde ambiental.....	46
CONCLUSÕES.....	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
CAPÍTULO 3 – ARTIGO ORIGINAL.....	59
PERFIL SOCIOSSANITÁRIO E DEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, TEIXEIRAS/MG	
RESUMO.....	60
ABSTRACT.....	61
INTRODUÇÃO.....	61
METODOLOGIA.....	63
Local de Estudo e Unidade Empírica de Análise.....	63
Forma de Coleta e Análise dos Dados.....	64
RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	65
Perfil pessoal e familiar dos usuários do Programa Saúde da Família	65

Características das Condições Físicas e Sanitárias do <i>Habitat</i> Familiar.....	68
CONCLUSÕES.....	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
CAPÍTULO 4 – ARTIGO ORIGINAL.....	78
COMPETÊNCIAS, HABILIDADES E CONHECIMENTOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA SAÚDE AMBIENTAL	
RESUMO.....	79
ABSTRACT.....	80
1. INTRODUÇÃO	80
2. METODOLOGIA.....	84
3. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	85
3.1. Perfil do Agente Comunitário de Saúde (ACS).....	85
3.2. Percepções dos ACS.....	86
3.3. Atribuições dos ACS.....	87
3.4. Competências e Habilidades dos ACS.....	90
4. CONCLUSÕES.....	95
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	96
CAPÍTULO 5 – ARTIGO ORIGINAL.....	99
PERCEPÇÃO DAS FAMÍLIAS SOBRE O DESEMPENHO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DESDE A PERSPECTIVA DA VIGILÂNCIA AMBIENTAL	
RESUMO.....	100
ABSTRACT.....	100
1. INTRODUÇÃO.....	101
2. MODELO CONCEITUAL.....	103
3. METODOLOGIA.....	105

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	105
4.1. Caracterização do PSF.....	105
4.2. Avaliação do Desempenho do PSF pelas famílias.....	108
5. CONCLUSÕES.....	118
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	119
CONCLUSÕES GERAIS.....	122

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APA	Atenção Primária Ambiental
APA	Área de Proteção Ambiental
ESF	Equipe de Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

RESUMO

SILVA, Verônica Amorim, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, março de 2009. **Avaliação do Programa de Saúde da Família na perspectiva da Atenção Primária Ambiental.** Orientadora: Maria das Dores Saraiva de Loreto. Co-orientadoras: Rosângela Minardi Mitre Cotta e Amélia Carla Sobrinho Bifano.

O desenvolvimento social e econômico tem repercussões nas relações que ocorrem nos ecossistemas, causando impactos sobre a saúde das populações. Para o setor saúde, este contexto representa um desafio que o obriga a revisar a situação de deterioração ambiental e sua repercussão sobre a qualidade de vida das comunidades. Nesse contexto, é importante a incorporação da problemática ambiental nas ações do Programa de Saúde da Família (PSF), considerando sua proposta de promoção da saúde da população, por meio da inclusão dos princípios da proposta da Atenção Primária Ambiental (APA), em sua prática. A APA é uma estratégia que reconhece o direito do cidadão de viver em um ambiente saudável e ser informado sobre os riscos ambientais em relação à saúde, como também define suas responsabilidades e deveres em relação ao ambiente e a saúde. Nesse sentido, a pesquisa centrou-se nas seguintes questões: a atenção primária, por meio do PSF, incorpora os problemas ambientais do processo saúde-doença da população em seus serviços e ações? De que forma? Como as famílias atendidas pelo PSF percebem essa questão? Ou seja, o estudo tem como objetivo avaliar o desempenho do PSF, numa perspectiva da APA, considerando a realidade da saúde ambiental e as ações desenvolvidas para identificação e solução dos problemas ambientais, que atingem a saúde e refletem sobre a qualidade de vida das famílias, no município de Teixeiras/MG. Trata-se de um estudo de abordagem quanti-qualitativa e de caráter descritivo-exploratório, no qual foram utilizadas para a coleta de informações tanto entrevistas semi-estruturadas quanto observações e pesquisa documental em instituições locais. Os dados mostraram que o PSF não aborda a saúde ambiental em sua prática, apesar de existirem riscos ambientais no município, como questões de lixo, a falta de cuidados com o córrego, queimadas, poluição do ar e desmatamentos, percebidos pela quase totalidade dos usuários. Os demais setores e instituições do município, que possuem responsabilidade na fiscalização e discussão de fatores ambientais determinantes no processo saúde-doença da população, são ineficientes na solução da problemática ambiental, indicando a necessidade da incorporação da APA pelo PSF. O perfil dos usuários do PSF, basicamente do sexo feminino adulto, convive em um ambiente precário, de baixa renda, em más condições de higiene e insalubridade, que podem contribuir para o surgimento de doenças, como a diarreia. Essas

unidades familiares são atendidas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), preferencialmente do sexo feminino, com ensino médio completo, que atuam no PSF entre 2 a 4 anos, demonstrando uma alta rotatividade desses profissionais. Dentre as atividades que realizam com maior intensidade, está a marcação de consultas e entrega de remédios e receitas, indicando que a prática dos serviços está ligada ao modelo ainda hegemônico, o biomédico, na prática dos serviços da saúde. Reconhece-se que os ACS não possuem a competência e habilidades requeridas para o perfil profissional esperado, especialmente para as atividades de saúde ambiental, necessitando de programas de capacitação, como treinamentos introdutórios e a educação continuada, que adote uma ação educativa crítica. Quanto ao desempenho do PSF, em termos de vigilância ambiental, apesar da satisfação com o acesso e qualidade dos serviços, os usuários não se sentem contemplados com ações de vigilância em saúde ambiental; pela falta de conhecimento técnico-científico dos ACS, cuja rotina de trabalho volta-se mais para as ações curativistas, por meio de assistência individual. Há, portanto, a necessidade da capacitação da equipe de saúde do PSF na identificação dos agravos e riscos ambientais à saúde, conscientização da população e uma maior articulação com os demais setores responsáveis pelo meio ambiente e saúde, por meio de práticas holísticas, humanizadas e intersetoriais, numa ótica de promoção da saúde, como um direito de cidadania e, portanto, de melhoria da qualidade de vida.

ABSTRACT

SILVA, Verônica Amorim, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, March, 2009. **Evaluation of the Family Health Program in the Perspective of Environmental Primary Attention.** Adviser: Maria das Dores Saraiva de Loreto. Co-advisers: Rosângela Minardi Mitre Cotta and Amélia Carla S. Bifano.

The social and economic development has repercussions in the relations that occur in ecosystems, causing impacts on the health of populations. For the health sector, this context is a challenge that requires the review the situation of environmental deterioration and its impact on quality of life of communities. It is important to incorporate the environmental issue in the actions of the Family Health Program (FHP), considering its proposal to promote public health through inclusion of the principles of the proposed Environmental Primary Attention (APA), in his custom. The APA is a strategy that recognizes the right of citizens to live in a healthy environment and be informed about environmental risks in relation to health, but also defines their responsibilities and obligations in relation to environment and health. Accordingly, the research focused on the following issues: the primary care through the PSF, incorporating the environmental problems of the health-disease in the population of its services and activities? How? As the families served by the PSF realize that? The study aims to evaluate the performance of the PSF, with a view of the APA, considering the reality of environmental health and the actions developed for the identification and solution of environmental problems that affect the health and reflect on the quality of life for families in the municipality of Teixeiras / MG. This is a study of quantitative approach, qualitative and descriptive and exploratory in nature, which were used to collect information both semi-structured interviews and documentary research on observations in local institutions. The data showed that the PSF does not address the environmental health in their practice, although there are environmental hazards in the city, as issues of waste, lack of care with the stream, burning, air pollution and deforestation, as perceived by virtually all users. The other sectors and institutions of the municipality, which have responsibility for supervision and discussion of environmental factors in determining the health-disease population, are inefficient in solving the environmental issue, indicating the need for incorporation of APA by PSF. The profile of users of the PSF, primarily female adult, lives in a poor, low income, in poor hygiene and unsanitary conditions, which may contribute to the emergence of diseases such as diarrhea. These family units are served by Community Health Agents (CHA), preferably female, with complete secondary education, operating in the PSF between 2 to 4 years, showing a high turnover of staff members. Among the activities they carry out with greater

intensity, is the mark of consultation and delivery of medicines and revenues, indicating that the practice of service is still connected to the hegemonic model, the biomedical, the practice of health services. Recognizes that the ACS does not have the competence and skills required for the professional profile expected, particularly for environmental health activities, requiring training programs, such as introductory training and continuing education, to adopt a critical educational activity. The performance of the PSF in terms of environmental monitoring, although satisfaction with the access and quality of services, users do not feel included in surveillance activities in environmental health, lack of technical and scientific knowledge of the ACS, whose routine work-around is for the curative action, by an individual. Therefore, the need for training of the health team of the PSF in the identification of diseases and environmental risks to health, awareness of the population and greater links with other sectors responsible for environment and health through holistic practice, humanized and intersectorial in a perspective of health promotion as a right of citizenship and thus improving quality of life.

I. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS: A TEMÁTICA DO ESTUDO E SUA ABORDAGEM

No Brasil, a saúde é direito de todos e dever do Estado. Isto significa que todos os brasileiros deveriam usufruir de políticas públicas - sociais e econômicas - que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos. Esse direito deveria assegurar, igualmente, o acesso universal e equânime aos serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde a todos os cidadãos (BRASIL, 1996).

Antes da Reforma Sanitária Brasileira, o modelo existente centrava sua atenção na demanda espontânea de atendimento aos doentes, em uma assistência médica curativa e individual, onde a atenção médica e medicamentosa eram as principais medidas utilizadas para melhorar a saúde da população. Segundo Bezerra e Araújo (2007), com a Reforma Sanitária, na década de 80, a saúde passou a ser entendida como direito, resultante das condições de vida de um povo, no que tange ao trabalho e à renda, à moradia, à distribuição de terras, à educação, à alimentação, ao lazer, à participação política e social, com princípios de universalidade, integralidade e equidade¹, sob a responsabilidade do Estado.

Assim, no Brasil, a partir da Constituição de 1988, se aponta a necessidade de reestruturação do modelo de atenção, partindo de um referencial de saúde como direito de cidadania, pressupondo a organização de serviços cada vez mais resolutivos, integrais e humanizados. Nessa proposta, o poder público municipal fica responsável pelo atendimento imediato das necessidades e demandas de saúde de todos os seus municípios, contando com a devida cooperação técnica e financeira da União e dos Estados. Essa estratégia de descentralização objetiva um maior controle por parte da sociedade, além de facilitar o acesso dos indivíduos e possibilitar uma gestão de saúde mais adequada ao contexto da população de referência, oferecendo serviços de melhor qualidade (SOUZA e CARVALHO, 2003).

No âmbito dessas mudanças, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), que pressupõe a organização de atividades voltadas a práticas de promoção, recuperação da saúde e de prevenção da doença, compreendendo a família como núcleo básico e eixo fundamental dessas ações (FADEL *et al.*, 2007).

A história do PSF tem início quando o Ministério da Saúde forma o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), em 1991. Incorporando e ampliando o PACS, as

¹ Universalidade se refere à saúde como direito de todos; a integralidade é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990). Por outro lado, a equidade diz respeito à igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (COTTA *et al.*, 2006).

primeiras equipes do PSF foram formadas em janeiro de 1994 (Viana e Poz, 2005), sendo, então, definido como: “*um modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária*” (BRASIL, 1994:6 *apud* CONILL, 2002).

Pressupõe-se que, por meio das ações e serviços do PSF, seja possível conhecer a realidade das famílias pelas quais as equipes de saúde são responsáveis. Ou seja, por meio do cadastramento das unidades familiares e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas, seria possível identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de riscos às quais a população está exposta, visando elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença e, assim, assumir o compromisso de fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida (BUSS, 2000).

Segundo Marcondes (2004), nesse modelo proposto para o PSF, a ênfase da promoção da saúde se concentra na prevenção das doenças, procurando se antecipar e evitar que elas ocorram. Desse modo, a promoção da saúde é localizada no primeiro dos três níveis de prevenção, isto é, o da prevenção primária², de modo a zelar, através de ações de proteção específicas, contra os agravos, com prevenção e educação em saúde.

De acordo com Mendes (2002), o PSF representa certamente, a proposição de mais largo alcance para a organização da atenção primária³, já posta em prática na saúde pública. A rápida expansão do programa e a ampliação do acesso aos serviços básicos, especialmente para populações mais carentes, por ele proporcionados, garantem um reconhecimento de sua importância. Assim, o PSF propõe ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, tanto para o indivíduo quanto para as famílias e comunidades, por meio da vigilância em saúde, em termos ambiental, epidemiológica e sanitária (SCHERER *et al.*, 2005).

Considerando a proposta do PSF de promover a saúde da população, um conceito importante a ser desenvolvido é o da vigilância ambiental, que se configura como um conjunto de ações que proporcionem o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente, que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle dos fatores de

² Prevenção Primária corresponde às ações da fase pré-patogênica (hospedeiro, agente patogênico e o meio se encontram em equilíbrio), zelando através de ações específicas contra os agravos, com prevenção e educação em saúde (MARCONDES, 2004).

³ Atenção Primária é a assistência sanitária essencial. Baseia-se em métodos práticos e na tecnologia, tendo fundamentos científicos e sociais, acessíveis a comunidade. É parte integrante do sistema de saúde nacional, representando o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde. Constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária (OPAS, 1999).

riscos e das doenças ou agravos relacionados à variável ambiental. A vigilância ambiental em saúde se aplica a partir do monitoramento ambiental e do estabelecimento de valores-limite de exposição para estressores ambientais, conduzindo a uma proposta de medidas de intervenção e controle para otimização sanitária do ambiente (COHEN *et al.*, 2004).

Entretanto, apesar de sua importância para o impedimento de doenças, a incorporação da problemática ambiental à atenção primária é recente. O primeiro esforço nesse sentido foi o projeto de Atenção Primária Ambiental (APA), de 1999, elaborado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), na América Latina (IANNI e QUITÉRIO, 2006).

Segundo a OPAS (1999:28) a Atenção Primária Ambiental é definida como:

“uma estratégia de ação ambiental, basicamente preventiva e participativa em nível local, que reconhece o direito do ser humano de viver em um ambiente saudável e adequado, e a ser informado sobre os riscos do ambiente em relação à saúde, bem-estar e sobrevivência, ao mesmo tempo que define suas responsabilidades e deveres em relação à proteção, conservação e recuperação do ambiente e da saúde” (OPAS, 1998:28).

Nesse sentido, é um desafio para o PSF a incorporação dos princípios apresentados no projeto de Atenção Primária Ambiental, em sua prática. Carneiro *et al.* (2008) comentam que o PSF vem avançando na melhoria do acesso das populações à assistência e aos cuidados médicos; embora, quanto às ações sobre o meio ambiente, as equipes ainda necessitam de formação específica.

Para tanto, torna-se necessário a construção de conhecimentos que contribuam para o aperfeiçoamento e promoção de políticas públicas e a redefinição das práticas dos serviços em saúde e ambiente. Ou seja, é preciso que seja feita uma discussão intersetorial e interdisciplinar das questões de saúde e ambiente, presentes no cotidiano das populações e na dinâmica dos serviços de saúde, como é o caso do PSF.

Para Ianni e Quitério (2006), a complexidade de um quadro nosológico, no qual doenças relacionadas aos estilos de vida e ao meio ambiente adquirem crescente importância, exige um novo olhar do programa de saúde sobre a população, de forma a permitir intervenções que estejam além das práticas curativas e preventivas, aproximando-se da promoção da saúde. Entretanto, como reporta a autora, a questão ambiental é pouco trabalhada pelas Equipes de Saúde da Família (ESF)⁴, salientando que essa deficiência encontra suas bases na própria concepção de ambiente que o Programa tem, que estão expressas nas Normas e Diretrizes do Ministério da Saúde, segundo a Portaria 1866/97. De

⁴ A Equipe de Saúde da Família é composta, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (BRASIL, 2008).

acordo com a Portaria, as atribuições básicas dos Enfermeiros e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas suas áreas territoriais de abrangência são: “*a descrição do perfil do meio ambiente da área de abrangência, na realização do levantamento das condições de saneamento básico e realização do mapeamento da sua área de abrangência; realização de ações educativas para preservação do meio ambiente*” (BRASIL, 1997).

Assim, analisado a partir desse documento, pressupõe-se que o PSF não incorpora uma concepção mais interativa das relações homem/ambiente/condições de saúde, enquanto totalidade complexa; estando distante, portanto, daquela presente no conceito de saúde⁵ e de promoção da saúde⁶.

Nesse sentido, justifica-se o tema pesquisado, centrado na Atenção Primária Ambiental, no âmbito do PSF, abordado pelas seguintes questões: a atenção primária, por meio do PSF e instituições locais, incorporam em seus serviços e ações os problemas ambientais do processo saúde-doença da população? De que forma? Como as famílias atendidas pelo PSF percebem essa questão?

Para responder a essas questões fez-se uso da proposta da Atenção Primária Ambiental que, segundo a OPAS (1999), tem como objetivo alcançar as melhores condições de saúde e qualidade de vida dos cidadãos, através da proteção do ambiente e do fortalecimento das comunidades no âmbito da sustentabilidade local. Sua estratégia está fundamentada em valores da atenção primária da saúde, aos quais incorporou seus próprios princípios, a fim de assegurar sua viabilidade e o alcance de mudanças importantes, tanto em nível de consciência comunitária e a participação local, quanto das políticas ambientais do Estado.

Nesse contexto, pressupõe-se que uma avaliação do PSF por meio dos critérios estabelecidos no projeto de Atenção Primária Ambiental representa uma proposta da inclusão do conceito de saúde ambiental⁷, podendo contribuir para otimização da atenção primária à saúde.

⁵ Saúde é identificada como bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente como ausência de doenças. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido. Assim, a intervenção visa aumentar as chances de saúde e de vida, sendo multi e intersetorial sobre os determinantes do processo saúde-doença (BUSS, 2000).

⁶ A Carta de Ottawa (1986) define promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida, incluindo maior participação no controle deste processo (BUSS, 2000).

⁷ Saúde Ambiental é a interdependência da saúde com fatores ambientais (BRILHANTE e CALDAS, 1999).

2. OBJETIVOS

2.1 – Objetivo Geral

Avaliar o desempenho do Programa de Saúde da Família (PSF), numa perspectiva da Atenção Primária Ambiental (APA), considerando a realidade da saúde ambiental e as ações desenvolvidas para identificação e solução dos problemas ambientais, que atingem a saúde e refletem sobre a qualidade de vida das famílias residentes no município de Teixeira/MG.

2.2 – Objetivos Específicos

Especificamente, buscou-se:

- Examinar as interlocuções entre as disposições legais da saúde ambiental e as atividades do PSF;
- Examinar as formas de incorporação da saúde ambiental no município de Teixeira/MG, na perspectiva da proposta de Atenção Primária Ambiental;
- Identificar o perfil socio-sanitário e demográfico das famílias atendidas pelas Unidades de Saúde da Família;
- Caracterizar o perfil e percepções dos Agentes Comunitários de Saúde, acerca da saúde ambiental, bem como suas atribuições, competências, habilidades e conhecimentos em relação aos problemas ambientais que interferem no processo saúde-doença;
- Identificar a percepção das famílias acerca do desempenho do Programa de Saúde da Família, considerando as ações desenvolvidas pelo programa, em termos de vigilância ambiental.

A partir dos cinco objetivos específicos, foram estruturados os capítulos da pesquisa em pauta, assim delimitados. O primeiro capítulo tratou de uma revisão bibliográfica sobre as disposições legais da saúde ambiental e sua interlocução com o Programa de Saúde da Família (PSF). O segundo capítulo identificou os riscos do ambiente em relação à saúde e a atuação dos diversos setores envolvidos, na perspectiva da proposta da Atenção Primária Ambiental (APA); bem como a percepção das famílias quanto à realidade da saúde ambiental. O terceiro capítulo traçou o perfil socio-sanitário e demográfico das famílias atendidas pelo PSF, como também identificou os principais fatores que poderiam contribuir para o

surgimento de doenças. O quarto capítulo caracterizou o perfil e percepções dos Agentes Comunitários da Saúde (ACS); suas atribuições, competências, habilidades e conhecimentos em relação aos problemas ambientais, que interferem no processo saúde-doença da população. E o quinto capítulo examinou o posicionamento das unidades familiares quanto ao desempenho do PSF, em termos de vigilância ambiental.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para atender os objetivos propostos, os procedimentos metodológicos foram estruturados considerando: população e amostra do estudo; tipo, metodologia e técnicas de pesquisa, bem como os procedimentos de análise dos dados.

3.1 – População e Amostra do Estudo

O estudo foi realizado no município de Teixeira/MG, que pertence à microrregião de Viçosa/MG e à mesorregião da Zona da Mata mineira. Segundo o censo demográfico realizado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2007), o Município conta com uma população total de 11.665 habitantes, 62,4% residentes na zona urbana e 37,6% na zona rural.

As Unidades de Saúde da Família (USF) de Teixeira cobrem 100% da população, graças à atuação das quatro Equipes de Saúde da Família (ESF), que se dividem em quatro unidades básicas de saúde do município. A coleta dos dados foi realizada nas quatro unidades de saúde da família do município de Teixeira/MG. O estudo teve como sujeitos de referência, 26 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (92,85%) e 103 famílias cadastradas no PSF (3,02%), sendo 65 residentes na zona urbana e 38 residentes na zona rural.

A amostra dos usuários entrevistados foi, ao mesmo tempo, aleatória, estratificada e intencional, uma vez que se procurou entrevistar um grupo de famílias, onde haviam ocorridos casos de diarreias, tuberculose, mordida de cães e gatos (agravos ligados a variáveis ambientais); ou seja, que constavam nas fichas de notificações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Brasil, 2008), entre os meses de janeiro a outubro de 2008. Além disso, a seleção aleatória das famílias se deu nas diferentes microáreas de saúde, localizadas na bacia hidrográfica do município; garantindo, dessa forma, a representatividade equitativa entre as mesmas e, conseqüentemente, sua distribuição espacial entre as zonas urbana e rural.

3.2 – Tipo, Método e Técnicas da Pesquisa

A pesquisa assumiu um caráter descritivo-exploratório, dentro do contexto de um estudo de caso, considerando que este permite uma análise mais aprofundada sobre um ou poucos objetos (no caso, quatro unidades de saúde da família), de maneira a permitir, como comenta Gil (2002), um conhecimento mais amplo e detalhado sobre determinada questão em tópico de pesquisa.

Para o desenvolvimento da pesquisa foram utilizados métodos quantitativos, quanto qualitativos. A abordagem quantitativa está associada à caracterização socio sanitária e demográfica das unidades familiares, como dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Por outro lado, a inclusão da abordagem qualitativa se deu pela necessidade de obter uma visão holística do contexto em que acontece o estudo e, também, por permitir a compreensão do significado subjetivo que os indivíduos dão à saúde ambiental e às ações para a melhoria da qualidade de vida e do ambiente.

Uma combinação de técnicas de pesquisa foi necessária para que os objetivos da pesquisa em questão fossem alcançados. Assim, para examinar as interlocuções entre as disposições legais da saúde ambiental e as atividades do PSF foi realizada uma revisão de literatura sobre a temática em referência; como também foram feitas pesquisas documentais para examinar as formas de incorporação das instituições locais, no que concerne a saúde ambiental, no município de Teixeira/MG. Uma observação direta nas habitações e no microambiente mais próximo às famílias selecionadas, foi usada para identificação dos problemas ambientais, que pudessem interferir no processo saúde-doença. Para caracterizar o perfil e percepções dos ACS acerca da saúde ambiental, bem como suas atribuições, competências, habilidades e conhecimentos em relação aos problemas ambientais, que possivelmente interferem no processo saúde-doença, utilizou-se de entrevistas semi-estruturadas⁸, visando verificar se as ações desenvolvidas pelo PSF eram coerentes com os problemas de saúde ambiental vivenciados pelas famílias/comunidades. Esse mesmo tipo de instrumento foi usado para examinar o posicionamento das famílias sobre o desempenho do PSF, considerando as ações desenvolvidas pelo programa, em termos de vigilância ambiental.

De acordo com os objetivos e a metodologia de pesquisa, as variáveis foram operacionalizadas da seguinte forma:

⁸ A entrevista semi-estruturada se desenvolve através de um roteiro previamente estabelecido, portanto não é aplicado rigidamente, possibilitando ao entrevistador fazer as adaptações necessárias (GIL, 2002).

- Para caracterizar as famílias atendidas pelas ESF, foram levantadas informações sobre o sexo, faixa etária, estado civil, nível médio de escolaridade, tipo de ocupação, condições de trabalho e rendimento de cada membro da família, além do “*habitat*” familiar.

- Para identificar os riscos do ambiente e dos problemas de saúde ambiental, que prevalecem na população assistida pelo PSF do município, um levantamento foi feito nos documentos arquivados em instituições locais (diagnósticos ambientais, vigilância e fiscalização ambiental, ações de manejo ambiental, campanhas, dentre outros), assim como no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), que retrata as atividades do PSF. Além dessa visão interdisciplinar sobre os problemas ambientais que poderiam interferir no processo saúde-doença, procurou-se levantar os riscos ambientais primários predominantes nas residências, por meio de observação das condições higiênicas e de salubridade; bem como o estado do esgotamento sanitário, tipo de acesso e armazenamento de água, presença de filtro e utilização destes pelos membros das famílias para depósito de água potável, destino do lixo, dentre outros. No entorno das residências, procurou-se diagnosticar as condições de saneamento básico, o uso indevido do solo, falta de áreas verdes, manejo inadequado dos canais de drenagem, contaminação em geral (rios, agrotóxicos, etc.), vetores de doenças, manejo de resíduos sólidos, dentre outros.

- Para verificar se as ações desenvolvidas pelo PSF eram coerentes com os problemas de saúde vivenciados pelas comunidades, entrevistas semi-estruturadas foram aplicadas aos agentes comunitários de saúde (ACS). Foi indagado sobre suas percepções, atribuições, competências, habilidades e conhecimentos em relação à questão ambiental e sua interferência no processo saúde-doença da população, procurando-se identificar se, no contato direto com a população e com a realidade local, as ESF superam a proposição da questão ambiental contida no Programa e, até que ponto, essa prática se redefine e se transforma.

- Para conhecer o posicionamento das unidades familiares sobre o desempenho do PSF e a realidade da saúde ambiental foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os usuários para detectar quais as estratégias de ação estão sendo trabalhadas pelo PSF. Ou seja, pretendeu-se buscar nas falas dos usuários como as ESF têm trabalhado os problemas ambientais que interferem no processo saúde-doença.

3.3 – Procedimentos de Análise dos Dados

A análise dos dados foi feita tanto com o auxílio da estatística descritiva (média, frequência simples e cruzada, análises gráficas e tabulares) quanto da análise de conteúdo. Conforme relata Chizzotti (2006), a análise de conteúdo é um método de tratamento e análise

de informações, colhidas por meio de técnicas de coleta de dados, consubstanciadas em um documento. A técnica se aplica à análise de textos escritos ou de qualquer comunicação (oral, visual, gestual) reduzida a um texto ou documento. Seu objetivo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas.

O uso da análise de conteúdo justificou-se por ser uma técnica onde é possível detectar a frequência com que aparecem as palavras, frases e atribuir-lhes significados, dependendo do contexto em que se apresentam as falas ou discursos. Assim, a análise de conteúdo é adequada para a análise dos dados do estudo proposto, pois se pretendeu compreender como os profissionais e usuários do PSF percebiam a questão ambiental no processo saúde-doença.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEZERRA, S. O.; ARAÚJO, M. A. D. As (re)configurações das demandas ao serviço social no âmbito dos serviços públicos de saúde. **RAP - Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.40, n.2, p.187-209, março/abril, 2007.

BRASIL. **Atenção Básica e a Saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <www.dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acesso em: 20/02/2008.

_____. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. In: **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS (NOB – SUS 11/96)**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. **Portaria nº. 1886/GM**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**. Secretaria de Vigilância em Saúde / DAB – DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRILHANTE, O. M.; CALDAS, Q. de A. **Gestão e Avaliação de Risco em Saúde Ambiental**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.5, n.1, 2000.

CARNEIRO, F. F.; MOISÉS, M.; PERES, F.; SÁ, W. R. de; BERTOLINI, V. A. **Da Atenção Primária Ambiental para Atenção Primária em Saúde Ambiental: Construção de Espaços Saudáveis e Convergências no Brasil**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 21/01/2008.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

COHEN, S. C.; CYNAMON, S. E.; KLIGERMAN, D.C.; ASSUMPÇÃO, R. F. Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p.807-813, 2004.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Caderno Saúde Pública**, v.18, 2002.

COTTA, R. M. M.; AZEREDO, C. M.; SCHOT, M.; MARTINS, P. C.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira: o papel estratégico dos profissionais e usuários do sistema sanitário. **Revista Medicina de Minas Gerais**, vol.16, n.1, p.2-8, 2006.

FADEL, C. B.; SANDRINI, J. C.; ZARDO, L. N. Avaliação do Perfil e Grau de Satisfação dos Usuários dos Serviços Odontológicos na Estratégia Saúde da Família, na Zona Rural do Município de Castro/PR. **Ciência, Biologia, Saúde**, v.13, n.3/4, p.59-66, set./dez., 2007.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

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. **Ambiente & Sociedade**, vol. 9, n.1, p.169-182, jan./jun., 2006.

IBGE. 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>> [IBGE Cidades]. Acesso em: 11/03/2008.

MARCONDES, W. B. A convergência de referências na Promoção da Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.4, p.5-13, jan./abr., 2004.

MENDES, E.V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

OPAS. **Atenção Primária Ambiental (APA)**. Washington, D.C: Divisão de Saúde e Ambiente, 1999.

SCHERER, M. D. dos A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface**, v.9, n.16, p.53-66, fev., 2005.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudo de Psicologia (Natal)**. Natal, v.8, n.3, 2003.

VIANA, A. L. D.; POZ, M. R. D. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, v.15, 2005.

CAPÍTULO 1 – ARTIGO DE REVISÃO

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E MEIO AMBIENTE: INTERLOCUÇÕES ESTRATÉGICAS

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E MEIO AMBIENTE: INTERLOCUÇÕES ESTRATÉGICAS

RESUMO

Os riscos ambientais que afetam as comunidades se constituem, em parte, dos processos da deterioração do planeta, em que mudanças climáticas, resíduos perigosos e doenças transmissíveis têm manifestações locais concretas. Este estudo teve como objetivo realizar revisão de literatura sobre as disposições legais da saúde ambiental e sua interlocução com o Programa Saúde da Família (PSF). A realidade mostra a necessidade de mudança do modelo assistencial para o da vigilância em saúde; iniciando-se a interlocução estratégica a partir do PSF, em consonância com outros setores locais, por meio da identificação e monitoramento dos problemas prioritários de saúde ambiental. Pode-se concluir que a fragilidade da integração saúde-ambiente; no âmbito do PSF, deve-se a que as políticas públicas sociais, econômicas e ambientais não estão sintonizadas com a proposta de ambientes promotores de saúde.

Palavras chaves: Programa Saúde da Família, Meio Ambiente, Saúde Ambiental.

1. INTRODUÇÃO

A incorporação da saúde ambiental no campo das políticas públicas de saúde é uma demanda relativamente recente no Brasil. A estruturação da área de saúde ambiental é uma resposta do setor público de saúde ao movimento mundial, em que todas as atividades humanas se associam em busca do desenvolvimento sustentável (Maciel et al., 2008).

A destruição de ecossistemas, a contaminação crescente da atmosfera, solo e água, bem como o aquecimento global são exemplos dos impactos das atividades humanas sobre o ambiente. Esses problemas são exacerbados em situações locais em que se acumulam fontes de riscos advindas de processos produtivos, como a disposição inadequada de resíduos industriais, a contaminação de mananciais de água e as más condições de trabalho e moradia. Não raro, esses problemas afetam drasticamente os grupos populacionais vulneráveis (Barcellos, Quitério, 2006).

Especificamente, no Brasil, o modelo de crescimento econômico tem gerado fortes concentrações de renda, com exclusão de expressivos segmentos sociais de um nível de qualidade ambiental satisfatório, com decorrentes problemas de saúde, tais como, doenças infecto-parasitárias nos bolsões de pobreza das cidades e do país, onde são precárias as condições sanitárias e ambientais. Esses fatores, agravados pela falta de infra-estrutura e de

serviços de saneamento nas áreas mais pobres, levam a uma sobrecarga do setor saúde com indivíduos acometidos de doenças evitáveis (Ribeiro, 2004).

Nesse contexto, o setor saúde passa a ser o interlocutor junto aos setores sociais, econômicos e ambientais, estabelecendo um inter-relacionamento entre questões de desenvolvimento, ambiente e saúde; buscando dar respostas às necessidades da população. Para uma efetiva articulação intersetorial, o setor saúde tem sido instigado a participar mais ativamente desse debate, tanto pela sua atuação tradicional no cuidado das pessoas e populações atingidas pelos riscos ambientais, como pela valorização das ações de prevenção e promoção de saúde.

Essa tendência tem apontado a necessidade de superação do modelo de vigilância à saúde, baseado em enfermidades, para a incorporação da temática ambiental nas práticas de saúde pública, destacando-se neste contexto o papel estratégico do Programa de Saúde da Família (PSF).

Nesse sentido, este estudo teve como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre as disposições legais da saúde ambiental e sua interlocução com o Programa de Saúde da Família.

2. RELAÇÕES ENTRE AMBIENTE E SAÚDE: DOS PRIMÓRDIOS À ATUALIDADE

A Saúde Pública abrange uma série de subáreas do conhecimento que lhe dão uma importante diversidade. A ênfase dada às diferentes subáreas tem variado ao longo da história da humanidade, dependendo do momento político e das questões de saúde mais relevantes, em cada período e local geográfico (Ribeiro, 2004).

Na história da humanidade são muito antigos os primeiros registros sobre as relações entre ambiente e saúde. Os perigos que cercavam o consumo de água e alimentos contaminados, por exemplo, estão na Bíblia e em documentos egípcios e gregos, considerados de períodos mais remotos (Buss, 1999).

Ao longo da evolução do conhecimento, a História tem salientado preocupações antigas, como os ensinamentos que nos deixou Hipócrates, 300 anos a.C. Em seu livro, *Ares, águas e lugares*, Hipócrates teceu comentários teóricos sobre as inter-relações entre enfermidades e ambiente, com posicionamento sobre o papel do ambiente contaminado na saúde e no bem-estar dos cidadãos (Brilhante, Caldas, 1999).

Desde os primórdios, a saúde pública e a medicina, ocuparam-se das relações do ser humano com o ambiente. Utilizando enfoques variados, de Hipócrates aos dias atuais, as ciências da saúde têm procurado as causas, os modos de transmissão e a prevenção das doenças no *habitat* humano.

No século XIX, Henle formulou em 1840, a teoria dos organismos microscópicos vivos como causadores de doenças infecciosas. Em 1861, Pasteur desenvolveu na França a teoria dos germes através do processo de pasteurização, mostrando como prevenir a deterioração do vinho pelo seu aquecimento a uma dada temperatura. Em 1882, Koch descobriu o bacilo da tuberculose e, em 1883, o vibrião colérico (Ribeiro, 2004).

A revolução pasteuriana, que consagra a teoria do germe, no final do século XIX, representa uma das mais notáveis contribuições científicas na História da humanidade. Por outro lado, no Brasil, Oswaldo Cruz, enfrentou no início do século XX, com soros, vacinas e reforma urbana, as epidemias que ameaçavam devastar a economia nacional e fechar o país ao comércio exterior, por meio de uma intensa ação sobre o meio ambiente (Buss, 2000).

No final do século XIX, com a descoberta do micróbio e o conceito de que agentes etiológicos específicos eram a causa de determinadas doenças, as explicações relacionadas com o ambiente sofreram um retrocesso, consolidando o conceito de unicausalidade. A bacteriologia esclareceu o problema da causa biológica da doença; permitindo, a partir do final do século XIX, que os programas de saúde pública pudessem ser efetivados, ignorando a relação entre doenças e condições socioambientais (Pignatti, 2004).

Segundo Pignatti (2004), no início do século XX, a ecologia firma-se como disciplina científica, desenvolvendo-se a teoria ecológica das doenças infecciosas, sendo fundamental a interação entre o agente e o hospedeiro, ocorrendo em um ambiente de ordem física, biológica e social, ou seja, a teoria da multicausalidade. Esta teoria possibilitou o aparecimento da conhecida trilogia ecológica ‘homem-agente-meio’, desenvolvida por Leavell e Clark, em 1965, com um conjunto de ações preventivas formuladas em torno do conceito de ‘história natural das doenças’ (HND). Neste aspecto, o meio ambiente refere-se a uma combinação dos fatores físico-químicos, biológicos e sociais.

Nos anos 70, na área das ciências sociais e da saúde, destacam-se estudos dirigidos para a discussão sobre a questão populacional, ecologia humana e ciências sociais, bem como problemas ecológicos e relações político-sociais, sendo que uma das áreas que incorpora a questão de modo a desenvolver estudos mais sistemáticos, é hoje denominada Saúde Ambiental (Pignatti, 2004). Essa área que estuda a relação saúde e ambiente é definida como ‘campo de atuação da saúde pública que se ocupa das formas de vida, das substâncias e das

condições em torno do ser humano, que podem exercer alguma influência sobre a sua saúde e o seu bem-estar' (Brasil, 1999).

A concepção de ambiente é retomada e compreendida no âmbito de um espaço definido geograficamente, a partir da década de 1980. O desenvolvimento do capitalismo e as diversas formações econômico-sociais têm impacto direto na saúde e no ambiente. Na década de 1990, diferentes estudos foram realizados por pesquisadores ingleses, norte-americanos e canadenses, sobre o impacto das atividades humanas no ambiente e as conseqüências à saúde do ser humano. Vale destacar a abordagem ecossistêmica dada à saúde, fundamentando a construção de conhecimentos que vinculam as estratégias de gestão integral do meio ambiente com uma abordagem holística e ecológica de promoção da saúde humana (Pignatti, 2004).

Como vem sendo entendida, nos últimos 30-35 anos, a promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos. Nos últimos trinta anos, o conceito moderno de promoção da saúde surgiu e se desenvolveu de forma mais intensa nos países desenvolvidos, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental; sendo que, nos últimos 20 anos, quatro importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde foram realizadas (Buss, 2000).

De acordo com a I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, 1986, uma boa saúde é o melhor recurso para o progresso pessoal, econômico e social; além de ser uma dimensão importante da qualidade de vida. Os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, de meio ambiente, de conduta e biológicos podem intervir a favor ou contra a saúde. O objetivo da ação pela saúde é fazer com que essas condições sejam favoráveis para se poder promover a saúde (Carta de Ottawa, 1986).

As propostas de promoção da saúde apresentadas em Ottawa entendem a saúde como elemento importante no conjunto de condições indispensáveis à qualidade de vida. Desse modo, entendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o conceito de saúde supera o caráter estático, exclusivamente sanitário e de ausência de enfermidades, que não considerava a amplitude de aspectos que a saúde representa. As estratégias de promoção da saúde voltam-se para estilos de vida e condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde e, de forma mais ampla, a qualidade de vida. Dessa forma, as ações em prol da saúde demandam a participação dos diversos setores da sociedade, não podendo ser asseguradas apenas pelo setor sanitário (Souza, Carvalho, 2003).

A carta de Ottawa propõe dentre os cinco campos de ação das políticas públicas, a criação de ambientes favoráveis à saúde, que implica o reconhecimento da complexidade das sociedades e das relações de interdependência entre vários setores. A proteção do meio

ambiente e a conservação dos recursos naturais, o acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente produzem na saúde, bem como a conquista de ambientes que facilitem e favoreçam a saúde, como o trabalho, lazer, o lar, a escola e a própria cidade, passam a compor centralmente a agenda da saúde (Buss, 2000).

A II Conferência, a Conferência de Adelaide, realizada em 1988, elegeu como seu tema central as políticas públicas saudáveis, que se caracterizam pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, bem como pelos compromissos com impacto de tais políticas sobre a saúde da população. Nesse aspecto, evidencia-se a questão da intersetorialidade, que tem marcado o discurso da promoção da saúde (Declaração de Adelaide, 1988).

A III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Sundsvall/Suécia, em 1991, foi a primeira conferência a focar diretamente a interdependência entre saúde e ambiente, em todos seus aspectos. Ela ocorreu na efervescência prévia à primeira das grandes conferências das Nações Unidas previstas para ‘preparar o mundo para o século XXI’, a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, a RIO-92. Assim, aumentava-se a consciência internacional de indivíduos, movimentos sociais e governos sobre os riscos de um colapso do planeta, em fase às inúmeras e profundas agressões ao meio ambiente (Declaração de Sundsvall, 1991).

Na Declaração de Sundsvall (1991), a inclusão do tema ambiente para o campo da saúde foi discutido com considerável força, não sendo restrito apenas à dimensão física ou natural, incorporando também as dimensões social, econômica, política e cultural. Refere-se, assim, aos espaços em que as pessoas vivem - a comunidade, suas casas, seu trabalho, o espaço de lazer - como também as estruturas que determinam o acesso aos recursos para viver e as oportunidades para ter maior poder de decisão, isto é, as estruturas econômicas e políticas.

Nesse contexto, a conferência de Sundsvall em 1991 insistiu na viabilidade da criação de ambientes favoráveis à saúde, mencionando as inúmeras experiências oriundas de todo mundo, desenvolvidas em nível local, que cobrem as áreas reunidas como cenário para a ação na denominada ‘pirâmide dos ambientes favoráveis de Sundsvall’: educação, alimentação e nutrição, moradia e vizinhanças, apoio e atenção social, trabalho e transporte (Buss, 2000).

Da IV Conferência sobre Promoção da Saúde resulta a Declaração de Bogotá, documento produzido no lançamento da promoção da saúde na América Latina, pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 1992, que reconhece a relação de mútua determinação entre saúde e desenvolvimento, afirmando que a promoção da saúde na América Latina deve buscar a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito

fundamental do desenvolvimento. Declara que, assolada pelas desigualdades que se agravam pelas prolongadas crises econômicas e políticas de ajuste macroeconômico, a América Latina enfrenta a deterioração das condições de vida da maioria da população, junto com um aumento dos riscos para a saúde e uma redução dos recursos para enfrentá-los. Como consequência, o desafio da promoção da saúde na América Latina, consiste em transformar as relações excludentes, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como trabalhar pela solidariedade e a equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento (Declaração de Bogotá, 1992).

Dentre os princípios que o documento estabelece para a promoção da saúde, é importante destacar: a superação das complexas e profundas desigualdades de tipos econômico, ambiental, social, político e cultural, como relativas à cobertura, acesso e qualidade nos serviços de saúde; bem como a necessidade de novas alternativas na ação de saúde pública, orientadas a combater simultaneamente as enfermidades causadas pelo atraso e a pobreza e aquelas que se supõe derivadas da urbanização e industrialização.

O referido documento ainda define, como compromisso indispensável para a implementação da promoção da saúde na América Latina, o incentivo às políticas públicas que garantam a equidade e favoreçam a criação de ambientes e opções saudáveis. Assim, destaca-se que, somente nas últimas décadas, houve uma maior conscientização sobre a estreita relação homem-ambiente e sua importância no componente saúde, seja individual ou coletivo. Ou seja, não há como negar a dependência dos seres humanos do meio ambiente em que vivem.

Entretanto, o mundo despertou para a questão ambiental, de forma intensa e global, há apenas cerca de 30 anos. Em 1972, as Nações Unidas convocaram a Conferência de Estocolmo, 'que levou os países em desenvolvimento e os industrializados a traçarem, juntos, os direitos da família humana a um ambiente saudável e produtivo'. Vinte anos após, a RIO-92 produziu dois documentos básicos para orientar ambientalistas, cientistas e a população em geral: a Agenda 21 e a Carta da Terra (Buss, 1999).

Ainda, segundo o mesmo autor, no que tange à saúde e ambiente duas importantes iniciativas foram desenvolvidas no plano global: a implantação da Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, que gera o documento, Nosso Futuro Comum, tido como o inspirador das deliberações havidas entre os chefes de Estado presentes na RIO-92.

Assim, o meio ambiente se constitui hoje um dos temas essenciais das políticas governamentais e uma das maiores preocupações dos cidadãos, seja em países industrializados ou não. Cada vez mais as pessoas vêem a degradação ambiental como uma ameaça à saúde e ao bem-estar social (Brilhante, Caldas, 1999). Para estes autores, um grande

número de especialistas, dos mais variados campos do conhecimento, se ocupam com a proteção da saúde humana. Ou seja, vive-se hoje um momento em que as influências do meio ambiente na saúde vêm crescendo consideravelmente, em que a ênfase das ações das políticas públicas de saúde não deva ser sobre as causas, mas sim, sobre o contexto, isto é, sobre as condições de vida e ambiente.

3. A SAÚDE AMBIENTAL NO BRASIL – MARCO LEGAL

Na história da saúde ambiental houve incontestáveis progressos em áreas conceituais e metodológicas que a tornaram um dos pilares do desenvolvimento sustentável e, mais recentemente, um componente essencial dos direitos civis e da segurança humana. No entanto, os ganhos na área de intervenções e aplicações específicas ainda são bastante limitados, expondo grandes grupos populacionais a uma série de riscos ambientais inaceitáveis, com conseqüências negativas à saúde. Além disso, defronta-se com evidências cada vez maiores das conseqüências que riscos emergentes trazem para a saúde – desde o impacto que ecossistemas em deterioração causam em comunidades locais até as mudanças climáticas, que provocam impactos globais. Tais problemas emergentes também acentuam o impacto de problemas já existentes, tais como: mudanças na disponibilidade de água ou no alcance e na sazonalidade de vetores de doenças (Periago et al., 2007).

Por se tratar de uma área de interface entre diferentes disciplinas e setores, o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) no controle ambiental tem sido recorrentemente colocado em pauta. A Lei orgânica da saúde 8.080/90 inclui no campo de atuação do SUS a ‘colaboração na proteção do meio ambiente’, bem como o controle da água para consumo humano e de substâncias tóxicas e radioativas (Barcellos, Quitério, 2006).

Segundo Netto, Carneiro (2002), nas últimas décadas, o conceito de vigilância em saúde vem ganhando terreno no Brasil. No contexto do SUS a vigilância em saúde possui caráter sistêmico, buscando reorientar o planejamento e a gestão das diversas vigilâncias, tais como a epidemiológica (sobre as populações), sanitária (de produtos e serviços), saúde do trabalhador (das condições e riscos a saúde no ambiente de trabalho) e ambiental (dos riscos sócio-ambientais).

Na área de vigilância ambiental, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) regulamentou a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999, no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, por meio da Instrução Normativa nº.1, de 25 de setembro de 2001, criando o Sistema Nacional de

Vigilância Ambiental em Saúde (SINVAS). Nesta, são estabelecidas as principais atribuições dos três níveis de governo, descrevendo as ações específicas da vigilância ambiental em saúde e as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco físicos, químicos e biológicos do meio ambiente, relacionados às doenças e agravos a saúde (Brasil, 2002).

No entanto, esse sistema vem adquirindo diferentes configurações institucionais em cada um desses níveis de governo. Nas secretarias estaduais e municipais de saúde, a vigilância ambiental em saúde tem sido organizada, ora dentro dos serviços de epidemiologia, ora em serviços de vigilância sanitária, ora como serviços autônomos. Na rede básica de saúde, as atuações de agentes comunitários de saúde dos PSFs e de controle de endemias poderiam garantir a necessária capilaridade do sistema (Barcellos, Quitério, 2006).

A Vigilância Ambiental em Saúde foi definida pela FUNASA, como:

‘um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde’ (Brasil, 2001a).

No que diz respeito aos fatores do meio ambiente que podem interferir na saúde humana tem-se destacado a água. Assim, para garantir a qualidade da água das populações que possuem acesso à rede distribuidora, iniciou-se o processo de implantação do Sistema de Informação para a Vigilância em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA), auxiliado legalmente pela Portaria do Ministério da Saúde nº. 1469/2000 (Brasil, 2002).

O SISAGUA é um sistema de informações capaz de indicar as principais áreas de risco do país (baseado em dados de controle e vigilância), o que propicia o monitoramento e o planejamento das intervenções para ampliação e melhoramento da qualidade da água oferecida à população (Brasil, 2001b).

A construção da política de saúde ambiental, no âmbito do Ministério da Saúde (MS), foi possível por meio de uma sólida articulação entre a FUNASA e os demais órgãos do Ministério que desenvolvem ações e atividades no campo da saúde ambiental. Em 11/12/2001, foi publicada a Portaria nº. 2.253/GM, que instituiu a Comissão Permanente de Saúde Ambiental e dispôs sobre suas competências. Participam dessa Comissão, a Fundação Nacional de Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), Secretaria de Assistência a Saúde (SAS), Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e Gabinete do Ministro da Saúde (Netto, Carneiro, 2002).

Também foi oficializado, pela Portaria nº. 922, de 21/06/2001, o Grupo de Trabalho para Assuntos Internacionais em Saúde e Ambiente, constituído para discutir e internalizar os aspectos relacionados à saúde e meio ambiente nos acordos, tratados, convenções, protocolos e outros instrumentos de direito internacional público. Por meio deste fórum, que a FUNASA contribui para a participação do Ministério da Saúde na avaliação da implementação da Agenda 21 (Brasil, 2001b).

Além da articulação intraministerial, a estruturação e a operacionalização da Vigilância Ambiental em Saúde demandam a articulação do Ministério da Saúde com diversas áreas setoriais do Governo Federal. Nesse sentido, o Ministério da Saúde celebrou, em 7/12/2001, um Termo de Cooperação Técnica com o Ministério do Meio Ambiente, objetivando o desenvolvimento de políticas e ações integradas de saúde ambiental, potencializando iniciativas para aumentar o impacto institucional, político e sócio-ambiental dessas ações (Netto, Carneiro, 2002).

No âmbito da segurança química, o Ministério da Saúde detem a vice-presidência da Comissão Coordenadora do Plano de Ação para a Segurança Química (COPASQ), cujos integrantes titulares são a FUNASA, a ANVISA e a FIOCRUZ. A COPASQ foi constituída pelo Ministério do Meio Ambiente e instalada em 04/2001, em decorrência dos compromissos assumidos pelo governo brasileiro quanto a implementação dos princípios, diretrizes e prioridades, enunciadas no Cap.19 da Agenda 21, consubstanciadas nos documentos 'Declaração da Bahia' e 'Linhas de Ação Prioritárias, para além de 2001' por ocasião da 31ª Seção do Fórum Intergovernamental de Segurança Química (FISQ), realizado na Bahia, em outubro de 2000. A FUNASA é coordenadora da Prioridade 10 – 'Elaboração de um relatório sobre ações empreendidas para redução de riscos de substâncias químicas de maior preocupação' (Netto, Carneiro, 2002).

A participação social nas ações que compõem o Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (SINVAS) se dá por intermédio do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) e por meio de outros mecanismos de articulação com a sociedade, organizações não-governamentais (ONGs), representação sindical, movimentos sociais, entre outros. A FUNASA representa o Ministério da Saúde em diversos fóruns intersetoriais formais, que são responsáveis pela elaboração e implementação de políticas públicas de interesse para a saúde ambiental, tais como, o CONAMA e o Conselho Nacional de Recursos Hídricos (CNRH). Ainda, segundo Netto, Carneiro (2002), o Centro Nacional de Epidemiologia/Coordenação Geral de Vigilância em Saúde (CGVAM) é membro do Conselho Nacional de Defesa Civil (CEDEC) e do Comitê Executivo

Interministerial, criado com a finalidade de estabelecer diretrizes e coordenar as ações relativas à proteção da Camada de Ozônio (PROZON).

O financiamento das ações de Vigilância Ambiental em Saúde é realizado por meio de Orçamento da União e pela Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI/ECD), na qual são estabelecidas atividades e metas a serem cumpridas pelos estados e municípios, com a finalidade de controlar e prevenir doenças e outros agravos, de forma geral e, especificamente, em relação a Vigilância Ambiental em Saúde (Netto, Carneiro, 2002). A partir de 1999, com a implementação do Projeto VIGISUS, o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) tem viabilizado o apoio financeiro para a execução das atividades de vigilância ambiental em saúde em todas as unidades federadas (Brasil, 1998).

Além dessas fontes de financiamento, a vigilância ambiental conta com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para a execução das atividades programadas; viabilizando, inclusive, a cooperação internacional na área de saúde ambiental, principalmente com o Chile, México, Cuba, Estados Unidos e Canadá. Devido ao reconhecimento da complexidade envolvida na temática saúde-ambiente, a OPAS (1999, p.28), elaborou um projeto para os países da América Latina e Caribe que ressalta a importância da atenção primária ambiental, definindo-a como:

‘estratégias básicas de nível local, de participação da sociedade civil e das organizações locais por meio do conhecimento, identificação e solução dos problemas ambientais primários que atingem a saúde, limitando a qualidade de vida e ao desenvolvimento sustentável. Compreende a educação ambiental; a contaminação simples dos ambientes de vida domiciliares e de trabalho; poluição sonora; qualidade e disponibilidade de água potável, controle de vetores transmissores de doenças, em combinação com a vigilância epidemiológica, manejo e reciclagem de resíduos sólidos; controle de qualidade dos alimentos, em combinação com a vigilância sanitária; erosão dos solos, queimadas florestais, pragas, urbanização de ruas, áreas verdes e outras’ (OPAS, 1999, p.28).

Portanto, de acordo com a OPAS (1999), a estratégia de Atenção Primária Ambiental deve ser considerada dentro do marco global do desenvolvimento humano sustentável, em que a saúde da população e a qualidade ambiental do planeta estão vinculadas indissolúvelmente. Os riscos ambientais que afetam as comunidades locais se constituem, em parte, dos processos da deterioração do planeta, onde as mudanças climáticas, os resíduos perigosos e as doenças transmissíveis têm manifestações espaciais locais concretas.

A intervenção sobre os fatores determinantes do processo saúde-doença, num espaço construído, exige que se articulem as políticas públicas de habitação, saúde, meio ambiente e infra-estrutura urbana. Tem-se, portanto, que alguns fatores ambientais são eleitos como prioritários para identificar os problemas emergentes vivenciados pela população/comunidade de risco, voltados no combate de doenças (Noronha, Centa, 2005). Nestas ações são

reconhecidos os direitos dos indivíduos e de suas famílias a viverem em um meio ambiente saudável e a serem informados sobre os riscos ambientais em relação a sua saúde e bem-estar.

4. O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE AMBIENTAL: DESAFIOS ESTRATÉGICOS

No último século, as condições de vida e saúde têm melhorado de forma contínua e sustentada, na maioria dos países, graças aos progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais, assim como aos avanços na saúde pública e na medicina (Buss, 2000). Entretanto, a desigualdade ainda separa os cidadãos em termos de moradia, educação, nível de renda e assistência à saúde. Segundo Arns (2006), a desigualdade é uma questão muito séria e deve ser o foco de políticas públicas para ajudar a diminuir as diferenças e iniquidades sociais, e, conseqüentemente, contribuir para a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida.

Na América Latina e Caribe, a situação de pobreza que afeta milhões de habitantes, se relaciona diretamente com as condições ambientais. Grande parte das deficiências dos serviços básicos sanitários está concentrada nos setores mais pobres. Entretanto, é necessário também incorporar as novas categorias ambientais que estes setores começaram a enfrentar como conseqüência da transição econômica para processos de desenvolvimento mais complexos, que atualmente vivenciam muitos países latino-americanos (OPAS, 1999).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de um quarto da responsabilidade total global pelas doenças pode ser atribuído ao meio ambiente em modificação; embora, na América Latina e no Caribe, a fração seja aproximadamente um quinto. No início do século XXI, os números relacionados a fornecimento de água potável e cobertura sanitária na América Latina e no Caribe eram 89% e 75%, respectivamente. Quando números absolutos são considerados, a situação torna-se mais surpreendente. Aproximadamente 60 milhões de pessoas não têm acesso a um fornecimento seguro de água potável e 137 milhões não têm instalações para saneamento e eliminação de esgoto e outros resíduos. A América Latina e Caribe são claramente marcadas por sérias desigualdades no que se refere ao acesso à água - geralmente relacionadas ao nível de renda e local de residência - sendo que a situação mais crítica pode ser encontrada em áreas rurais e periurbanas (WHO/UNICEF, 2005).

Essas desigualdades não se limitam ao acesso a serviços de saneamento básico. Estima-se que o ar respirado por cerca de 100 milhões de pessoas, especialmente em áreas urbanas, não atinja os padrões mínimos de qualidade e segurança. Além disso, muitos

trabalhadores e populações de baixa renda são envenenados pela exposição a produtos químicos perigosos, devido à inexistência de medidas eficazes de proteção e controle. A poluição do ar em recintos fechados, proveniente do uso de biomassa e outros combustíveis sólidos, é particularmente perigosa à saúde das crianças. Hoje, cerca de 20% da população ainda depende de combustíveis sólidos poluidores para cozinhar e aquecer o ambiente (PAHO/WHO, 2004).

No ano 2000 existiram relatos de que aproximadamente 11 mil mortes causadas por doenças pulmonares obstrutivas crônicas (afetando mulheres de modo desproporcional) e 15 mil mortes de crianças abaixo de 5 anos, causadas por infecções agudas das vias aéreas inferiores, foram atribuídas ao fumo em ambientes fechados (WHO, 2002).

O surgimento de novos agentes de doenças é resultado das mudanças sociais e ambientais ao longo da história humana, fazendo com que os patógenos sejam capazes de adquirir acesso a novas populações hospedeiras ou de se tornarem mais virulentos em indivíduos comprometidos imunologicamente (Sabroza, Kawa, Campos, 1995).

No Brasil, o modelo de desenvolvimento econômico, que convive com processos produtivos complexos, envolve riscos à saúde humana e ao meio ambiente. Como conseqüências, têm-se a coexistência de doenças infecto-contagiosas e crônicas não transmissíveis (DCNT), ambas vinculadas a fatores ambientais. As primeiras relacionadas à presença de vetores e à contaminação das águas, e as DCNT, à poluição ambiental, à má qualidade dos alimentos e ao estresse (Brasil, 1999).

No estudo das doenças infecciosas, as análises das alterações ambientais incluem as mobilizações populacionais na era da globalização, como fatores importantes na disseminação de patógenos, além da existência de ambientes modificados e degradados, que se revelam propícios ao aparecimento de novas doenças. As doenças infecciosas, também denominadas emergentes e reemergentes, são definidas como aquelas cuja incidência aumentou nas duas últimas décadas ou tendem a aumentar no futuro. Nesse sentido, tanto a descoberta de novos vírus quanto o reaparecimento de doenças antigas, como o cólera, são classificadas como emergentes (Pignatti, 2004). O conjunto de doenças infecciosas é muito heterogêneo, sendo essas constituídas por agravos que têm em comum apenas o fato de serem ocasionados por agentes etiológicos vivos, adquiridos em algum momento pelos hospedeiros no meio ambiente externo. Esse critério abrangente permite incluir no mesmo grupo processos infecciosos agudos e de alta letalidade, como a raiva, além de outros crônicos, capazes de subsistir durante a maior parte da vida do portador, aparentemente sem produzir maiores prejuízos, como certas helmintoses intestinais (Sabroza, Kawa, Campos, 1995).

As previsões oficiais de que a medicina erradicaria as doenças infecciosas provaram estar, com o passar do tempo, equivocadas (Evans, 1985). Doenças tais como a malária, a tuberculose e a hepatite ainda são as maiores causadoras de morte em muitas partes do mundo. Novas doenças continuam a surgir com taxas sem precedentes, enquanto outras reaparecem em regiões onde elas estavam em declínio ou não mais ocorriam. Em período recente, as mudanças sem precedentes no ambiente, o crescimento econômico e a crise social estão contribuindo para a emergência de novas doenças e o reaparecimento de outras antigas (Epstein, 1995).

Para um grande número de doenças infecciosas, para as quais se dispõe de instrumentos eficazes de prevenção e controle, o Brasil tem colecionado êxitos importantes. Esse grupo de doenças encontra-se em franco declínio, com reduções drásticas de incidência. Entretanto, algumas dessas doenças apresentam quadro de persistência, ou de redução, ainda recente, configurando uma agenda inconclusa nessa área, sendo necessário o fortalecimento das novas estratégias, recentemente adotadas, que obrigatoriamente impõem uma maior integração entre as áreas de prevenção e controle e a rede assistencial. Um importante foco da ação de controle desses agravos está voltado para o diagnóstico e tratamento das pessoas doentes, visando à interrupção da cadeia de transmissão, em que grande parte das ações encontra-se no âmbito da atenção primária / saúde da família (Brasil, 2007).

Evidências empíricas mostram que os sistemas de serviços de saúde, organizados a partir de um modelo de atenção primária à saúde, são mais eficazes e de maior qualidade. Um rigoroso trabalho de comparação internacional entre serviços de saúde em onze países desenvolvidos, realizado por Starfield (1994), *apud* Mendes (2002), demonstrou que os sistemas orientados pela atenção primária à saúde estão associados com menores custos, menor uso de medicamentos, maior satisfação da população e melhores níveis de saúde.

No caso do setor brasileiro de saúde, o modelo legalmente instituído e praticado, até 1988, criava dicotomias entre a atenção curativa e preventiva, individual e coletiva, por meio de práticas assistenciais fortemente centradas em hospitais, restritas aos contribuintes previdenciários (Scherer, Marino, Ramos, 2005). A partir da Constituição de 1988, o Brasil assume o compromisso de reorganizar seu modelo de atenção à saúde, referenciado na perspectiva de saúde como direito de cidadania e como recurso que apóia o desenvolvimento individual e coletivo, agregando práticas assistenciais, preventivas, de promoção da saúde e educativas. Tem como princípios norteadores garantir o acesso universal, equânime e o atendimento integral e descentralizado da saúde. Nessa proposta, estão compreendidos os campos da assistência, das intervenções ambientais e das políticas externas ao setor de saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença da coletividade. Os níveis

de atenção à saúde são representados pela promoção, proteção e recuperação da saúde, ou seja, atenção primária, nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo. Trata-se de um modelo de atenção centrado na qualidade de vida e na relação das equipes de saúde com a comunidade, privilegiando a abordagem familiar (Brasil, 1996).

Nesse contexto, foi instituído o Programa de Saúde da Família (PSF), cujas ações são ofertadas em um determinado território sendo enfatizadas a promoção da saúde da população. Nessa perspectiva, a proposta de reorganização do sistema de saúde pauta-se em um dos princípios fundamentais do SUS, que é a descentralização das responsabilidades e ações, apontando para as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, em articulação com outros atores responsáveis pelas políticas públicas municipais, como secretarias do meio ambiente, infra-estrutura urbana e habitação (Carneiro et al., 2005).

A reorganização do sistema de saúde brasileiro, de acordo com esse novo referencial baseia-se no princípio de saúde como direito de todos (Souza, Carvalho, 2003). No PSF, o indivíduo deixa de ser visto de forma fragmentada, isolado do seu contexto familiar, social e de seus valores; sendo, assim, possível o desenvolvimento de novas ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas (Brasil, 2000).

Neste aspecto, de acordo com Dobashi (2004), a reorganização do sistema de saúde no Brasil implica em mudanças estruturais, com a elaboração e desenvolvimento de novos instrumentos de intervenção, que contribuam para a implementação de um modelo eficaz e democrático, considerando os determinantes da saúde e incorporando a perspectiva do usuário.

Surge, então, como comentam Machado, Porto (2003), outra visão do processo saúde-doença-adoecimento determinada pelo desenvolvimento socioeconômico e gerando um novo paradigma para o setor saúde, que se reorienta pela incorporação das ações de vigilância à saúde (controle e prevenção de doenças, e promoção da saúde). Nesse sentido, a vigilância da saúde como prática sanitária deve ser uma resposta social organizada aos problemas de saúde em todas suas dimensões, organizando os processos de trabalho, mediante operações intersetoriais e articuladas por diferentes estratégias de intervenções (Mendes, 2006).

Essa resposta social organizada aos problemas de saúde exige um entendimento dos determinantes e condicionantes da saúde, por meio da construção de novas práticas, nas quais as discussões sobre vigilância à saúde se direcionam, buscando superar o paradigma médico assistencialista, em consonância com as propostas de promoção da saúde (Machado, Porto, 2003). Nesse processo de operacionalização da vigilância em saúde, as práticas de saúde são organizadas em vários planos, estando as ações de acordo com a capacidade gerencial e

operacional do município, bem como em função de demandas e necessidades locais (Teixeira, 2002).

As equipes das vigilâncias em saúde possuem um perfil específico para os diversos fatores de risco ou danos sobre os quais podem atuar, trocando informações periodicamente e completando ações de suporte para as atividades assistenciais. Os serviços deveriam realizar ações conjuntas e articuladas na investigação de doenças e/ou agravos à saúde. Todas estas ações devem ser compartilhadas com as Equipes de Saúde da Família (ESF), de acordo com o território de atuação e o local de ocorrência do agravo (Carneiro et al., 2005).

Sendo o PSF um modelo de atenção estruturado na ação localizada, as formas de condução e gerência de suas ações são, também, localizadas, o que significa que toda a estratégia do programa encontra-se assentada nas ESF (Ianni, Quitério, 2006). No entanto, para qualificar a atenção à saúde, é fundamental que os processos de trabalho sejam organizados e articulados com vistas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde-doença-adoecimento das comunidades e com ações de promoção e vigilância em saúde efetivamente incorporadas no cotidiano das equipes de atenção primária/saúde da família (Brasil, 2007).

Para a qualidade da atenção, é fundamental que as ESF busquem a integralidade nos seus vários sentidos e dimensões, como: propiciar a integração de ações programáticas e demanda espontânea; articular ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde; trabalhar de forma interdisciplinar e em equipe; coordenar o cuidado aos indivíduos-família-comunidade; integrar uma rede de serviços de maior complexidade e, quando necessário, coordenar o acesso a esta rede (Brasil, 2007).

Diante desse contexto, para a efetiva integralidade do cuidado, fazem-se necessárias mudanças na organização do processo de trabalho em saúde, sendo o PSF o local principal de desenvolvimento dessas ações (Brasil, 2007). Ou seja, como argumentam Carneiro et al. (2005), um olhar vigilante à saúde deve fazer parte da rotina de trabalho das equipes da saúde da família que atuam sob um território, numa perspectiva de mudança de modelo assistencial para a promoção da saúde.

No PSF, os profissionais de saúde estão em contato diário com as famílias de suas responsabilidades, dessa maneira, a incorporação da vigilância ambiental em saúde em seus serviços seria de extrema importância para diagnosticar os problemas de saúde e situações de riscos as quais as famílias estão expostas. Para se promover a saúde é preciso compreender a família e a comunidade em todos seus aspectos de transformação, que perpassam o seu processo de viver e ser saudável.

O reconhecimento do direito dos indivíduos e de suas famílias a viverem em um ambiente saudável, e de serem informados sobre os riscos em relação à sua saúde e bem-estar, é objeto primordial das políticas públicas de saúde com a promoção da saúde, e melhoria da qualidade de vida da população. Uma política pública de saúde responsável na área social possui um compromisso com a questão ambiental. Em sua prática, a intervenção deve indicar e eliminar os obstáculos que dificultam o acesso à saúde, nesta perspectiva integralizadora.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação da saúde com o meio ambiente é desde muito tempo objeto da atenção das políticas públicas. Países em desenvolvimento, onde grande parte da população vive em condições de pobreza, vivenciam situações relacionadas a graves problemas saúde que poderiam ser evitadas, tais como, más condições de alimentação, moradia, saneamento básico e alterações no meio ambiente.

Diante do exposto, fica evidente a necessidade de se incluir nas atividades e ações do PSF a identificação dos determinantes do processo saúde-doença-adoecimento que impactam a saúde das comunidades, em cada área de abrangência das ESFs, para um efetivo planejamento das ações, numa perspectiva de mudança do modelo assistencial para o de vigilância em saúde, num âmbito de promoção da saúde.

Nesse contexto é função do PSF prevenir agravos e doenças e promover a saúde, podendo alertar outros setores sobre fatores causadores de doenças. Para tanto, políticas públicas sociais, econômicas e ambientais precisam estar sintonizadas com as políticas de saúde.

Dentro do paradigma de saúde ambiental requer-se o reconhecimento de que a relação saúde-ambiente exige uma integração de áreas complexas, por meio de uma articulação interdisciplinar e intersetorial. Considera-se que as interlocuções estratégicas, devem partir do PSF, em consonância com os outros setores, para a criação de ambientes mais favoráveis e promotores de saúde. Nesse sentido, fatores ambientais precisam ser prioritários, para a identificação dos problemas emergentes vivenciados pela população/comunidade de risco, voltados ao combate de doenças e enfermidades.

As ações de vigilância em saúde ambiental estão estruturadas a partir do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental. Entretanto, necessitam da colaboração dos setores de vigilância em saúde para alimentação, bem como o monitoramento do sistema e programação das ações. Acredita-se que por meio de um acompanhamento contínuo do

comportamento dos principais indicadores de saúde do país/estado/região/município, haverá um efetivo estudo e análises das questões relevantes, podendo contribuir para um planejamento mais eficaz e abrangente, para efetivamente realizar interlocuções estratégicas em prol da saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arns, Zilda. Saúde e Sociedade. *RADS*, vol.45, p.21-35. 2006.

Barcellos, Christovam; Quitério, Luiz Antônio Dias. Vigilância ambiental em saúde e sua implementação no Sistema Único de Saúde. *Revista Saúde Pública*, v.40, n.1, p.170-177. 2006.

Brasil. Caderno de Atenção Básica – nº. 21. *Vigilância em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.

_____. *Fundação Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.

_____. *Fundação Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. 2001a.

_____. *Sistema nacional de vigilância ambiental em saúde*. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2001b.

_____. *Cadernos de Atenção Básica - Programa de Saúde da Família*. Treinamento introdutório. Brasília: Ministério da Saúde. 2000.

_____. *Política nacional de saúde ambiental para o setor saúde*. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 1999.

_____. Centro Nacional de Epidemiologia. *Projeto VIGISUS*. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

_____. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS (NOB – SUS 11/96)*. Brasília: Ministério da Saúde. 1996.

Brilhante, Ogenis Magno; Caldas, Luiz Querino de A. *Gestão e Avaliação de Risco em Saúde Ambiental*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1999.

Buss, Paulo Marchiori. Prefácio. In: Brilhante, Ogenis Magno; Caldas, Luiz Querino de A. *Gestão e Avaliação de Risco em Saúde Ambiental*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1999.

Buss, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 5, n.1. 2000.

Carneiro, Ângela de Oliveira; Costa, Isleide; Possídio, Lucia Marila de A.; Campos, Maria Elda L.; Silva, Tiago Parada C. A vigilância à saúde como proposta de modelo assistencial

- que reorientou as ações da saúde no município de Juazeiro-BA, 2001-2004. *Divulgação em Saúde para Debate*, n.32, p.46-52. 2005.
- Carta de Ottawa. *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa, novembro. 1986.
- Declaração de Adelaide. *Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Austrália, abril. 1988.
- Declaração de Santafé de Bogotá. *Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde*. Santafé de Bogotá, Colômbia, novembro. 1992.
- Declaração de Sundsvall. *Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde*. Sundsvall, Suécia, junho. 1991.
- Dobashi, Beatriz Figueiredo. Instrumentalizar adequadamente a intervenção na situação de saúde: um dos (muitos) dilemas do gestor municipal de saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, n.30, p.26-29. 2004.
- Epstein, Paul R. Emerging diseases and ecosystem instability: new threats to public health. *American Journal of Public Health*, v.85, p.168-172. 1995.
- Evans, Alfred S. The eradication of communicable diseases: myth of reality? *American Journal Epidemiology*, v.122, p.199-207. 1985.
- Ianni, Aurea Maria Zöllner; Quitério, Luiz Antonio Dias. A questão ambiental urbana no programa de saúde da família: avaliação da estratégia ambiental numa política pública de saúde. *Ambiente & Sociedade*, v.9, n.1, p.169-182. 2006.
- Machado, Jorge Mesquita Huet; Porto, Marcelo Firpo de Souza. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.12, n.3, p.121-130. 2003.
- Maciel, Albertino A.; Júnior, Cícero Góes; Cancio, Jacira; Oliveira, Mara Lúcia; Costa, Silvano. *Indicadores de Vigilância Ambiental*. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/vigilanciaambiental/artigos>>. Acesso em: 25 de agosto de 2008.
- Mendes, Eugênio Vilaça. *A Atenção Primária à Saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará. 2002.
- Mendes, Eugênio Vilaça. *Uma Agenda pra a Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 2ª ed. 2006.
- Netto, Guilherme Franco; Carneiro, Fernando Ferreira. Vigilância Ambiental em Saúde no Brasil. *Ciência & Ambiente*, v.25, p.47-58. 2002.
- Noronha, Maria Glícia Rocha da Costa e Silva; Centa, Maria de Lourdes. Compreensão das Famílias de Áreas de Ocupação Irregular sobre o Meio Ambiente e a Saúde Ambiental. *Família, Saúde, Desenvolvimento*, v.7, n.3, p.238-249. 2005.
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Atenção Primária Ambiental (APA)*. Washington, D.C: Divisão de Saúde e Ambiente.1999.

Pan American Health Organization (PAHO). *Resolution CE134.R8*: PAHO contribution to the fulfillment of the development goals of the United Nations Millennium Declaration. Washington, DC: PAHO. 2004.

Periago, Marta Roses; Galvão, Luiz Augusto; Corvalán, Carlos; Finkelman, Jacobo. Saúde Ambiental na América Latina e no Caribe: numa encruzilhada. *Saúde e Sociedade*, v.16, n.3, p.14-19. 2007.

Pignatti, Marta G. Saúde e Ambiente: As Doenças Emergentes no Brasil. *Ambiente & Sociedade*, v.7, n.1, p.133-144. 2004.

Ribeiro, Helena. Saúde Pública e Meio Ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. *Saúde e Sociedade*, v.13, n. 1, p. 70-80. 2004.

Scherer, Magda Duarte dos Anjos; Marino, Selma Regina Andrade; Ramos, Flávia Regina Souza. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface*, v.9, n.16, p. 53-66. 2005.

Sabroza, Paulo Chagastelles; Kawa, Helia; Campos, Wanda Silveira Queirós. Doenças transmissíveis: ainda um desafio. In: Minayo, Maria Cecília de Souza. *Os muitos Brasís: saúde e população na década de 80*. Rio de Janeiro/São Paulo: Hucitec/ABRASCO. 1995.

Souza, Rafaela Assis de; Carvalho, Alysson Massote. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *Estudo de Psicologia (Natal)*. Natal, v.8, n.3. 2003.

Teixeira, Carmem. Um pouco de historia... reconstruindo o debate sobre modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Teixeira, Carmem. (Org) *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador (BA): CEPS-ISC, p.11-22. 2002.

WHO - World Health Organization/UNICEF – The United Nations Children’s Fund. *For water life: making it happen*. Geneva. 2005.

WHO - World Health Organization. *World Health Report*. Geneva. 2002.

CAPÍTULO 2 – ARTIGO ORIGINAL

ATENÇÃO PRIMÁRIA AMBIENTAL E SAÚDE DA FAMÍLIA: A NECESSIDADE DA INTERSETORIALIDADE

Atenção Primária Ambiental e Saúde da Família: a Necessidade da Intersetorialidade

Environmental Primary Attention and Family Health: the Need for Intersectoral

Verônica Amorim Silva, MSc. em Economia Doméstica. E-mail: veriamorim@yahoo.com.br.

Maria das Dores Saraiva de Loreto, Pós doctor Família e Meio Ambiente, Professora do Departamento de Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa (UFV). E-mail: mdora@ufv.br

Rosângela Minardi Mitre Cotta, DSc. em Saúde Pública, Professora do Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Viçosa (UFV). E-mail: rmmitre@ufv.br

Amélia Carla Sobrinho Bifano, DSc. em Engenharia de Produção, Professora do Departamento de Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa (UFV). E-mail: abifano@ufv.br.

Alice Mariana da Fonseca Moreira, Graduanda de Enfermagem, Universidade de Viçosa (UNIVICOSA). E-mail: alicemariana203@hotmail.com

RESUMO

Para identificar as situações de risco, na perspectiva da Atenção Primária Ambiental (APA), é necessário conhecer o território de abrangência do programa saúde da família e suas operações intersetoriais. Nesse sentido, buscou-se analisar a incorporação da intersetorialidade nas práticas de saúde, numa perspectiva da APA, examinando a atuação dos setores envolvidos, os riscos ambientais para a saúde e o posicionamento das unidades familiares quanto à realidade da saúde ambiental. O estudo, descritivo - exploratório, fez uso da pesquisa documental junto às instituições de Teixeira/MG; bem como entrevistas semi-estruturadas aos usuários do PSF. Os resultados mostraram que existem riscos ambientais, mas a saúde ambiental não é abordada na prática do PSF; inexistente articulação entre suas atividades e instituições locais. Os usuários possuem uma percepção acerca dos riscos ambientais, preservação do meio ambiente e da necessidade de orientações sobre vários tópicos relativos à saúde ambiental. Conclui-se que as disposições estabelecidas pela APA representam uma estratégia capaz de contribuir para o enfrentamento dos problemas de saúde ambiental. Há necessidade de intersetorialidade e de prover a população de informações, para que esta possa criar consciência crítica sobre a interdependência da saúde com fatores ambientais, tornando-se sujeitos ativos das políticas.

Palavras chaves: Atenção primária ambiental (APA), Saúde ambiental, Programa Saúde da Família (PSF), Intersetorialidade

ABSTRACT

To identify the risk situations, in the perspective of Environmental Primary Attention (APA), it is necessary to know the reach of the territory of the family health program and its intersectorally operations. In this direction, one searched to analyze the incorporation of the intersectorality in the health practical, in a perspective of the APA, examining the performance of the involved sectors, environmental risks for the health and the positioning of the familiar units in terms of the reality of the environmental health. The study, description - exploratory, made use of the documentary research with the institutions of Teixeira/MG; as well as interviews half-structuralized to the users of the PSF. The results had shown that environmental risks exist, but the environmental health is not boarded in the practical of the PSF; inexist articulation between its activities and local institutions. The users possess a perception concerning the environmental risks, the preservation of the environment and the necessity for orientation about some relative topics of environmental health. One concludes that the disposals established for the APA represent a strategy capable to contribute for the confrontation of environmental health problems. It is necessary the intersectorality and to

provide the population with information, so that it can create critical conscience on the interdependence of the health with environmental factors, becoming active citizens of the politics

Keywords: Environmental Primary Attention, Environmental Health, Family Health Program, Intersectoriality.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a questão ambiental tem adquirido uma importância maior devido a fatores globais, tais como o efeito estufa, o buraco da camada de ozônio, a poluição atmosférica e a perda da biodiversidade. No entanto, são os problemas ambientais locais, tais como a degradação da água, do ar e do solo, do ambiente doméstico e do trabalho, que têm impactado significativamente a saúde humana (Pignatti, 2004).

No Brasil, a urbanização acelerada associada à forte concentração de renda apresenta estreita relação com o crescimento das áreas de pobreza. Os projetos de desenvolvimento não-sustentáveis, a ampliação do desmatamento, a baixa qualidade de água para o consumo e o saneamento precário são fatores associados ao aumento de doenças infecto-contagiosas, como a malária e a diarreia, entre outras. A contaminação ambiental por poluentes físicos e químicos é um fator emergente na geração de agravos à saúde (Netto e Carneiro, 2002).

Segundo Ribeiro (2004), o grande número de fatores ambientais que podem afetar a saúde humana é um indicativo da complexidade das interações existentes e da amplitude de ações necessárias para melhorar os fatores ambientais determinantes da saúde; havendo, portanto, uma demanda para serviços de saúde ambiental.

A Saúde Ambiental é definida como “*campo de atuação da saúde pública que se ocupa das formas de vida, das substâncias e das condições em torno do ser humano, que podem exercer alguma influência sobre a sua saúde e o seu bem-estar*” (Brasil, 1999).

A partir da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa/Canadá, em 1986, ampliou-se o conceito de saúde ambiental. A carta de Ottawa definiu, como uma de suas linhas de atuação, a criação de ambientes favoráveis à saúde, os chamados ambientes saudáveis. Desde então, inúmeras conferências internacionais sobre o tema se sucederam e vêm influenciando políticas de saúde coletiva dos mais diversos países, visando a melhoria da qualidade de vida (Ribeiro, 2004).

A promoção da qualidade de vida dos indivíduos e de suas famílias e o desenvolvimento urbano e ambiental se inserem na colaboração interprogramática para municípios/cidades saudáveis. Isto se torna efetivo, quando operacionalizadas por intermédio

da elaboração de políticas públicas saudáveis, que exigem uma ação intersetorial e de nova institucionalidade social (OPAS, 2000).

Neste contexto, aplica-se o conceito de Atenção Primária Ambiental (APA), sendo esta identificada pela Organização Pan-Americana de Saúde, como:

“uma estratégia de ação ambiental, basicamente preventiva e participativa em nível local, que reconhece o direito do ser humano de viver em um ambiente saudável e adequado, e a ser informado sobre os riscos do ambiente em relação à saúde, bem-estar e sobrevivência, ao mesmo tempo que define suas responsabilidades e deveres em relação à proteção, conservação e recuperação do ambiente e da saúde” (OPAS, 1999, p.28).

Segundo Mendes (2006), incorpora-se no conceito de APA a lógica de vigilância em saúde, que parte do conhecimento de um território para nele identificar, descrever e explicar os problemas aí contidos, definindo seus nós críticos e atuando sobre eles, mediante um conjunto articulado de operações, organizadas intersetorialmente.

O conceito de atenção primária ambiental é novo e se relaciona com o processo de desenvolvimento real das nações e com o paradigma dos temas ambientais atuais. Para o setor saúde, este novo contexto de consciência de que a saúde está intrinsecamente relacionada à qualidade do meio ambiente, representa um desafio enorme que o obriga a revisar, de forma permanente, a situação de deterioração ambiental e sua repercussão sobre a qualidade de vida das comunidades. Sem dúvida, uma das características fundamentais do fomento da saúde pública para o próximo milênio será a necessidade de que se adotem novas estratégias sob uma perspectiva ambiental muito mais definida (OPAS, 1999).

Neste aspecto, a APA deve estar sustentada na presença ativa dos cidadãos comuns, que devem ser os protagonistas de uma relação mais ativa e direta com os órgãos competentes no tema, sejam estes os municípios, centros de saúde, dentre outros. O ator local, a comunidade, o município e o setor privado não devem aparecer como entes dispersos neste nível primário ambiental, senão como elementos integrados de uma estratégia participativa, cuja meta é melhorar o ambiente local, com vistas a alcançar melhores e mais saudáveis condições de vida (OPAS, 1999).

Dentro dessa perspectiva de promoção de ações integradas e intersetoriais, destaca-se o trabalho do Programa de Saúde da Família (PSF), que, na sua lógica da Promoção da Saúde, almeja a integralidade da assistência ao usuário, como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade. Entre outros aspectos, para o alcance deste trabalho, é necessária uma vinculação mais estreita dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) e dos

serviços do programa com a comunidade e demais setores associados com a promoção da vigilância da saúde (Besen et al., 2007).

Com base nessa compreensão, o PSF busca a reversão do modelo assistencial, curativista, individualista, hospitalar, ainda vigente. E, isso, somente será possível, por meio de mudanças no objeto de atenção, na forma de atuação e na organização geral dos serviços, instituindo a prática assistencial em novas bases e critérios, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social (Oliveira e Borges, 2008).

Assim, segundo Carneiro et al. (2006), os profissionais do PSF devem ser orientados para a identificação dos riscos, dos problemas ambientais que afetam a saúde; bem como dos fatores sociais, políticos, econômicos e geográficos de cada lugar, como ponto de partida, para análise da situação de saúde das comunidades, de onde participam os diversos setores responsáveis pelas atividades ambientais. Neste sentido, a APA pode ser considerada um dos instrumentos para o desenvolvimento da saúde ambiental, no âmbito local no contexto do PSF. Esta estratégia preconiza o desenvolvimento de informação apropriada, de forma a propiciar a participação da comunidade nos processos de construção de espaços saudáveis e promotores de qualidade de vida.

Diante do exposto, visando analisar a questão da intersetorialidade, na perspectiva da APA, procurou-se examinar a atuação dos diversos setores e instituições, do município de Teixeiras/MG, associados com a saúde ambiental; bem como identificar os riscos ambientais determinantes de doenças, na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família (USF), além de examinar as percepções das unidades familiares quanto a realidade da saúde ambiental.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado no PSF do município de Teixeiras/MG, que pertence à microrregião de Viçosa/MG e à mesorregião da Zona da Mata mineira. Segundo o censo demográfico, realizado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o município conta com uma população total de 11.665 habitantes, 62,4% residentes na zona urbana e 37,6% na zona rural; sendo sua economia essencialmente a agropecuária (IBGE, 2007).

O PSF de Teixeiras possuiu quatro Equipes de Saúde da Família (ESF), que se dividem em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS). A realização da pesquisa no município

de Teixeira, justifica-se pelo fato do PSF cobrir 100% da população e por contar com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde e equipes do PSF.

O estudo enquadra-se no tipo descritivo exploratório, de abordagem quanti-qualitativa, que fez uso tanto da pesquisa documental como da entrevista semi-estruturada. O levantamento foi feito nos documentos arquivados em instituições locais (diagnósticos ambientais, vigilância e fiscalização ambiental, ações de manejo ambiental, campanhas, dentre outros), bem como no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que retrata as atividades do PSF, visando identificar os riscos do ambiente e os problemas de saúde ambiental que prevalecem na população assistida pelo PSF do município (Brasil, 2008a). O uso de entrevistas semi-estruturadas com os usuários do PSF teve como objetivo conhecer a percepção das unidades familiares sobre a realidade da saúde ambiental na perspectiva da APA e, ao mesmo tempo, detectar quais as estratégias de ação estão sendo trabalhadas pelo programa. Pretendeu-se buscar nas falas dos usuários se existe alguma relação dos seus problemas de saúde com o ambiente vivenciado, e, principalmente, como as ESF têm trabalhado os problemas ambientais que interferem no processo saúde-doença. Para a obtenção das informações escolheu-se um membro da família adulto que estivesse na residência, no momento da entrevista.

As visitas domiciliares aconteceram entre os meses de agosto a novembro de 2008. A amostra dos usuários a serem entrevistados foi aleatória, estratificada por área de atuação do PSF (zona rural e urbana) e também intencional, considerando que foram entrevistadas famílias onde haviam ocorridos agravos ligados à variáveis ambientais (casos de diarreias, tuberculose, mordida de cães e gatos); ou seja, registradas nas fichas de notificações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), entre os meses de janeiro a outubro de 2008 (Brasil, 2008b).

Outro aspecto considerado no processo de amostragem das famílias foi a distribuição espacial da população ao longo da principal bacia hidrográfica do município (Ribeirão Teixeira) e que pertenciam as diferentes microáreas de saúde; garantindo, dessa forma, a representatividade equitativa entre as mesmas e, conseqüentemente, entre as zonas urbana e rural.

Na caracterização da bacia hidrográfica do Ribeirão Teixeira, pôde-se constatar que a rede de drenagem é relativamente densa, com extensão aproximada de 14,4 Km² de extensão, atravessando o município de Teixeira no sentido SE-NW, seguindo em direção ao município de Guaraciaba onde conflui com o Rio Piranga (Bacia do Rio Doce). Dentre seus afluentes citam-se: os córregos Cantagalo, Bom Jardim, Estiva, Dos Costas, São João, Patrimônio, Santo André, Bom Sucesso e Boa Esperança. No Sudoeste ocorrem os córregos Palmeira e do

Arruda, que seguem para o município de Viçosa, onde confluem com o Turvo Sujo. Dentro da Bacia Hidrográfica onde nasce o Ribeirão Teixeiras, comunidade Vista Alegre, moram 168 famílias rurais, sendo 90% destes, proprietários das terras (APA TEIXEIRAS, 2006).

Segundo o referido documento, muitos remanescentes florestais estão associados aos cursos d'água, sendo que estes são diversos quanto às suas dimensões e seu grau de preservação, estando em evidente estado de recuperação e existindo um potencial de conectividade entre seis fragmentos. Os constantes desmatamentos para a utilização da terra para agricultura, acabaram por reduzir a mata original a pequenos vestígios, muito degradados, sob a forma de matas secundárias, capões e grandes capoeiras, em reservas esparsas. A expansão agrícola prejudicou muito a cobertura vegetal no município.

O clima da região é o mesotérmico, caracterizado por verões quentes e úmidos. A precipitação média anual varia em torno de 1.500 mm. O período seco dura cerca de 3 meses, coincidindo com o período mais frio do ano. A temperatura média anual é de 20°C. A média do mês mais frio é inferior a 18°C e a média do mês mais quente é superior a 22°C; variando a amplitude térmica anual entre 5 a 7 °C (APA TEIXEIRAS, 2006).

Assim, considerando a extensão dessa bacia, que corta o município de Teixeiras, foram entrevistados 103 usuários, estando 65 e 38 residindo na zona urbana e rural, respectivamente.

Os dados coletados foram digitados e analisados com auxílio do programa Microsoft Excel 2000; sendo os dados qualitativos analisados em função do conteúdo das falas dos usuários nas entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Atividades do PSF quanto à saúde ambiental

Segundo dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (Brasil, 2008a) referentes ao consolidado das famílias cadastradas no mês de setembro, do ano de 2008, as principais enfermidades e agravos que acometem a população do município de Teixeiras/MG, atendidas pelo PSF são: hipertensão (14,89%), em seguida diabetes (2,31%), deficiência física (1,08%), alcoolismo (0,56%), epilepsia (0,10%), doença de chagas (0,02%) e tuberculose (0,01%), dentre outros.

Além dos casos de tuberculose e doença de Chagas citados, foram registrados nas fichas de notificações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no

período de janeiro a outubro de 2008, 10 casos de atendimento anti-rábico humano (mordida de cães e gatos) e 1 caso de acidente por animal peçonhento, ocorrência com escorpião. Além disso, foram registrados 15 casos de dengue, 3 casos de tuberculose e 84 casos de doenças diarréicas agudas (BRASIL, 2008b).

Para atender a demanda de saúde da comunidade as principais atividades realizadas são: saúde da criança (puericultura, programa de imunização), saúde da mulher (preventivo, pré-natal, puerpério), controle de diabetes e hipertensão (consultas individuais com médico, enfermeiro e nutricionista, além de reuniões trimestrais com pacientes de maior risco, incluindo-se nessa atividade a saúde do idoso), eliminação de hanseníase e tuberculose (quando surge algum caso, ocorre o acompanhamento supervisionado com uso de medicamentos) e saúde bucal (marcação de consulta, bem como realização de palestras e técnicas de escovação pelas dentistas em escolas e creches, apenas em duas UBS).

No que diz respeito às atividades de Promoção da Saúde (Quadro 1), percebeu-se a diversidade de concepções das ESF sobre a temática; bem como a inexistência de atividades em relação ao meio ambiente.

Quadro1. Relato das atividades de Promoção da Saúde das ESF do PSF do município de Teixeira/MG, 2008.

Equipes de Saúde	Atividades de Promoção da Saúde relatadas
ESF 1	Não fazem nada, possuem a intenção de programar palestras educativas para crianças, adultos e idosos.
ESF 2	É o objetivo do PSF
ESF 3	Trabalho inicial, por meio de palestras para pacientes em tratamento psíquico com psicóloga; palestras para orientação às gestantes e sobre aleitamento materno com nutricionistas. Atendimento domiciliar a acamados para fazer curativos, orientar sobre diabetes e acompanhamento com fisioterapeuta.
ESF 4	Palestras de orientações e prevenção de doenças nas escolas, além de reuniões com as comunidades em localidades estratégicas.

Assim, na realidade concreta do PSF, a questão da saúde ambiental praticamente não é trabalhada pela ESF. A única atividade registrada foi uma palestra ministrada por um enfermeiro do PSF em escolas sobre dengue, a pedido da Secretaria de Educação.

Além disso, nas UBSs não existe um planejamento dos enfermeiros para realização de atividades. Percebe-se que os procedimentos de trabalho das equipes não são articulados em uma única lógica de funcionamento.

Os dados revelam que o tema da saúde ambiental, não é abordado na prática do PSF. Entretanto, dentre as principais atribuições das Equipes de Saúde da Família (ESF), pode-se

verificar, conforme Brasil (2000), que se encontram as atividades de saúde ambiental, tais como: a) conhecer a realidade das famílias (sócio-econômica, psicológica, cultural, demográfica e epidemiológica); b) *Identificar problemas de saúde e situações de risco*; c) Elaborar planos locais de saúde; d) Valorizar o vínculo, a continuidade e a relação de confiança; e) Executar ações de vigilância *epidemiológica, ambiental e sanitária*; f) Desenvolver ações voltadas para o controle da hanseníase, tuberculose, DST/AIDS, doenças crônicas, ligadas ao trabalho e o *meio ambiente*; g) Resolver a maior parte dos problemas e garantir a referência; h) Prestar assistência integral e promover a saúde por meio da educação para saúde; i) Desenvolver a auto-estima, o apoio mútuo, o auto-cuidado, a troca de experiências; j) *Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações para a melhoria da qualidade de vida e do meio ambiente*; l) Incentivar a formação e a participação nos Conselhos de Saúde.

Atividades das instituições locais quanto à saúde ambiental

Para análise da realidade dos setores e instituições locais quanto à saúde ambiental foram pesquisadas, por meio de documentos e observações, as atividades que objetivem a fiscalização ou discussão de fatores ambientais, como forma de contribuir para o processo saúde-doença da população. Sendo assim, foram examinadas as atividades da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA – Vigilância Epidemiológica), da Secretaria de Obras, Infra-estrutura e Meio Ambiente, da Secretaria de Educação e de Assistência Social, da COPASA, da EMATER, da Rádio Comunitária e da Vigilância Sanitária.

Fundação Nacional de Saúde (FUNASA): A principal atividade da FUNASA é o combate à dengue, onde fazem vistorias em casas; lotes vazios; em pontos estratégicos (PE), como cemitérios, sucatoes, ferro velho, oficina mecânica e terrenos baldios (TB). Em 2007, ocorreram 126 focos positivos de dengue, e de janeiro a outubro de 2008, 83 focos; sendo encontrados principalmente em caixas d'água destampadas, sucatoes, lixos sem cuidados e vasos sanitários de casas fechadas. Além dessas atividades, a equipe da FUNASA realiza campanhas de vacinação anti-rábica em cães e gatos.

Secretaria de Obras, Infra-Estrutura e Meio Ambiente: As ações da Secretaria são determinadas pela Prefeitura ou recomendada pela Promotoria de Justiça; ressaltando, no período pesquisado, as seguintes: a) realizam drenagem e limpeza de bueiros em área urbana; b) coleta pública de lixo, programada para acontecer todos os dias nos bairros urbanos e uma vez por semana em uma localidade na zona rural. Todo o lixo recolhido no município é armazenado em um lixão a céu aberto. O município possui uma Usina de Reciclagem de Lixo

que está sendo usada para incinerar todo o lixo dos PSFs e hospitais da região, por uma firma contratada pela Prefeitura. Observou-se que o lixo hospitalar fica exposto a céu aberto e líquidos provenientes da incineração escorrem para o solo; c) existência de uma Área de Proteção Ambiental (APA), apesar de não ocorrer uma fiscalização efetiva; como também, conta-se com o CODEMA (Conselho Municipal de Meio Ambiente), mas não é atuante.

As observações e registros de dados documentais mostraram que o setor está direcionado para as obras da prefeitura, como construção de pontes e cascalhamento de estradas na zona rural, sem atividades efetivas para o meio ambiente.

Secretaria de Educação: Observou-se que o tema meio ambiente é conteúdo da matéria de ciências, sendo abordado de acordo com o planejamento do professor; embora, não haja uma matéria específica de meio ambiente. No *Projeto Família*, elaborado pela Secretaria de Educação, no período de abril a maio de 2008, com a colaboração do enfermeiro da 4ª Equipe do PSF e da COPASA, foram incluídas discussões sobre a preservação ambiental, devido à epidemia da dengue no país. O enfermeiro ministrou palestras nas escolas para orientar crianças sobre as causas da proliferação do mosquito *Aedes aegypti*, o transmissor da doença da dengue. Além disso, a COPASA, empresa responsável pelo abastecimento de água de Teixeiras/MG, doou folders que abordavam a preservação ambiental, ressaltando o trabalho da empresa na preservação de nascentes e parques florestais, e, também, sobre o desperdício da água. Durante as atividades planejadas, uma escola municipal elaborou o Projeto Lixo no Lixo, com o apoio da Secretaria de Infra-estrutura, Obras e Meio Ambiente, onde os alunos elaboraram um folder que tinha como objetivo a conscientização da população sobre a conservação da limpeza da cidade, sendo destacado os problemas que o lixo pode causar. Constatou-se, também, o *Programa Semeando*, do Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (SENAR) de Minas Gerais, que é direcionado para o ensino fundamental, sendo o único programa que todas as escolas participam. No ano de 2008, durante o período de agosto a dezembro, foi ministrado o tema Ética, Cidadania e Meio Ambiente. Nesse sentido, as ações educativas registradas são pontuais, sem um planejamento de longo prazo.

Secretaria de Assistência Social: As ações da Secretaria da Assistência Social buscam uma interação com a Secretaria de Saúde e Educação, considerando que os benefícios do Programa Bolsa Família estão condicionados a que a criança tenha o cartão de vacinação e pesagem em dia, como também ser assíduo na escola. De acordo com as condições de vida das famílias assistidas, a assistente social repassa a situação para a secretaria de saúde; como também, recebe observações feitas pelos enfermeiros ou Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do PSF acerca das condições de higiene e de sobrevivência das famílias, além de aspectos relacionais e de violência, com encaminhamento para o conselho tutelar. A

Secretaria possui o CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) onde se trabalha a reciclagem de lixo com crianças carentes e outras com algum problema psicológico; além de possuir uma horta comunitária, onde crianças/adolescentes aprendem sobre plantio e a importância dos alimentos. Existe o Projeto Minas Olímpico, que conta com 73 crianças, que estudam em uma escola municipal no período diurno e permanecem na escola à tarde para atividades do projeto. O projeto possui estagiários de enfermagem, pedagogia e educação física. A estagiária de enfermagem, na época da epidemia da dengue, explicou detalhadamente sobre a doença, orientando sobre as variáveis ambientais que a favorecem; confeccionando, também, brinquedos com lixos recicláveis.

COPASA: a COPASA é uma instituição local, que utiliza a captação de água no manancial superficial do Ribeirão Teixeiras, que é continuamente monitorado, com o objetivo de garantir a qualidade e quantidade de sua água; definindo a melhor forma de tratamento e estímulo a adoção de práticas de recuperação e proteção do manancial. Foi registrado o evento *Blitz no Dia da Água* (22 de março de 2008), onde pararam os carros em locais estratégicos do município, doaram folders e orientaram a população sobre a importância de se evitar jogar lixo e cigarros nas estradas e sobre a reciclagem dos lixos. Outra atividade da COPASA foi a participação na *Semana de Combate à Dengue*, onde fizeram palestras em uma escola municipal e em outra escola particular, abordando sobre os cuidados e tratamento da água. Durante o evento montaram um estande na praça da cidade, onde explicaram às crianças como é feito o processo de tratamento de água, a necessidade de proteção dos mananciais, custos da água e a importância de sua economia.

EMATER: A EMATER busca, de forma participativa, gerar ações que permitam a solução de problemas do meio rural, na perspectiva do desenvolvimento rural sustentável e da melhoria da qualidade de vida. A pesquisa documental registrou alguns programas desenvolvidos, que são: agroindustrialização de alimentos; melhorias das condições de bem-estar das famílias rurais (alimentação e nutrição, habitação rural); preservação e conservação do meio ambiente; implantação do sistema de plantio direto, permitindo formação de pasto junto com plantio de milho ou feijão, evitando a erosão do solo e assoreamento nos cursos de água do ribeirão; incentivo ao plantio de eucalipto para retorno econômico aos agricultores. Especificamente, na área de conservação do meio ambiente, observou-se atividade de orientação aos produtores rurais, quanto ao uso limitado de agrotóxicos. Os principais agrotóxicos usados são herbicidas para plantio direto, inseticidas e fungicidas para plantação de café, sendo biodegradáveis para não contaminar o solo. As embalagens são coletadas e direcionadas para um depósito em um município próximo. Outra atividade está associada à recuperação da Bacia Hidrográfica do Ribeirão Teixeiras. Em parceria com a COPASA e

Prefeitura intencionaram recuperar 56 hectares de topos de morros, proteger 22 nascentes e construir 149 fossas sépticas. Os objetivos propostos não foram alcançados, sendo construídas apenas 16 fossas sépticas, e poucas propriedades rurais beneficiadas com o cercamento das nascentes.

Rádio Comunitária Teixeira: O setor de comunicação, basicamente a Rádio Comunitária local, possui uma interação limitada com a Secretaria de Saúde e outras instituições. A Secretaria de Saúde repassa apenas notícias sobre vacinações (anti-rábica, contra rubéola e paralisia infantil) para serem transmitidas. Os enfermeiros da 2ª e 4ª Equipes de Saúde da Família iniciaram um programa na rádio, onde temas interessantes de saúde eram abordados, como doenças sexualmente transmissíveis; sexo na adolescência; orientação sobre a prevenção contra a dengue, no período de epidemia no país; mas infelizmente essas ações foram descontinuadas. Por outro lado, funcionários da rádio fizeram uma campanha para obter recursos e construir casas para famílias que moravam em casas de pau-a-pique, com possibilidade de desmoronamento na zona rural; já que a prefeitura não se preocupou com a situação dessas famílias.

Quanto as ações da Vigilância Sanitária, dados do Plano de Ação em Vigilância Sanitária (VISA, 2008), mostraram que as metas para as operações estipuladas não foram cumpridas. No Quadro 2, estão apresentados os problemas ambientais e riscos sanitários existentes no município; os indicadores, operações e responsabilidades dos setores, metas e novos prazos para execução das atividades.

Observou-se que não há um trabalho articulado entre as instituições, uma vez que as parcerias ocorrem quando há interesse por alguma das partes. Enfim, as ações ou campanhas para a população, na área de saúde ambiental, são descontínuas e de caráter emergencial. Ou seja, quando analisadas as atividades dos setores e instituições do município, que possuem responsabilidade na fiscalização e discussão de fatores ambientais determinantes no processo saúde-doença da população, verificou-se que existe uma ineficiência de todas as instituições e setores na solução da problemática ambiental.

Quadro 2. Plano de Ação em Vigilância Sanitária, no município de Teixeira/MG, 2008.

Problema	Indicadores	Riscos Sanitários	Operações/ações	Responsabilidades	Metas cumpridas	Novo prazo
Lixo de rua	Lixos nas ruas	Contatos com roedores, insetos, parasitas; riscos à saúde da população	Conscientização da população: horário coleta pública e trabalhos em escolas	Secretarias de Educação, Obras, Saúde e VISA	50%	Médio prazo
Criação animais em áreas urbanas	Denúncias	Verminoses, contaminação do meio ambiente e mal cheiro	Conscientização da população e elaboração do código de postura e sanitário	Prefeitura: todas as secretarias, Câmara Municipal e VISA	50%	De 6 a 12 meses
Saneamento	Número de residências com lançamento de dejetos e lixo a céu aberto em córregos	Transmissão de doenças e contaminação do meio ambiente	Operação com PSF, além de articular com órgão competente - COPASA	Prefeitura, Secretaria de Obras e Meio Ambiente, PSF e VISA	50%	Longo prazo
Cães de rua	Reclamações e denúncias	Verminoses, barulhos, transmissão de doenças e riscos de acidentes	Conscientização da população, cidades vizinhas e tratamento de esgoto de canil	Secretários da Prefeitura, Câmara Municipal e sociedade	50%	Longo prazo
Ações da VISA	Ofícios que chegam da Regional de Saúde	Surtos de intoxicação por doenças intestinais	Fiscal da VISA	VISA, Secretário de Saúde e Prefeitura	100%	De 01 a 12 meses
Inspeções em escolas, creches e instituições que cuidam de idosos	Fiscal da VISA	Alta responsabilidade*	Fiscal da VISA	VISA, Secretário de Saúde e Prefeitura	90%	De 01 a 12 meses
Inspeções em serviços de alimentos em geral	Fiscal da VISA	Alta responsabilidade*	Fiscal da VISA	VISA, Secretário de Saúde e Prefeitura	20% dos cadastros	De 01 a 12 meses

Fonte: VISA (2008)

*Alta responsabilidade significa que o único fiscal sanitário da VISA é responsável por todas as inspeções do município, considerando que os estabelecimentos que precisam ser inspecionados constituem risco para a população.

A questão da intersetorialidade na saúde ambiental

O conceito de intersetorialidade, entendido como a articulação de diversos sujeitos sociais, das mais diversas áreas e de diferentes saberes, para o enfrentamento de um processo tão complexo, como o de saúde-doença, apresenta-se como proposta para a articulação de todos os setores no alcance do desenvolvimento de políticas públicas saudáveis (Feuerwerker e Costa, 2000). Dentro desta abordagem, para uma efetiva organização dos serviços é fundamental conhecer a realidade e traçar estratégias de ação para a resolução dos problemas de saúde de uma população (Carneiro et al., 2005).

Em função dos resultados, pôde-se apreender que as atividades entre os setores e PSF não são articuladas. Neste sentido, a incorporação da estratégia da proposta de Atenção Primária Ambiental (APA), necessita avançar na busca de soluções integradoras, multisetoriais e com uma ampla incorporação da sociedade e das autoridades locais, considerando que o Estado não é capaz de satisfazer todas as demandas da comunidade e, também, porque as estratégias nacionais de melhoria do ambiente não contemplam o nível local, como um espaço de intervenção preferencial (OPAS, 1999).

O Programa de Saúde da Família (PSF), estratégia usada para a organização da Atenção Primária¹ no SUS, possui como princípios básicos trabalhar em equipe multiprofissional, com território definido e adscrição da clientela, além de realizar vigilância à saúde. Segundo Brasil (2000), o PSF deve priorizar as ações de proteção, prevenção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua, com ações permanentes de vigilância em saúde.

A Vigilância à Saúde constitui-se uma nova base conceitual e um novo enfoque metodológico, e não simplesmente uma integração das Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e Ambiental, no campo de saúde ambiental. Sua proposta objetiva analisar as distintas situações de saúde e gerar uma nova forma de processos de trabalho, segundo os princípios do SUS de integralidade, territorialidade e continuidade.

Neste sentido, é desejável que, no interior da organização do sistema de saúde, sejam superadas as tradicionais lógicas político-jurídicas (Vigilância Sanitária), técnico-sanitária das

¹ A Atenção Primária é o primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), que se caracteriza por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, visando a manutenção da saúde. Deve ser desenvolvida por equipe multiprofissional, de maneira a desenvolver responsabilidade sanitária sobre as diferentes comunidades adstritas aos territórios bem delimitados, devendo considerar suas características sócio-culturais e dinamicidades e, de maneira programada, organizar atividades voltadas ao cuidado longitudinal das famílias da comunidade (BRASIL, 2007).

doenças transmissíveis (Vigilância Epidemiológica) e de causa-efeito (Vigilância Ambiental), para que existam condições concretas de reorganização das equipes e seus respectivos saberes, de forma a construir um novo olhar e uma nova atuação em saúde (Campos, 2009).

Nesta perspectiva de vigilância à saúde, a Equipe de Saúde da Família (ESF) do PSF deve analisar as condições de vida de uma população adstrita, permitindo detectar a heterogeneidade existente no território, com a finalidade de diagnosticar, acompanhar, avaliar e propor medidas de intervenção, que representem os princípios e diretrizes do SUS e reduzam as desigualdades. Essas intervenções devem ser dirigidas ao indivíduo, grupos populacionais e ao ambiente, de modo a produzir impacto sobre os níveis de saúde (Cohen et al., 2004). Para o alcance dos objetivos propostos, deve buscar a integração com outros setores municipais, instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; constituindo-se, assim, um espaço de construção de cidadania (Brasil, 2006).

Como exemplo, pode-se citar a pesquisa de Neto et al. (2006), realizada no Rio de Janeiro, sobre o Programa tradicional de controle de dengue pela equipe do Programa de Saúde da Família, tendo sido constatado que as ações de controle da dengue, desenvolvidas no âmbito do PSF e do Programa de Controle de Vetores, tiveram efetividade semelhante. Sendo assim, pressupõe-se que a integração dos dois programas é viável e representa otimização de recursos ao evitar a duplicidade das visitas, isto é, onde atuam os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o controle de vetores pode atuar de forma complementar, além de possibilitar um maior envolvimento comunitário. Brasil (2007) esclarece que a divisão do trabalho entre os ACS e agentes de controle de dengue se processa da seguinte forma: os ACS, após as visitas domiciliares e identificação dos problemas, que não podem ser resolvidos por eles, devem transmitir ao agente de controle de dengue, que planejará conjuntamente as ações de saúde, caso a caso.

Ainda, conforme relatam Carneiro et al. (2005), a equipe de VISA pode priorizar suas atividades a partir das denúncias da comunidade, para uma ação no combate aos focos do mosquito da dengue, como lixo; cães de rua com suspeita de Leishmaniose; criação de animais em área urbana; dentre outras, gerando ações diárias de controle de vetores e reservatórios. Além do mais, os comerciantes de produtos alimentícios, que não aceitam as normas sanitárias; bem como a população em geral, podem ser conscientizados pelos profissionais de saúde, para um esclarecimento quanto ao valor da VISA para a preservação da saúde, substituindo-se a visão punitiva atribuída ao setor pela de promoção da saúde. Deste modo, conforme os exemplos, todos os setores possuem um perfil específico para os diversos fatores de risco ou danos sobre os quais podem atuar, podendo compartilhar informações

periodicamente com as ESF, de acordo com o território de atuação e o local de ocorrência do agravo.

Assim, para a integralidade do cuidado, fazem-se necessárias mudanças na organização do processo de trabalho em saúde, passando o PSF ser o principal local de desenvolvimento das ações de vigilância em saúde, saúde ambiental, com vistas ao enfrentamento dos principais determinantes do processo saúde-doença da comunidade, em conformidade com a promoção da saúde (Brasil, 2007).

De acordo com os princípios da Carta de Otawa, o conceito de promoção da saúde exige a ação coordenada de todos os setores, sendo estes, o governo, o setor sanitário, outras áreas sociais e econômicas, as organizações beneficentes, as autoridades locais, a indústria e os meios de comunicação (Carta de Otawa, 1986). Dobashi et al. (2005) comentam que essa citação mostra a necessária mudança de perspectiva na análise de saúde, ou seja, ampliação no conceito de saúde como qualidade de vida; além da necessidade da incorporação da intersetorialidade das políticas e ações e a participação das pessoas, como atores na definição dessas políticas.

Destarte, segundo Campos (2009), a construção da vigilância e promoção da saúde implica o envolvimento dos diversos setores, grupos sociais na discussão de “pautas positivas”; buscando-se, dessa maneira, novas relações sociais e modos de se conceber e organizar a sociedade, visando melhorar a qualidade de vida e as condições de saúde.

Posicionamento das unidades familiares quanto a realidade da saúde ambiental

Com o objetivo de verificar qual a percepção das famílias usuárias do PSF, sobre a realidade da saúde ambiental na perspectiva da APA, procurou-se investigar as seguintes categorias de análise: percepção dos usuários do PSF sobre meio ambiente e saúde ambiental; preservação do meio ambiente; presença de vetores de doenças nas residências; riscos associados ao meio ambiente, que poderiam refletir na saúde da família e da comunidade; as intervenções do PSF e outras instituições locais para solucionar os problemas ambientais vivenciados pela população; além da participação da comunidade na mobilização em defesa dos seus direitos e do meio ambiente.

Em relação à percepção dos usuários pesquisados sobre o termo meio ambiente, identificou-se que 31,1% dos entrevistados não souberam identificar palavras que poderiam representar conteúdos da categoria de análise; entretanto, o restante da população amostrada relatou, sobretudo, floresta, mato, árvore, planta, água, rios, natureza. Posteriormente, citaram lixo, ou seja; acúmulo de lixo, lixo nos ribeirões e rios, lixos nos quintais. E, com menor

frequência, apareceu poluição; higiene/lugar limpo; desmatamento; queimadas e saneamento básico.

Na categoria saúde ambiental, ressaltaram, especialmente, higiene/limpeza, falta de higiene dos ambientes; ar puro, ar limpo, ar seco; conservação de árvores, plantações; e, por fim, cuidados com a alimentação, sendo explanado, lavar bem os alimentos, lavar mãos antes das refeições; como também, limpeza urbana, cuidados com o lixo, não jogar lixos na natureza, e ribeirão sujo. Para 41,7% dos participantes foi difícil encontrar palavras que representasse a categoria saúde ambiental.

Na análise das percepções das unidades familiares, observou-se que estas possuem uma visão de meio ambiente que contempla a fauna e flora; embora se tenha percebido que um contingente expressivo possui uma percepção global de meio ambiente, em conformidade com a definição de Meio Ambiente proposta por Zanonni e Raynaut (1994), apud Noronha e Centa (2005, p.239), em um estudo sobre a “Compreensão das famílias de área de ocupação irregular sobre o meio ambiente e a saúde ambiental”, que foi: *“além da fauna e flora, incluíse as cidades e seres humanos como elementos que fazem parte do meio ambiente global, compreendendo que suas ações e atitudes podem minimizar ou maximizar os danos e agravos à eles causados”*.

Quanto a percepção de saúde ambiental, as famílias citaram condições ambientais, que podem exercer influência sobre a saúde, em coerência com a definição de Brasil (1999), que traduz saúde ambiental como: *“Saúde Ambiental é o campo de atuação da saúde pública que se ocupa das formas de vida, das substâncias e das condições em torno do ser humano, que podem exercer alguma influência sobre a sua saúde e o seu bem-estar”*.

Segundo a OPAS (1999), cada vez mais, pessoas começam a assumir uma maior preocupação pelo meio ambiente, independentemente de sua condição socioeconômica, idade ou qualificação, fazendo com que o tema ambiental, tão difuso, longínquo e complexo de ser entendido pela maioria das pessoas, esteja adquirindo uma dimensão mais próxima e apropriada, ao associar a qualidade de vida com as condições ambientais. Em face à essa realidade, há necessidade de se construir uma institucionalidade ambiental capaz de compreender as demandas ambientais locais, com o objetivo de enfrentar os problemas, que são gerados no bairro ou no município e que são percebidos pelos habitantes como uma deterioração de sua qualidade de vida.

No que diz respeito à percepção dos usuários sobre a preservação do meio ambiente no município estudado (Figura 1), constatou-se que para 35,9% da amostra considerava a preservação como razoável, 33% percebiam como boa, enquanto 14,6% visualizava como ruim.

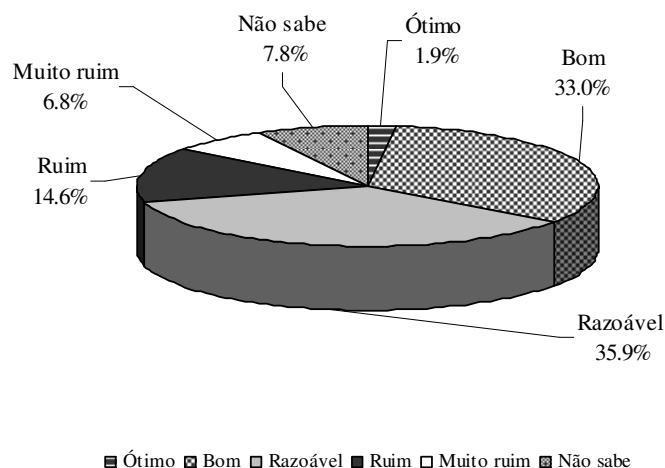


Figura 1. Percepção dos usuários sobre a preservação do meio ambiente, Teixeira/MG, 2008.

Os entrevistados que consideravam a preservação do meio ambiente razoável, ruim e muito ruim, explanaram opiniões acerca das melhorias na preservação do meio ambiente, no município de Teixeira/MG, considerando primeiramente, a questão do lixo, citando: lixos na rua; lixo no lixo; tambores cheios de lixo juntando moscas; cachorros espalham lixos dos tambores; a necessidade de maior quantidade de tambores para colocar lixos na cidade; caminhão de lixo não passa sempre; lixo é colocado em terreno baldio e estrada da zona rural; não existe reciclagem e coleta seletiva de lixo. Depois foi mencionado o tema das queimadas, sendo mencionado o problema de muita fumaça; presença de desmatamento, sendo preciso plantar mais árvores, ter mais cuidado com as plantas, e construir uma área verde para lazer; além de proteção das nascentes, para aumento da quantidade de água. Finalmente, tratamento/limpeza do ribeirão, que está cheio de mato e lixos; canalização do córrego; saneamento para sítiantes e consciência da população para ajudar na preservação.

Quanto aos vetores de doenças nas residências, foi mencionada a presença de insetos, roedores, dentre outros, citados por 57,3% dos entrevistados, que informaram ser comum, a presença de ratos nos domicílios, tendo como causas de infestação córregos e brejos próximos as residências, paiol, porão, mato, casa velha, ração de pintinho ou de cachorro, além de lixos em quintal vizinho. Em seguida, se referiram às baratas, aranhas e pulgas. A presença de baratas se deve ao fato das casas se apresentarem velhas, possuírem lenhas nos quintais e, ainda, sua procedência do ribeirão, encanamento, rua e mato. Quanto às aranhas, informaram que a origem das mesmas é da rua, mato, casa e telhado velho. E, as pulgas, devido o convívio com cachorro na residência. Diante destes dados, considera-se que as famílias necessitam ser

vigilantes e terem cuidados higiênicos expressivos para combater insetos e roedores, visto que a presença destes animais nos domicílios pode acarretar problemas de saúde.

Com relação aos problemas/riscos associados ao meio ambiente, que podem refletir na saúde da família e da comunidade, 12,6% dos entrevistados alegaram não existir, enquanto 13,6% não souberam dizer. No entanto, o restante da amostra, 73,8% das famílias mencionaram a questão do lixo (lixos perto das casas, lixos que acumulam água, lixos espalhados por cachorros nas ruas, lixos nos brejos e ribeirões, latões de lixos cheios acarretando mau cheiro e presença de insetos, lotes vazios sujos com lixos, lixo hospitalar). Após a temática do lixo, foi discorrida a questão do córrego a céu aberto, de onde sai cobra, ratos; a presença de lixos e matos no córrego; a falta de cuidados com o ribeirão, pois jogam animais mortos na água; a necessidade de canalizar o ribeirão e fazer canalização de esgoto para famílias que possuem fossa. Com uma menor frequência, ainda revelaram ar muito seco e altas temperaturas, devido a falta de matas e fumaça das queimadas; poluição do ar; falta de limpeza nas residências e quintais, além da criação de galinhas, porcos e cabritos.

Na análise das respostas, muitos dos riscos ambientais explanados se referem ao saneamento, que, entre as atividades de saúde pública, é um dos mais importantes meios de prevenção de doenças (Mota, 1988). A Vigilância da Saúde refere-se à prevenção dos riscos de adoecimento, cujas análises estão voltadas para o entendimento do risco, segundo os grupos sociais imersos em seu território (Campos, 2009). De acordo com Brasil (2002, p.06), grande parte dos problemas sanitários, que afetam a população mundial, está intrinsecamente relacionada com o meio ambiente. Para uma melhor compreensão da importância do saneamento, há que se salientar o conceito de Saneamento ou Saneamento Ambiental, sendo este, definido como:

“o conjunto de ações socioeconômicas que têm como objetivo alcançar níveis crescentes de salubridade ambiental, por intermédio de: abastecimento de água potável; coleta e disposição sanitária de resíduos líquidos, sólidos e gasosos; promoção da disciplina sanitária do uso e ocupação do solo; drenagem; controle de vetores e reservatórios de doenças transmissíveis, melhorias sanitárias domiciliares, educação sanitária e ambiental e demais serviços especializados com a finalidade de proteger e melhorar a condição de vida, tanto nos centros urbanos quanto nas comunidades rurais” (Brasil, 2002, p.06).

A definição anteriormente referida está em consonância com os princípios da Atenção Primária Ambiental (APA), uma vez que a APA coloca que o espaço local, tanto urbano como rural, constitui-se em um âmbito privilegiado para desenvolver esforços sistemáticos, visando a solução dos problemas e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. É necessário, então, construir um nível primário ambiental, que assuma o desenvolvimento de um conjunto de

ações destinadas à promoção, prevenção e proteção do meio ambiente no nível local (OPAS, 1999).

Os problemas ambientais, decorrentes do crescimento populacional e do crescimento industrial, exigem soluções para o saneamento. O lixo constitui-se na principal via de transmissão de doenças, representando um componente que não pode ser desprezado no estudo da estrutura epidemiológica de vários agravos à saúde. Contudo, a sua influência se faz sentir principalmente por vias indiretas; ou seja, o lixo propicia condições que facilitam, ou mesmo, possibilitam a ação de múltiplos fatores, com repercussões negativas à saúde e bem-estar da comunidade. O lixo favorece a proliferação de insetos e roedores, responsáveis pela transmissão de inúmeras doenças. O controle destes animais está associado à higiene do ambiente, destacando-se o acondicionamento, coleta e destino final. Ainda, ocasiona a poluição do meio ambiente, como do solo e águas superficiais e subterrâneas, podendo poluir a água a partir do solo, por meio do lançamento direto nos recursos hídricos; como também interferem na qualidade do ar, a partir da queima não controlada do lixo; bem como provocar poluição visual, resultante do aspecto antiestético dos resíduos, quando dispostos inadequadamente (Mota, 1988).

De acordo com o mesmo autor, o depósito de lixo a céu aberto, como no caso do município de Teixeira/MG, onde todo lixo recolhido na cidade é depositado em um lixão, é uma forma de destinação final não recomendada, não-sanitária, devido aos diversos inconvenientes, tais como: o aspecto antiestético, o favorecimento à prática de catação de materiais no lixo, a produção de maus odores e a proliferação de insetos e roedores.

Outro aspecto a ser ressaltado diz respeito à qualidade da água. Atualmente, tem sido largamente reconhecido e difundido, através de vários estudos, a importância da água destinada para consumo humano, como veículo de transmissão de doenças. A escassez desse recurso e a deterioração das águas de mananciais é uma preocupação crescente da humanidade, pois a sua qualidade tem sido comprometida pelo lançamento de efluentes e resíduos, como foi constatado no presente estudo. Para se obter uma água de qualidade para consumo precisa-se de uma articulação entre os programas no contexto da vigilância em saúde, por meio de mecanismos que possibilitem o trabalho conjunto entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, com as políticas e ações dos órgãos ambientais, de saneamento e gestores de recursos hídricos, visando à proteção de mananciais de abastecimento e sua bacia contribuinte (Brasil, 2005).

Neste âmbito, foi constatada uma preocupação dos entrevistados com a poluição dos córregos, por meio de esgoto, lixos e outros detritos, como animais mortos; assim como a inexistência de sua limpeza, observada pela presença de muito mato e acúmulo de dejetos.

Mota (1988) esclarece que a contaminação dos recursos hídricos é, normalmente, devida à presença de microorganismos patogênicos; bem como à poluição por matéria orgânica em excesso ou produtos químicos nocivos. As principais fontes de poluição da água são, geralmente, os lançamentos de esgotos domésticos ou industriais; infiltração de esgoto no solo, até alcançar a água subterrânea, através de sistema de fossa-sumidouro; depósito de lixo e outros detritos ou de lançamento de resíduos líquidos no solo, que ocasionam carreamento de produtos químicos.

De acordo com o mesmo autor, a poluição pode ser entendida como qualquer alteração em um meio, de modo a torná-lo prejudicial ao homem ou às outras formas de vida que este meio normalmente abriga. Assim, a poluição do ar, causada por queima de lixo, atividades industriais e veículos automotores, resulta em prejuízos à saúde humana, com incidência de doenças respiratórias, irritação nos olhos e pulmões, podendo causar até a morte. Também prejudica aos animais, vegetais e leva à deterioração de materiais em geral.

Ainda, dentro dessa discussão, a degradação ambiental, como é o caso dos desmatamentos e queimadas das vegetações, tem auxiliado no surgimento de novas doenças, como febre amarela, malária, febre maculosa, dengue, dentre outras. A colonização de um patógeno é favorecida em regiões de baixa diversidade biológica, onde o transmissor encontra menos competição com espécies nativas. Os *habitats* alterados pelas atividades humanas são mais vulneráveis, pois eliminam-se os predadores e competidores e criam-se oportunidades para novas espécies se instalem e disseminarem (Pignatti, 2004).

Nesse contexto, conforme coloca a OPAS (1999), será requerida uma institucionalização que permita fazer frente aos problemas ambientais no nível local, de acordo com a capacidade tecnológica e normativa e com a disponibilidade de recursos humanos. Seu âmbito de ação corresponderá àquelas medidas de proteção ou recuperação ambiental, que são complexas, as denominadas ações ambientais primárias.

Outro fato investigado na pesquisa foi a atuação do PSF e/ou outra instituição para solucionar ou atenuar os problemas/riscos ambientais vividos pela comunidade. Para apenas 26,2% dos usuários do PSF, alguma instituição procurou resolver os problemas ambientais locais; sendo constatado, principalmente, o desempenho da FUNASA. Com uma frequência muito baixa se referiram ao PSF, que instruem sobre o cuidado com o lixo e caixa d'água; além da Prefeitura, que corta o mato em alguns pontos do ribeirão e faz a coleta de lixo na cidade; bem como a COPASA, que distribuiu folders explicativos sobre os cuidados que possuem com a água e sua parceria na construção das fossas em área rural.

Dentre os que admitiram que nada é feito pelas instituições locais para amenizar os riscos ambientais existentes, 13,6% alegaram não saber o porquê; enquanto, 60,2% disseram

não saber a quem recorrer, além do fato de que a população não questiona e não reclama; a prefeitura não tem interesse, sendo que poderia encanar o esgoto, limpar os ribeirões, recolher lixos na zona rural; o setor de Meio Ambiente não atua, faz pouco caso das pessoas de baixa renda e não se preocupa com a saúde da população. Também comentaram que os agentes da FUNASA fazem alguma coisa, mas não tomam atitudes mais enérgicas, considerando que deveriam aplicar multas para quem joga lixo na rua; ainda, mencionaram que o pessoal do PSF não sabe que é área deles, que os ACS não têm informação sobre meio ambiente e falta esforço por parte do PSF.

Apenas 1/4 dos entrevistados consideram que a FUNASA, PSF e COPASA intencionaram resolver alguns problemas/riscos ambientais que existem no município; entretanto, o restante dos respondentes assumiu que as instituições nada fazem para atenuar as situações existentes. Explanaram também que a população não questiona; que existe falta de interesse da prefeitura e outros setores, como FUNASA e PSF. Tem-se, assim, que a população ainda não despertou interesse na participação de atividades coletivas para a mobilização em defesa dos direitos e proteção/recuperação do meio ambiente, ou seja, ainda não desempenham seu papel como cidadãos.

Neste ponto, os esforços conjuntos da equipe do PSF e demais setores da Secretaria de Saúde e, principalmente, a vontade política do prefeito se configuram como possíveis desencadeadores para o alcance da intersetorialidade, na busca de uma discussão a respeito da ação integrada. Segundo Dobashi et al. (2005), alavancada pelo setor saúde, todos os secretários municipais e demais setores do município deveriam integrar políticas públicas, conforme previsto nos princípios de promoção da saúde. Para Capra (2004), há soluções para os principais problemas de nosso tempo, algumas delas até mesmo simples, mas requerem uma mudança radical em nossas percepções, no nosso pensamento e nos nossos valores. Entretanto, o reconhecimento de que é necessária uma profunda mudança de percepção e de pensamento para garantir a nossa sobrevivência ainda não despontou na maioria dos nossos líderes políticos e sociedade civil.

Quando se perguntou aos entrevistados quais melhorias o PSF poderia fazer no seu serviço em relação à saúde ambiental, 7% responderam que era responsabilidade da prefeitura, 2% que era responsabilidade de outros setores e 42% não souberam responder. A alta percentagem de usuários que não souberam responder é explicada pela falta de conhecimento dos mesmos sobre a lógica de funcionamento do PSF. Os usuários percebem o programa como uma política assistencialista de saúde, e não como um programa que tem como objetivo a prevenção e promoção da saúde, onde os determinantes ambientais devem ser incluídos nas intervenções. Contudo, 49% fizeram referência acerca das orientações às

peças sobre vários aspectos de saúde ambiental, tais como: lotes sujos; sujidades e ferros velhos em volta das casas; riscos da não preservação do meio ambiente; destino do lixo e tratamento de água; aspectos de higiene; além de palestras que abordassem outros assuntos, além de diabetes e hipertensão. Comentaram, também, sobre a ajuda no controle da dengue; fiscalizações de cachorros na rua e cobrança da população no cuidado com lixo; um trabalho em equipe junto com a prefeitura para solucionar os problemas relativos ao meio ambiente.

Em relação às melhorias dos serviços prestados pelo PSF quanto a saúde ambiental, foi mencionado principalmente a necessidade de orientações à população sobre vários assuntos associados com a saúde ambiental; além da precisão de um trabalho em equipe para solucionar os problemas ambientais locais. Neste âmbito, visualiza-se a necessidade da educação em saúde e educação ambiental.

Educar configura-se no fortalecimento da autonomia do educando e não sua dependência, capacitando-o para a tomada de decisões e o exercício do controle da própria vida. Deste modo, indivíduos, famílias e coletividade, sensibilizados, capacitados e fortalecidos para o enfrentamento dessas questões, podem obter condições para identificar, conhecer, analisar e avaliar os motivos de ocorrência dos problemas que afetam a saúde. Tomam consciência da realidade e participam das decisões para modificá-la, reconhecendo seu papel transformador e criador, colaborando de forma efetiva na solução e/ou encaminhamentos de problemas. A Educação apresenta-se como um processo de formação dinâmico, transformador, abrangente, permanente e participativo, onde as pessoas envolvidas passem a ser agentes transformadores, participando ativamente tanto do diagnóstico dos problemas, do planejamento, da execução, do monitoramento e avaliação das ações, visando a busca de alternativas e a implantação de soluções, tal como idealizado na Promoção da Saúde (Moises, 2007; Besen, 2007).

Conforme a Lei nº 9795, art. 1º de 27/4/1999, citado por Noronha e Centa (2005, p.241) a Educação Ambiental é entendida como: *“os processos por meio dos quais o indivíduo e a coletividade constroem valores sociais, conhecimentos, habilidades, atitudes e competências voltadas para a conservação do meio ambiente, bem de uso comum do povo, essencial à sadia qualidade de vida e sua sustentabilidade”*. Complementando, essa definição, relatada no Capítulo 36 da Agenda 21, a educação ambiental é vista como um processo que busca desenvolver uma população que seja consciente e preocupada com o meio ambiente e com os problemas que lhe são associados (Moises, 2007).

A educação em saúde e educação ambiental são elementos facilitadores no controle social, por ser uma forma de participação e mobilização. Ou seja, a participação pode ser

utilizada como um instrumento de gestão social e gerência comunitária; como ressaltam Demo (1993) e Besen (2007), é algo que se aprende e se aperfeiçoa.

Conforme descrito nos princípios norteadores do PSF, as estratégias de Promoção da Saúde apóiam-se na democratização das informações e num trabalho conjunto de toda a sociedade (população, governo, instituições privadas, escolas, etc), para que os problemas sejam superados. Essas estratégias envolvem a descentralização do poder, ações multidisciplinares e intersetoriais; além da participação da população, não só na elaboração de políticas públicas favoráveis, como também nos processos de decisão. Essa participação fundamenta-se no exercício da cidadania tendo, como elemento essencial o empoderamento da população, ou seja, um processo de capacitação que habilite a população a exercer o controle de seu destino, promovendo a melhoria das suas condições de vida e saúde (Bydlowski et al., 2004).

Assim, a perspectiva da Atenção Primária Ambiental focaliza a promoção da saúde ambiental, com um enfoque holístico ao nível local, desenvolvendo uma estratégia de participação da sociedade civil e das organizações locais através do conhecimento, identificação e solução dos problemas ambientais primários, que atingem à saúde, limitando a qualidade de vida e o desenvolvimento sustentável (OPAS, 1999).

Nesse sentido, fica claro a importância da APA como uma estratégia a ser incorporada às ações da saúde em nível local, como é o caso do PSF. Há a necessidade de um maior comprometimento das autoridades competentes e da sociedade na melhoria das condições ambientais, visando a qualidade de vida dos cidadãos; direcionando, assim, os caminhos para a construção de um desenvolvimento humano sustentável. Ou seja, a implantação e consolidação da saúde ambiental no âmbito do PSF são essenciais para a promoção de ambientes saudáveis.

CONCLUSÕES

A partir dos resultados apresentados pôde-se concluir que a saúde ambiental não se encontra na pauta das atividades do PSF; além do mais, os demais setores da prefeitura municipal e instituições responsáveis pela discussão e fiscalização dos problemas ambientais, determinantes do processo saúde-doença da população, não estão articulados para a solução dos problemas ambientais locais.

Os usuários do PSF, apesar de não terem uma participação ativa em defesa dos seus direitos e proteção do meio ambiente, possuem uma visão dos riscos/problemas ambientais

que, podem refletir na saúde da família e comunidade. Foi intensamente mencionada pelos usuários a questão do lixo, a falta de cuidados com o córrego a céu aberto, queimadas, poluição do ar e desmatamentos; indicando que os riscos ambientais percebidos pela população se referem aos problemas de preservação do meio ambiente a serem solucionados no município estudado. Além disso, ressaltaram sobre a presença de vetores de doenças, reconhecendo a existência nos domicílios de ratos, barata, aranhas e pulgas, cuja principal causa está associada ao fato das residências se localizarem próximas ao ribeirão, se apresentarem na condição de velhas, além da presença de matos no ambiente peridomiciliar.

Reconhece-se, assim, que o enfrentamento dos problemas de saúde de uma família pelo PSF não deve se restringir apenas à detecção, mensuração e controle das situações de risco para orientar as políticas públicas; mas, principalmente, prover de informações à população da área de abrangência de uma USF, para que esta crie consciência crítica sobre a sua realidade, tornando-se sujeito das políticas.

Tal conscientização e participação exigem que o PSF e demais setores da área de saúde, como aqueles que buscam a identificação e o controle de riscos ambientais, atuem de forma integrada. Entretanto, a realidade concreta mostra que as equipes atuam conforme as especificidades do seu setor, sem uma visão abrangente e uma ação integral sobre os problemas que afetam as comunidades; impossibilitando, dessa maneira, a promoção da qualidade de vida da população e, portanto, um desenvolvimento mais sustentável no âmbito social, econômico e ambiental.

Assim, considerando que a Estratégia de Saúde da Família leva em conta a necessidade de adequar as ações e serviços à realidade da população em cada unidade territorial, a perspectiva da Atenção Primária Ambiental (APA) representa a política de saúde capaz de buscar respostas efetivas, com a intersetorialidade, para a resolução dos problemas de saúde ambiental da população. Portanto, para que isso seja possível, as ações programáticas necessitam ser repensadas no sentido de desenvolver atividades que reduzam, simultaneamente, os múltiplos fatores relacionados ao processo saúde-doença. Nesse sentido, as comunidades deverão ser orientadas e providas de meios para melhorar as condições ambientais e a reduzir os riscos de transmissão de doenças. Nesse processo de promoção da consciência sanitária é fundamental a educação para a saúde e saúde ambiental, principalmente sobre cuidados com o lixo domiciliar, sobre importância do cuidado com os mananciais e preservação dos recursos hídricos para a qualidade da água, sobre saneamento, condições de moradia e preservação do meio ambiente. Além disso, a participação, mobilização e controle social devem ser priorizados, não somente para a definição de

prioridades, segundo processos sociais vividos localmente, mas também para o controle das ações.

Conclui-se que a implantação da APA possibilitaria o incremento de três processos fundamentais que se inter cruzam, indo desde o subsídio à tomada de decisões pelo gestor municipal; melhoria da qualidade da prestação de serviços de saúde nos diversos níveis; além da democratização do saber, com vistas a consciência sanitária e o controle social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA TEIXEIRAS, **Plano de gestão**. Centro Brasileiro para Conservação da Natureza e Desenvolvimento Sustentável (CBCN), 2006.

BRASIL **Caderno de Atenção Básica nº21**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Política nacional de saúde ambiental para o setor saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Programa Saneamento Básico / Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Secretaria de Assistência a Saúde / DAB – DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**. Secretaria de Vigilância em Saúde / DAB – DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BESEN, C. B.; NETTO, M. S., DA ROS, M. A.; SILVA, F. W. da; SILVA, C. G. da; PIRES, M. F. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p.57-68, jan./abr., 2007.

BYDLOWISKI, R.C.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde e sociedade**, vol.13, n.1, p.14-24, 2004.

CAMPOS, C. E. A. Vigilância da Saúde no Espaço de Práticas do PSF. **Texto Didático**. Disponível em: <<http://www.apmfc.org.br>>. Acesso em: 20 jan. 2009.

CAPRA, F. Ecologia Profunda – Um Novo Paradigma. In: CAPRA, F. **A Teia da Vida**. Uma Nova Compreensão Científica dos Seres Vivos. São Paulo: Editora Cultrix, 9ª ed., 2004.

CARNEIRO, A. O.; COSTA, I.; POSSÍDIO, L. M. A.; CAMPOS, M. E. L.; SILVA, T. P. C. A Vigilância à Saúde como Proposta de Modelo Assistencial que Reorientou as Ações da Saúde no Município de Juazeiro-BA, 2001-2004. **Divulgação em Saúde para Debate**, n.32, p.46-52, fev., 2005.

CARNEIRO, F. F.; OLIVEIRA, M. L. C.; BONINI, E. M.; NETTO, G. F.; CANCIO, J. **Relatório Final Simpósio Internacional sobre a Construção de Indicadores para a Gestão Integrada em Saúde Ambiental**. Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

CARTA de Ottawa. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, novembro, 1986.

COHEN, S. C.; CYNAMON, S. E.; KLIGERMAN, D. C.; ASSUMPCÃO, R. F. Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.9, n.3, p.807-813, 2004.

DEMO, P. **Participação é conquista**. São Paulo: Cortez, 1993.

DOBASHI, B. F.; GONÇALVES, C. M.; BARROS, E. O. M.; CABRAL, E. R. M. “Viva seu Bairro”: em Campo Grande/MS a Promoção da Saúde Percorre os Caminhos da Intersetorialidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, n.32, p.28-35, maio, 2005.

FEUERWERKER, L.; COSTA, H. Intersetorialidade na Rede Unida. **Divulgação em Saúde para Debate**, n.22, p.25-35, 2000.

IBGE. 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>> [IBGE Cidades]. Acesso em: 03 dez. 2008.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2ª ed., 2006.

MOISÉS, M.; KLIGERMAN D. C.; COHEN, S. C. A política federal de saneamento básico e as iniciativas de participação, mobilização, controle social, educação em saúde e ambiental nos programas governamentais de saneamento. **Ciência e Saúde Coletiva**. (Aceita para publicação). Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/>>. Acesso em: 05 nov. 2008.

MOTA, S. Saneamento. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora MEDSI, 3ª ed., 1988.

NETO, F. C.; BARBOSA, A. A. C.; CESARINO, M B.; FAVARO, E. A.; MONDINI A.; FERRAZ, A. A.; DIBO, M R.; VICENTINI, M. E. Controle da dengue em uma área urbana do Brasil: avaliação do impacto do Programa Saúde da Família com relação ao programa tradicional de controle. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p. 987-997, maio, 2006.

NETTO, G. F.; CARNEIRO, F. F. Vigilância Ambiental em Saúde no Brasil. **Ciência & Ambiente**, v.25, p.47-58, jul./dez., 2002.

NORONHA, M. G. R. C.; CENTA, M. L. Compreensão das Famílias de Áreas de Ocupação Irregular sobre o Meio Ambiente e a Saúde Ambiental. **Família, Saúde, Desenvolvimento**, v.7, n.3, p.238-249, set./dez., 2005.

OLIVEIRA, A. K. P. de; BORGES, D. F. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. **Revista de Administração Pública-RAP**, Rio de Janeiro, v.42, n.2, p.369-389, mar./abr., 2008.

OPAS. **Atenção Primária Ambiental (APA)**. Washington, D.C: Divisão de Saúde e Ambiente, 1999.

OPAS. **Guias Metodológicos para iniciativa de vivienda saludable**, 2000. Disponível em: <<http://www.cepis.ops-oms.org>>. Acesso em: 15 jan. 2009.

PIGNATTI, M. G. Saúde e Ambiente: As Doenças Emergentes no Brasil. **Ambiente & Sociedade**, v.7, n.1, p.133-144, jan./jun., 2004.

RIBEIRO, H. Saúde Pública e Meio Ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. **Saúde e Sociedade**, v.13, n. 1, p. 70-80, jan./abr., 2004.

VISA - **Plano de Ação em Vigilância Sanitária**, Município de Teixeira – MG, 2008.

ZANONNI, M.; RAYNAUT, C. Sociedade, Desenvolvimento, Meio ambiente. **Cadernos de desenvolvimento e meio ambiente**, n.1, Curitiba, UFPR, 1994.

CAPÍTULO 3 – ARTIGO ORIGINAL

PERFIL SOCIOSSANITÁRIO E DEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, TEIXEIRAS/MG

PERFIL SOCIOSSANITÁRIO E DEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, TEIXEIRAS/MG.

Social sanitary and demographic profile of Users of the Family Health Program, Teixeira/MG

Verônica Amorim Silva

Mestre em Economia Doméstica pela Universidade Federal de Viçosa, Viçosa-MG.

Maria das Dores Saraiva de Loreto

Prof^a. do Departamento de Economia Doméstica, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa-MG.

Rosângela Minardi Mitre Cotta

Prof^a. do Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa-MG.

Amélia Carla Sobrinho Bifano

Prof^a. do Departamento de Economia Doméstica, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa-MG.

Alice Mariana da Fonseca Moreira

Graduanda em Enfermagem, Universidade de Viçosa, Viçosa-MG.

RESUMO

Pressupõe-se que o conhecimento do perfil e das condições de vida das famílias seja essencial para que o PSF possa planejar as ações e promover a saúde. Assim, procurou-se traçar o perfil socio sanitário e demográfico das famílias atendidas pelo PSF de Teixeira/MG; bem como identificar os principais fatores que podem contribuir para o surgimento de doenças. O estudo descritivo-exploratório teve como técnicas para a coleta dos dados, entrevistas semi-estruturadas aos usuários, conjugadas com observação das condições dos domicílios. Os resultados demonstraram a predominância do segmento feminino adulto, de baixa escolaridade e limitada renda “per capita”. Destaca-se a desigualdade sócio-econômica e de acesso aos serviços de saneamento básico entre as famílias, como abastecimento público de água, destino de esgoto e coleta pública de lixo. Em função dessa realidade de precariedade e insuficiências, percebe-se a necessidade de que gestores contemplem a interferência que as áreas prioritárias de política social, econômica e ambiental têm sobre a saúde das famílias; vista como objeto fundamental de atenção e como instrumento para detectar os fatores determinantes do processo saúde-doença. Pode-se concluir sobre a necessidade de um trabalho conjunto, direcionando a estratégia do PSF para vigilância e educação em saúde.

Palavras chaves: Programa Saúde da Família, Caracterização socio sanitária e demográfica dos usuários, Determinantes do processo saúde-doença.

ABSTRACT

It is assumed that knowledge of the profile and living conditions of families are essential for Family Health Program (PSF) can plan actions and promote health. Thus, it was looked to delineate the demographic and social sanitary profile of the families served by the PSF of Teixeiras / MG; as well to identify key factors that may contribute to the emergence of diseases. The study descriptive-exploratory had as techniques for data collection, semi-structured interviews to users, conjugated with observation of the conditions of households. The results demonstrated the predominance of adult female segment, with low education and limited "per capita" income. It is distinguished differences socio-economic and inequality access to basic sanitation services between the families, such as public water supply, destination of sewer and public collection of garbage. In function of this reality of precariousness and insufficiencies, it is perceived the necessity of that managers contemplate the interference that the priority areas of social policy, economic and environmental have on the health of families, sight as basic object of attention and as instrument to detect the determinative factors of the health-illness process. It can be concluded on the need for joint work, directed the strategy of the PSF for surveillance and health education.

Keywords: Family Health Program, Characterization social sanitary and demographic of users, Determinants of health-illness process.

INTRODUÇÃO

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, e o acesso aos bens e serviços essenciais, conforme estabelecido legalmente por meio da Lei 8.080/90¹.

Numa sociedade como a brasileira, composta por distintas classes, coexistem profundas desigualdades, gerando diferenciados níveis de vida e de saúde na população, levando a que a distribuição dos agravos à saúde guarde uma relação com a qualidade de vida dos distintos grupos sociais. Portanto, é necessário o conhecimento sobre as condições de vida

da população, identificação e localização dos riscos a que está submetida, de modo a orientar o planejamento das ações a serem desenvolvidas. O caráter dessas ações deve superar a intervenção sobre as doenças já instaladas, estruturando mecanismos de intervenção voltados para a promoção, prevenção da saúde, além das ações de cura e reabilitação².

A promoção da saúde, nas últimas décadas, vem sendo discutida como uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e o ambiente onde se insere³. De acordo com a I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, 1986, uma boa saúde é o melhor recurso para o progresso pessoal, econômico e social; além de ser uma dimensão importante da qualidade de vida. Os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, de meio ambiente, de conduta e biológicos podem intervir a favor ou contra a saúde. O objetivo da ação pela saúde é fazer com que essas condições sejam favoráveis para se poder promover a saúde⁴.

As propostas de promoção da saúde apresentadas em Ottawa descreveu a saúde como elemento importante no conjunto de condições indispensáveis à qualidade de vida. Desse modo, entendida como um estado de completo de bem-estar físico, mental e social, o conceito de saúde supera o caráter estático, exclusivamente sanitário e de ausência de enfermidades, que não considerava a amplitude de aspectos que a saúde representa. As estratégias de promoção da saúde devem considerar os estilos de vida e as condições sociais, econômicas e ambientais determinantes da saúde e, de forma mais ampla, a qualidade de vida⁵.

Nessa perspectiva surgiu o Programa de Saúde da Família (PSF), onde o indivíduo deixaria de ser visto de forma fragmentada, isolado do seu contexto familiar, social e de seus valores; buscando o desenvolvimento de novas ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas⁶.

O PSF, implantado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, centrado na atenção básica à saúde e com enfoque na família, surge como um modelo que tem como princípios a universalidade, integralidade e participação da comunidade. Este modelo objetiva reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, individualista, curativista, hospitalar, ou seja, buscou dar um salto qualitativo de um modelo procedimento-centrado para um modelo usuário-centrado⁷.

Segundo o Ministério da Saúde⁶, o PSF incorpora e reafirma os princípios do Sistema de Saúde Brasileiro – Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípios básicos trabalhar em equipe multiprofissional, com território definido e adscrição da clientela, além de realizar vigilância à saúde. O PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua.

Assim, o resgate da família às práticas de saúde transfere hoje essa busca tecnológica e científica ao conteúdo intelectual, cultural, emocional e social, que, por tempo considerável, não se mostrava com tanta evidência no cenário das políticas públicas⁸. O espaço da família e da comunidade ocupava papel secundário na dinâmica política de transformação da sociedade; entretanto, após vários estudos e ocorrência de movimentos sociais, as questões relativas à família foram ganhando espaço nos debates políticos. A família é considerada atualmente a célula principal da sociedade, não podendo ser vista de forma isolada da vida social e comunitária, uma vez que ambas se inserem na dinâmica política e econômica da sociedade como um todo⁹.

O PSF propõe atuação direta à família, o que é obtido através de um bom desempenho junto à comunidade, na identificação de problemas de saúde, na caracterização de cada unidade familiar, dentro de sua complexidade. O planejamento estratégico estará diretamente ligado ao nível de conhecimento destes clientes; propiciando, assim, a intensificação de vínculo na relação e o resgate à cidadania, na conquista conjunta do equilíbrio e na manutenção da saúde⁸.

Neste contexto, dentro da perspectiva de promoção da saúde, vem sendo constatado o papel principal dos determinantes das condições de saúde das populações, como educação, classe social, renda, saneamento, condições da habitação e do meio ambiente. Dessa maneira, reconhece-se a necessidade de um maior conhecimento por parte do PSF acerca do seu território de abrangência e de sua população, para identificar, descrever e explicar os problemas locais, visando atuar sobre estes mediante um conjunto articulado de operações organizadas intersetorialmente que verdadeiramente reduzam as iniquidades.

Diante desse contexto, este trabalho tem como objetivo traçar o perfil socio-sanitário e demográfico das famílias atendidas pelo PSF do município de Teixeiras/MG, além de identificar os principais fatores que poderiam contribuir para o surgimento de doenças nesta comunidade e, conseqüentemente, precarização de sua qualidade de vida.

METODOLOGIA

Local de Estudo e Unidade Empírica de Análise

O estudo foi realizado no município de Teixeiras/MG, que pertence à microrregião de Viçosa/MG e à mesorregião da Zona da Mata mineira. Segundo o censo demográfico realizado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹⁰, o Município conta

com uma população total de 11.665 habitantes, sendo 62,4% residentes na zona urbana e 37,6% na zona rural.

Segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹¹, as principais atividades econômicas do município são: agricultura, pecuária, silvicultura e exploração florestal; ou seja, sua economia é essencialmente a agropecuária. No período de 1991-2000, o IDH de Teixeira cresceu 17,11%, passando de 0,608 para 0,712. Neste período o hiato de desenvolvimento humano (a distância entre o IDH do município e o limite máximo do IDH, que é igual a 1), foi reduzido em 26,5%. A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a Educação, com 42,4%, seguida pela longevidade, com 30,5% e pela Renda, com 27%¹².

O PSF de Teixeira possuiu quatro equipes de saúde da família (ESF), que se dividem em quatro unidades básicas de saúde (UBS). A realização da pesquisa no município de Teixeira, justifica-se pelo fato do PSF cobrir 100% da população e por contar com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde e equipes do PSF.

De acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)¹³, o número de famílias cadastradas no PSF é de 3.409, totalizando 11.337 pessoas, sendo que estas se dividem em 5.529 pessoas do sexo masculino e 5.808 do sexo feminino. Em relação à faixa etária, estas pessoas estão distribuídas na faixa de jovens, do nascimento até os 19 anos (3.323); adultos, que abrange as idades de 20 até 59 anos (6.263); e as pessoas que se enquadram na faixa etária de idosos, 60 anos em diante, que totalizam 1.751 pessoas.

Forma de Coleta e Análise dos Dados

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de abordagem quanti-qualitativa, no qual foram utilizadas para a coleta de dados entrevistas semi-estruturadas conjugadas com observação *in loco*, realizadas em visitas domiciliares, que aconteceram entre os meses de agosto a novembro de 2008. Para a obtenção das informações escolheu-se um membro adulto que estivesse na residência no momento da entrevista. Foi criado um formulário específico para o estudo, em que as variáveis investigadas foram: sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, tipo de ocupação, rendimento de cada membro da família, a estrutura familiar e seu *habitat*. Além da aplicação da entrevista, procurou-se observar a realidade do *habitat* familiar, fazendo anotações em campo sobre as condições de higiene e salubridade dos domicílios visitados, visando identificar os riscos do ambiente em relação à saúde.

Para retratar as condições observadas foram utilizados os termos “higiene precária” e “residência insalubre”; sendo que, higiene precária, está relacionada aos domicílios que

apresentavam aspecto de sujo, desorganizado; a cozinha suja e desorganizada; roupas espalhadas pela casa; as pessoas com aspecto sujo; animais transitando pelo domicílio, como gato e porco. E, como residência insalubre, aos domicílios que não possuíam reboco na parede ou estava precário; a cobertura era de telha de amianto ou de cerâmica com o forro em condições precárias; o piso de cimento ou de terra batida; e a pintura inexistente ou precária.

O processo amostral obedeceu a diferentes critérios: inicialmente procurou-se identificar as diferentes microáreas de saúde, localizadas na bacia hidrográfica do município; garantindo dessa forma, a representatividade equitativa entre as mesmas e, conseqüentemente, sua distribuição entre as zonas urbana e rural. Posteriormente, procurou-se intencionalmente entrevistar famílias, em que haviam ocorridos casos de diarreias, tuberculose, mordida de cães e gatos, isto é, agravos ligados a variáveis ambientais, que foram cadastrados nas fichas de notificações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAM)¹⁴, entre os meses de janeiro a outubro de 2008. Desse modo, a amostra foi aleatória, estratificada e intencional, tendo sido entrevistados 103 usuários, sendo 65 residentes na zona urbana (dentro destes, 29 famílias contava com algum membro que constava na ficha de notificação) e 38 residentes na zona rural (existindo sete famílias com algum membro cadastrado no SINAM), representando, no total, 3,02% das famílias cadastradas no PSF de Teixeira.

Os dados coletados foram digitados e analisados com auxílio do programa Microsoft Excel 2000.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Perfil pessoal e familiar dos usuários do Programa Saúde da Família

Os dados obtidos permitiram examinar o perfil dos usuários do PSF. Verificou-se que entre os entrevistados, conforme demonstra a Tabela 1, prevaleceu o sexo feminino (81,5%), predominando o estado civil de casados (74,8%). A idade dos entrevistados variou entre 18 e 89 anos, sendo que 8% destes eram jovens, 59% eram adultos e 33% idosos. Um dado relevante se refere à escolaridade dos entrevistados, uma vez que 61,2% possuíam o ensino fundamental incompleto.

TABELA 1. Perfil Pessoal e Familiar dos usuários do PSF. Teixeira-MG, 2008.

VARIÁVEIS	Nº.	%
Sexo do Usuário		
Masculino	19	18,5
Feminino	84	81,5
Estado civil do Usuário		
Casado	77	74,8
Solteiro	15	14,6
Viúvo	6	5,8
Outros	5	4,8
Faixa etária do Usuário (anos)		
18 a 25	15	14,6
26 a 39	24	23,3
40 a 59	30	29,1
60 a 90	34	33,0
Escolaridade do Usuário		
Analfabetos	16	15,5
Fundamental incompleto	63	61,2
Médio incompleto	19	18,5
Superior	5	4,8
Profissão do Usuário		
Do lar	36	34,9
Aposentado	29	28,1
Lavoura e serviços	22	21,4
Prefeitura	5	4,9
Outros	11	10,7
Renda familiar (Salário Mínimo)		
Até 1,0	30	29,1
1,1 a 1,9	16	15,5
2,0 a 4,9	47	45,7
Maior ou igual 5,0	10	9,7
Estrutura familiar		
Nuclear	68	66,0
Extensa	16	15,5
Monoparentais	15	14,6
Pessoa sozinha	4	3,9
Nº de membros		
1 membro	4	3,9
2 membros	25	24,3
3 membros	21	20,4
4 membros	33	32,0
5 membros	13	12,6
6 membros	6	5,8
7 membros	1	1,0

De acordo com o IBGE¹⁵, o Brasil, em 2005, contava com cerca de 14,9 milhões de pessoas de 15 anos ou mais analfabetas, segundo os dados da PNAD daquele ano, correspondendo a 11% da população. Deste contingente, 37,7% eram pessoas de 60 anos ou mais, 49,6% tinham de 30 a 59 anos, referendando os dados da presente pesquisa. Portanto,

erradicar o analfabetismo é uma tarefa desafiante, na medida em que quanto mais elevada a idade mais difícil seria alcançar tal objetivo. Ainda, estudos freqüentes demonstram a relação entre baixo nível de escolaridade e as enfermidades enfrentadas pela população. Um estudo realizado por Mendes¹⁶, demonstra que a taxa de mortalidade infantil diminui progressivamente em relação ao nível educativo das mães.

Em relação ao trabalho dos entrevistados, 34,9% se ocupavam com os afazeres domésticos; 28,1% eram aposentados; 21,4% trabalhavam no próprio município, tanto em lavouras/agricultura quanto em serviços diversos (empregadas domésticas, cuidador de idosos, diaristas, recepcionista, confecção, fábrica de massas, escrevente); além de também estarem inseridos no comércio. Ainda, encontrou-se que 10,7% dos entrevistados se encaixam em outras situações, como: desempregados, estudantes e sem ocupação; enquanto 4,9% trabalhavam na prefeitura do município, sendo estes contratados.

Analisando a renda total média das famílias dos usuários entrevistados, constatou-se que a mesma era equivalente a R\$1.004,62 (aproximadamente dois salários mínimos e meio), oscilando de R\$150,00 (0,36 salários mínimos) e R\$4.500,00 (acima de dez salários mínimos), mostrando a disparidade de renda encontrada. A renda *per capita* média foi de R\$ 291,94 (0,7 salários mínimos), variando de R\$37,50 e R\$1.125,00; existindo 21,36% das famílias em situação de pobreza, que corresponde a uma renda *per capita* de R\$60,00 a R\$120,00, conforme critério adotado pelo governo para cadastramento no Bolsa Família¹⁷. Em relação à contribuição dos membros no orçamento doméstico, em apenas 13,6% das famílias algum membro com ocupação não contribuía com o orçamento familiar, demonstrando uma coesão do grupo familiar no atendimento das necessidades básicas.

Segundo IBGE¹⁵, existem pesquisadores que identificam a linha de pobreza como sendo de meio salário mínimo de rendimento médio mensal domiciliar *per capita*, o que ampliaria a proporção de unidades familiares em situação de pobreza. Pesquisas mostram que a baixa renda familiar influencia a qualidade de vida das famílias, uma vez que limita o acesso à saúde, educação, alimentação e habitação, dentre outros. Ou seja, as dificuldades constantes associadas à pobreza prejudicam o bem-estar e o ambiente familiar¹⁸.

A IV Conferência de Promoção da Saúde realizada em Bogotá, em 1992, coloca que as desigualdades econômicas e sociais deterioram as condições de vida da maioria da população, com um aumento dos riscos para a saúde e uma redução dos recursos para enfrentá-los. Como conseqüência, o desafio da promoção da saúde consiste em transformar as relações excludentes, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, bem como o trabalho solidário e a equidade social, condições indispensáveis para a saúde¹⁹.

Constatou-se também que a estrutura familiar predominante foi a nuclear (66,0%), sendo que em 85,4% o homem era o chefe da família. De acordo com Goldani²⁰, as unidades familiares podem ser tipificadas em: nucleares (presença do pai, mãe e filhos), monoparentais (presença de um dos cônjuges, geralmente a mãe, além dos filhos, seja por separação ou viuvez) e extensa (formada por mais de um grupo familiar ou inclusão de outros parentes). O número de membros nos domicílios variou entre 1 e 7, com média de 3,4 por família.

Características das Condições Físicas e Sanitárias do *Habitat* Familiar

Na tabela 2 estão demonstradas as características físicas dos domicílios amostrados. Constatou-se que 96,1% eram casas, 53,4% apresentavam condição de acabado e em 67% a situação de aquisição era de próprio pago. O número de cômodos oscilou de 2 a 16, encontrando uma média de 7,01 cômodos. Quanto ao número de quartos variou entre o valor mínimo de 1 e o máximo de 8, obtendo uma média de 2,75 quartos nos domicílios das famílias estudadas. Considerando o número de membros residentes nos domicílios e de quartos, tem-se que o “déficit” habitacional foi de 1,42, indicando que apenas 5,83% dos domicílios pesquisados possuem mais de 2 pessoas co-habitando o mesmo quarto.

TABELA 2. Condições físicas do *habitat* dos usuários do PSF. Teixeiras-MG, 2008.

VARIÁVEIS	Nº.	%
Tipo de domicílio		
Casas	99	96,1
Barracos	3	2,92
Apartamentos	1	1,0
Condições de acabamento		
Acabado	55	53,4
Semi-acabados	42	40,8
Sem acabamento	6	5,8
Situação de aquisição		
Próprio	69	67,0
Alugado	19	18,4
Cedido	15	14,6
Nº de cômodos		
2 a 4	10	9,7
5 a 7	60	58,3
8 a 10	24	23,3
11 a 16	9	8,7
Nº de quartos		
1 quarto	6	5,8
2 quartos	41	39,8
3 quartos	40	38,8
4 quartos	10	9,7
5 a 8 quartos	6	5,8

Verificando a maneira como a água chega às residências, de acordo com a Tabela 3, que demonstra as características sanitárias dos domicílios visitados, obtiveram-se os resultados de que 54,4% são provenientes de rede da concessionária (zona urbana); sendo que, na zona rural, a água provém de cisternas, poços, nascentes ou é retirada do rio. O resultado encontrado é inferior ao observado na região Sudeste, em 2005, em que os domicílios cujo abastecimento de água se deu por rede geral com canalização interna foram de 96,1%¹⁵.

TABELA 3. Condições sanitárias do habitat dos usuários do PSF. Teixeira-MG, 2008.

VARIÁVEIS	Nº	%
Abastecimento de água		
Rede de concessionária	56	54,4
Cisterna	23	22,3
Poço	10	9,7
Nascente	13	12,6
Rio	1	1,0
Sistema de Esgoto		
Rede coletora	85	82,5
Depósito em fossas	17	16,5
Céu aberto	1	1,0
Destino do lixo		
Lata de lixo e coletado	75	72,8
Queimado	20	19,4
Exposto ou enterrado	8	7,8
Frequência coleta pública de lixo		
Todos os dias	51	49,5
Não tem	29	28,2
2 a 3 vezes por semana	13	12,6
Poucas vezes ao mês	10	9,7

De acordo com informações obtidas na Secretaria Municipal de Saúde, o município tentou programar o SISAGUA (Sistema de Informação para a Vigilância a Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano), contemplado na Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano²¹, mas não deram continuidade ao programa, devido à falta de estrutura física como também de profissionais adequados para trabalhar dentro das normas exigidas. Portanto, a secretaria de saúde não realiza uma fiscalização da água consumida pela população.

Atualmente tem sido largamente difundido e reconhecido a importância da água destinada para consumo humano, como veículo de transmissão de enfermidades. A maior parte das enfermidades que existe em países em desenvolvimento, em que o saneamento é deficiente, é causada por bactérias, vírus, protozoários e helmintos. Estes organismos causam enfermidades que variam em intensidade e vão desde gastroenterites a graves enfermidades,

algumas fatais e/ou de proporções epidêmicas. A vigilância da qualidade da água para consumo humano é uma atribuição do setor Saúde, estabelecida por lei, desde 1977. Nesse sentido, o setor saúde deve atuar sobre todas e quaisquer formas de abastecimento de água coletivas ou individuais, na área urbana ou rural, de gestão pública ou privada; incluindo tanto as instalações intradomiciliares, quanto os mananciais²².

Em 97,1% dos domicílios a água é armazenada em caixas d'água com tampas; e, em 2,9% em caixas d'água sem tampa. É importante ressaltar que, a manutenção das caixas d'água destampadas é um dos principais fatores que contribuem para o desenvolvimento do mosquito da dengue. A dengue é uma das doenças emergentes que atualmente tenta-se combater em todo o Brasil, porém para que as autoridades competentes alcancem êxitos necessita-se da conscientização e colaboração da população.

A filtração caseira da água é feita em 85,4% dos domicílios, porém, 14,6% não realizam o tratamento da água. Um resultado semelhante foi obtido por Azeredo et al.²³, na avaliação das condições de habitação e saneamento em Teixeiras/MG, através de a visita domiciliar, no contexto do Programa de Saúde da Família, constatando que a filtração caseira da água era realizada em 90% dos domicílios pesquisados. É imprescindível ressaltar que, se a água não for devidamente tratada, pode afetar a saúde do homem, de várias maneiras, seja pela ingestão direta, na higiene e preparação dos alimentos, na higiene pessoal, na agricultura, na higiene do ambiente, nos processos industriais ou nas atividades de lazer²⁴.

Considerando a coleta de esgoto, em 82,5% dos domicílios o esgoto é coletado por meio de rede (zona urbana e rural). É importante ressaltar que, na zona rural, o esgoto é depositado principalmente em fossas, ou jogado a céu aberto. Outro aspecto relevante a ser relatado é que o município não possui tratamento de esgoto; portanto, todo esgoto coletado por meio de rede pública é jogado diretamente nos córregos e ribeirões, contribuindo para deterioração da qualidade da água e para a degradação ambiental. Dentre as famílias visitadas, 97,1% possuíam sanitários dentro de casa e 2,9% possuíam fossa/latrina, ou jogavam as fezes e urinas a céu aberto (zona rural).

O esgotamento da água a céu aberto expõe a população, sobretudo a infantil, a este vetor de doenças. Segundo dados do IBGE¹⁵, do total de domicílios urbanos na região Sudeste, 83% eram atendidos por esgotamento sanitário por rede coletora. Além disso, naqueles domicílios brasileiros, que não eram atendidos pelo serviço público de saneamento, pôde-se constatar que 32,4% procuram uma solução informal para o esgotamento sanitário, utilizando-se de fossa, o que coincide com os resultados da presente pesquisa. Este comportamento se reproduz em todas as regiões, com exceção da Região Sudeste, que apresentou o menor percentual de informalidade no esgotamento dos dejetos (10,8%).

De acordo com o Senado Federal²⁵, duas em cada cinco pessoas no mundo não têm acesso a um vaso sanitário e moram em locais sem rede de esgoto. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), cerca de 2,6 bilhões de pessoas sofrem com a falta de saneamento básico e estão expostas ao aparecimento de doenças relacionadas à baixa qualidade de água, como a diarreia; sendo que aproximadamente 90% dessas pessoas são mulheres e crianças. A ONU estima que a falta de saneamento resulte em uma morte infantil a cada 20 segundos, isto é, 1,6 milhões por ano.

Quanto à iluminação, 99% dos domicílios possuíam energia elétrica. Observou-se que, em 58,3% das residências, as ruas eram pavimentadas (zona urbana); enquanto que em 41,7% das ruas não havia pavimentações (zona rural e urbana). De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde²⁶, alguns efeitos são sentidos pela população associados diretamente à carência de pavimento, tais como a emissão de material fragmentado, a sujeira das estruturas e habitações e os problemas de trânsito. Ainda, sabe-se que devido ao fato das ruas sem pavimentação originarem muita poeira, doenças do aparelho respiratório agridem a população.

Com relação ao destino do lixo doméstico dado pelas famílias visitadas, em 72,8% das residências era colocado em lata de lixo e coletado, sendo que a frequência da coleta pública de lixo acontecia todos os dias em 49,5% dos domicílios. Na zona rural, apenas em duas localidades têm-se coleta pública de lixo uma vez por semana. Em 2005, a coleta pública de lixo atingiu 89,8% dos domicílios brasileiros¹⁵; estando, portanto, os dados da pesquisa abaixo da média nacional.

Por dia, cada ser humano joga fora quase 1 quilo de lixo. Em todo o planeta, só de lixo domiciliar, são mais de dois milhões de toneladas por dia, mais de 600 milhões de toneladas por ano. O volume de lixo produzido no planeta está relacionado diretamente à evolução da economia. Hoje, o lixo tornou-se um problema em todo o mundo. Sem tratamento adequado, esses resíduos acabam tornando-se um perigo para o homem; uma vez que o lixo depositado de forma inadequada contamina o solo, os lençóis freáticos, os rios, facilitando a exposição a agentes patogênicos, como doenças e bactérias^{25, 27}.

Avaliações intra e extra domiciliar foram feitas através de observação *in loco*, tendo como referência as condições higiênicas e de salubridades das residências. Além disso, no intuito de verificar a existência de condições que pudessem favorecer o surgimento de doenças, foram visitadas famílias onde haviam sido registrados casos de diarreia, dengue, tuberculose e mordida de cão; como também aquelas que não haviam ocorrido doenças ligadas à variável ambiental (Quadro 1).

QUADRO 1. Condições higiênicas e de salubridade dos domicílios, com e sem registros de doenças ligadas à variável ambiental, segundo zona urbana e rural. Teixeira/MG, 2008.

CONDIÇÃO ANALISADA	COM REGISTRO (%)		SEM REGISTRO (%)	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural
Não filtra água	14,3	66,7	13,8	25,8
Higiene precária	28,6	33,3	25,0	22,6
Residência insalubre	57,1	100,0	33,3	61,3

A análise do Quadro 1 permite aferir que a maior percentagem das variáveis observadas, que podem contribuir para o processo de adoecimento, diz respeito à condição de salubridade dos domicílios, tanto nas famílias onde houve registros de diarreias, quanto naquelas em que não foram constatados doenças ligadas à variável ambiental. Verifica-se que o mesmo problema pode ser constatado quando se compara zona urbana e rural. O fato de o piso ser de cimento ou terra batida dificulta a manutenção da higiene dos domicílios, pois a poeira que se fixa é posteriormente movimentada, constituindo-se em um veículo de microorganismos que podem favorecer o aparecimento de doenças.

As observações das condições higiênicas e de salubridade das habitações permitem inferir acerca das más condições de higiene e insalubridade dos domicílios; além do fato de não filtrarem a água para consumo, principalmente na zona rural, o que pode ter contribuído para as ocorrências de diarreias em algumas residências. Vázquez et al.²⁸, em um estudo da incidência e fatores de risco de diarreia e infecções respiratórias agudas em comunidades urbanas de Pernambuco, detectaram que a incidência de diarreia foi maior em crianças morando em domicílios com água encanada fora da casa, comparativamente à incidência entre aquelas, cujos domicílios se serviam de água encanada dentro da casa; além disso, houve uma menor incidência de diarreia naquelas crianças pertencentes a famílias que declararam filtrar a água.

Nos domicílios das famílias visitadas, onde ocorreram casos de tuberculose (2 casos, na zona urbana), observou-se que estes se apresentavam organizados e em boas condições de higiene, mas tinham o costume de manter as janelas fechadas. Na família onde aconteceu o caso de mordida de cão (zona urbana), o membro atacado foi mordido por um cachorro de rua, na praça da cidade; apresentando-se a residência organizada e em boas condições de higiene.

No que diz respeito aos casos de dengue, foram observados lixos na zona urbana, como sacolas plásticas, latas, garrafas, caixa de papelão, tanto no ambiente peridomiciliar quanto nos bairros residenciais. Além do mais, a população joga lixos no ribeirão, que não é

canalizado. As famílias pesquisadas mantinham a caixa d'água tampada. De acordo com informações prestadas por técnicos da Fundação Nacional da Saúde (FUNASA) do município, os focos das larvas do mosquito da dengue são encontrados principalmente em caixas d'água destampadas, lixos, sucato, vasos sanitários de casas fechadas e em caixas de gorduras.

Durante as visitas, foi possível observar que é comum, na zona rural, as famílias possuírem em seus domicílios fogão à lenha na cozinha, sendo que algumas tinham as paredes pretas, por não terem chaminés adequadas, assim como galinheiros, pocilgas; um cômodo para colocar pertences do trabalho rural e/ou paiol; lenha no quintal ou debaixo do fogão à lenha; além de lixos, como garrafas, latas, potes de plástico, e sacolas no quintal; evidenciando-se, assim, uma situação de maior precariedade no aspecto higiênico.

Entretanto, os profissionais do PSF, principalmente os ACS, que possuem como atribuição realizar no mínimo uma visita por família da sua área de abrangência²⁹, devem observar as condições de sobrevivência e ambientais que contribuem com o processo saúde-doença da população por eles assistidas, para que o planejamento de uma intervenção adequada pela ESF, com embasamento na educação em saúde, seja direcionado às famílias.

Como adverte Leal³⁰, a higiene pessoal, de o ambiente domiciliar e ecológico, constituem medidas de prevenção primária às doenças e agravos. O profissional de saúde deve recomendar cuidados especiais com referência ao corpo como um todo, além de instruir a população com normas de higiene ambiental e do próprio domicílio. Devem ser abordados assuntos sobre o destino correto do lixo e seus dejetos, o abastecimento de água e obtenção de alimentos sadios; um ambiente limpo e arejado que permita a entrada de luz solar impedindo ou dificultando a instalação e multiplicação de microorganismos; a capina e eliminação de detritos ao redor do domicílio; a limpeza de galinheiros, currais, paiol, e um alerta sobre a convivência com animais domésticos, que são focos de vetores de doenças.

Considera-se, assim, que a educação em saúde constitui-se no meio mais eficaz de intervenção junto às famílias. Segundo Moisés et al.³¹, a educação no contexto da saúde e do saneamento pode ser definida como uma prática social que recomenda não só a mudança de hábitos, práticas e atitudes, mas também a transmissão e apreensão de conhecimentos; além de uma mudança gradual na forma de pensar, sentir e agir, por meio da seleção e utilização de métodos pedagógicos participativos e problematizadores. Sendo assim, educar e aprender torna-se um processo contínuo de indagação, reflexão, questionamento e, principalmente, de construção coletiva, articulada e compartilhada. O educador e o educando tornam-se sujeitos e atores do processo educativo, que estimula, continuamente, a organização de ações coletivas e solidárias, incentivando e valorizando o diálogo, a criatividade e a criticidade, objetivando a

busca de soluções para as questões da saúde, do saneamento e do ambiente, que afetam as comunidades, em prol da melhoria da qualidade de vida.

No âmbito do PSF, educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Espera-se que esta seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida; enfrentando, em parceria com a comunidade, os determinantes do processo saúde-doença; desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do auto-cuidado dos indivíduos²⁹.

Nesse contexto, como ressaltam Azeredo et al.²³, a visita domiciliar deve ser considerada como uma estratégia central da educação em saúde, por contribuir para a mudança de padrões de comportamento e, conseqüentemente, promoção da qualidade de vida, através da prevenção de doenças e promoção da saúde.

CONCLUSÕES

Confirma-se a desigualdade econômica e social, característica da sociedade brasileira, com acesso não equitativo das famílias ao acesso dos serviços de saneamento básico, que são considerados direitos fundamentais à sobrevivência humana. Dentre os principais fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de doenças e precarização da qualidade de vida das famílias, destacou-se: o baixo grau de instrução dos entrevistados, a falta de cuidados com a água consumida pelas famílias e destino final do lixo doméstico, como também as condições das habitações e precariedade de sua higiene.

Assim, não é por acaso que políticas habitacionais e de saneamento vêm sendo identificadas como importantes fatores de equidade e promotores de saúde. No processo de incremento da qualidade de vida, sobretudo em formações sociais e com alta desigualdade socio sanitária, é importante que as práticas de saúde se fundamentem na promoção da saúde.

Nesse contexto, os gestores locais precisam perceber que os efeitos do investimento em saúde transcendem o setor e geram benefícios econômicos e sociais. Áreas prioritárias de política social e econômica, como educação, salário, emprego, saneamento e habitação, têm profunda interferência na saúde das populações; por esse motivo, é preciso pensar em um trabalho conjunto com outros setores e instituições para a integração de profissionais em equipes interdisciplinares e multiprofissionais, numa compreensão mais abrangente dos problemas de saúde.

Reconhece-se que, no âmbito do PSF, a família é o objeto fundamental de atenção, sendo esta entendida, a partir do ambiente onde vive, como espaço onde são desenvolvidas

estratégias para melhorias nas condições de vida. Nessa perspectiva, constitui-se em um importante instrumento para detectar os fatores determinantes do processo saúde-doença na comunidade; devendo direcionar suas atividades para uma abordagem de vigilância e educação em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília. 1990.
2. COSTA, E. E. da. **A construção do índice de saúde da família: uma proposta metodológica para enfrentamento das desigualdades**. (Monografia). Curso de Especialização em Saúde Familiar, Instituto de Saúde Coletiva, UFMT, Cuiabá – MT, 2001.
3. BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n.1, 2000.
4. CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, novembro, 1986.
5. SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudo de Psicologia (Natal)**. Natal, v.8, n.3, 2003.
6. BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica - Programa de Saúde da Família**. Treinamento introdutório. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
7. ALVES, V. S. Un modelo de educación en salud para el Programa Salud de la Familia: por la integralidad de la atención y reorientación del modelo asistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.39-52, set. 2004/fev. 2005.
8. MELLO, A S.; ANDRADE, M. **A família como alvo de atenção**. Disponível em: <<http://www.uff.br/promoçãodasaude/informe>>. Acesso em: 12 dez. 2008.
9. CASTRO, M. R.; VARGAS, L. A. A interação/atuação da equipe do PSF do Canal do Anil com população idosa adscrita. **Revista Saúde Pública**, v.15, n. 2, 2005.
10. **IBGE. 2007**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>> [IBGE Cidades]. Acesso em: 03 dez. 2008.
11. **IBGE. 2000. Censo Demográfico**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 03 dez. 2008.
12. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro (FJP). Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil/Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. Brasília: 2003. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 29 fev. 2009.

13. BRASIL. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Secretaria de Assistência a Saúde / DAB – DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.
14. BRASIL. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**. Secretaria de Vigilância em Saúde / DAB – DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.
15. IBGE. 2006. **Síntese de indicadores sociais 2006**. Estudos e Pesquisa - Informação Demográfica e Socioeconômica, número 19.
16. MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2ª ed., 2006.
17. BRASIL. **Programa Bolsa Família**. Brasília: Ministério de Desenvolvimento Social, 2009. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia>. Acesso em: 26 jan. 2009.
18. MARTINS, M. F. D.; COSTA, J. S. D. da; SAFORCADA, E. T.; CUNHA, M. D. C. Qualidade do ambiente e fatores associados: um estudo em crianças de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.20, n.3, mai./jun., 2004.
19. DECLARAÇÃO DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ. **Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde**. Santafé de Bogotá, Colômbia, novembro, 1992.
20. GOLDANI, A. Família, gênero e políticas: famílias brasileiras nos anos 90 e seus desafios como fator de proteção. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.19, n.1, jan./jun., 2002.
21. BRASIL. **Caderno de Atenção Básica nº21**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
22. BRASIL. **Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
23. AZEREDO, C. M.; COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; MAIA, T. M.; MARQUES, E. S. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.3, p.743-753, 2007.
24. BRASIL. **Manual de Saneamento – Orientações Técnicas**. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
25. BRASIL. **Manual de boas práticas ambientais - Programa Senado Verde**. Brasília: Senado Federal, 2008a.
26. OPAS. **Atenção Primária Ambiental (APA)**. Washington, D.C: Divisão de Saúde e Ambiente, 1999.
27. MOTA, S. Saneamento. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora MEDSI, 3ª ed., 1988.

28. VÁZQUEZ, M. L.; MOSQUERA, M.; CUEVAS, L. E.; GONZÁLEZ, E. S.; VERAS, I. C. L.; LUZ, E. O. da; FILHO, M. B.; GURGEL, R. Q. Incidência e fatores de risco de diarreia e infecções respiratórias agudas em comunidades urbanas de Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.15, n.1, p.163-171, jan./mar., 1999.
29. BRASIL. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial** Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
30. LEAL, P. F. G. **Caderno de Higiene**. Viçosa: Edições PREPARE-SE, 2001.
31. MOISES, M.; KLIGERMAN D. C.; COHEN, S. C. A política federal de saneamento básico e as iniciativas de participação, mobilização, controle social, educação em saúde e ambiental nos programas governamentais de saneamento. **Ciência e Saúde Coletiva**. (No prelo). Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>>. Acesso em: 05 nov. 2008.

CAPÍTULO 4 – ARTIGO ORIGINAL

COMPETÊNCIAS, HABILIDADES E CONHECIMENTOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA SAÚDE AMBIENTAL

COMPETÊNCIAS, HABILIDADES E CONHECIMENTOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA SAÚDE AMBIENTAL

Verônica Amorim Silva
Amélia Carla Sobrinho Bifano
Maria das Dores Saraiva de Loreto
Rosângela Minardi Mitre Cotta
Alice Mariana da Fonseca Moreira

RESUMO

As funções do ACS, membro da equipe do Programa Saúde da Família (PSF), requer uma competência profissional para atuar sobre os múltiplos aspectos das condições de vida da população, como os ambientais, no âmbito da promoção da saúde. Nesse contexto, objetivou-se caracterizar o perfil e percepções dos ACS; suas atribuições, competências, habilidades e conhecimentos em relação aos problemas ambientais, que interferem no processo saúde-doença da população atendida no PSF de Teixeiras, estado de Minas Gerais, Brasil; bem como as ações ambientais desenvolvidas pelo programa junto às famílias. A pesquisa, de natureza diagnóstica e descritiva, utilizou para a coleta dos dados um questionário semi-estruturado, aplicado a 92,85% dos ACS. Verificou-se uma alta rotatividade dos ACS, preferencialmente do sexo feminino e com nível de escolaridade relativo ao ensino médio completo. Constatou-se que os ACS não estão preparados para as atribuições e competências desejadas para o perfil profissional; não atuando, na prática, sobre os determinantes do processo saúde-doença, especificamente sobre os fatores ambientais. Pode-se concluir que o perfil do ACS não é suficiente para atuar na interface intersetorial da assistência social, educação e meio ambiente. Esse processo de transformações, além de ser lento, exige todo um esforço conjunto e permanente dos atores sociais envolvidos com a saúde ambiental, com incorporação de uma atenção em educação ambiental.

Palavras chaves: Agente Comunitário de Saúde, Competência Profissional, Saúde Ambiental.

ABSTRACT

Skills, Habilitas and Knowledge of Community Agents of Health from the Perspective of Environmental Health.

The functions of the ACS, a member of the team of the Family Health Program (FHP), requires a competent professional to work on many aspects of living conditions of the population, such as environmental, in the context of health promotion. In this context, it was aimed to characterize the profile and perceptions of HCA, its mission, responsibilities, skills and knowledge on environmental problems that interfere with the health-disease of the population served in the Teixeiras PSF, estate of Minas Gerais, Brazil; and environmental actions developed the program with the families. The research, diagnostic and descriptive in nature, used for data collection a semi-structured questionnaire, applied to 92.85% of the ACS. There was a high turnover of ACS, preferably females, level of education on the high school complete. It was found that the ACS are not prepared for the tasks and skills desired for the profile, not working in practice on the determinants of health-disease process, specifically on environmental factors. It can be concluded that the profile of the ACS is not sufficient to act at the interface intersectoral social assistance, education and environment. This process of transformation, and is slow, requires a full and permanent effort of social actors involved with environmental health, with incorporation of a focus on environmental education.

Keywords: Community Health Agent, Professional Responsibility, Environmental Health.

1. INTRODUÇÃO

A profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi criada pela Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, e seu exercício se dá exclusivamente no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS) e sob a supervisão do gestor local em saúde. O ACS integra as equipes do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), realizando atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde nos domicílios e coletividade, em conformidade com as diretrizes do

SUS, estendendo o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção da cidadania (JAEGER, 2003).

A concepção do PACS criada em 1991 e, posteriormente, do PSF em 1994, foram instituídas visando à reorientação do modelo assistencial vigente e hegemônico no país. Este modelo, segundo Paim (2003), que é resultante de uma combinação complementar e, ao mesmo tempo, antagônica do modelo médico-assistencial privatista e do modelo assistencial “sanitarista”, dicotomizava assistência e prevenção. Esta realidade apontava não apenas a necessidade da reorientação do modelo assistencial, como também sinalizava a direção que esta reorientação precisava assumir de forma a se adequar às propostas do SUS (JAEGER, 2003).

Assim, tendo a Reforma Sanitária como referência doutrinária, em que a discussão se pautava na alteração do modelo assistencial de saúde, centrado na doença; e, baseando-se no SUS, como estratégia de reorientação setorial e institucional, indicações importantes foram fornecidas para a ordenação da política de saúde no Brasil. Estas indicações estão expressas na Constituição Federal de 1988 e nos dispositivos legais infra-constitucionais (Leis 8080/90 e 8142/90), que definem um conceito ampliado de saúde, para além da dimensão setorial dos serviços, estando centradas em um conjunto de princípios baseados na integralidade, universalidade e equidade da atenção, bem como no controle social e na descentralização da gestão, com comando único em cada esfera de governo.

Assim, segundo Artigo 196 da Constituição Federal, a saúde é entendida como: “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2004).

Ao garantir a universalidade do acesso, a Constituição Federal intensificou a demanda aos serviços de saúde, criando estratégias para reverter o modelo assistencial e atender à demanda crescente, quando começaram a surgir várias experiências, em nível local, priorizando ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. O PSF foi implantado, em todo o Brasil, como uma importante estratégia para reordenação da atenção à saúde, conforme preconizam os princípios e diretrizes do SUS, uma vez que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e famílias, de forma integral e contínua. Ele tem garantido, ainda, a ampliação do acesso e da extensão da cobertura para uma parcela significativa da população (BRASIL, 2004).

As equipes de saúde da família (ESF) do PSF são minimamente compostas por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e por quatro a seis ACS, além

de cirurgião-dentista, técnico em higiene dental e atendente de consultório dentário; proporcionando, assim, um grande avanço para a saúde da população, ao criar vínculos de coresponsabilidade com os profissionais do setor e facilitar a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (BRASIL, 2000).

Nesse cenário, o agente comunitário de saúde (ACS) desempenha um papel de mediador social, sendo considerado, como:

“um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado” (BRASIL, 2004:10).

O PSF objetiva atender as necessidades de saúde das populações adstritas de forma totalizadora, entendendo-as não apenas na perspectiva de cura das doenças, mas atuando sobre os determinantes do processo saúde-doença, visando a modificação do processo de trabalho em saúde e humanização da assistência, com ações permanentes de vigilância em saúde (BRASIL, 2007).

A estratégia implementada por meio do PACS/PSF busca introduzir uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, elegendo a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem na atenção à saúde, em que os serviços possam buscar estratégias para desenvolver uma atenção integral à saúde de indivíduos e grupos; intervir sobre fatores de risco aos quais a população está exposta; além de promover parcerias por meio de ações intersetoriais e estimular o controle social. O ACS atua neste contexto, como membro da equipe de saúde, mas suas funções transcendem o campo da saúde, na medida em que, para serem realizadas, requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população, situados no âmbito daquilo que se convencionou chamar de ação intersetorial, inclusas na política de promoção da saúde (SOUZA, 1998).

A Promoção da Saúde prevê que a organização da atenção e do cuidado deve envolver ações e serviços que operem sobre os determinantes do adoecer e que vão além dos muros das unidades de saúde e do próprio sistema de saúde. Ou seja, o objetivo dessa política é promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de habitação, ambiente, trabalho, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2007).

Nesta abordagem, Augusto et al. (2003) esclarecem que o modelo de desenvolvimento sob o qual estamos vivendo, condiciona tanto as relações sociais e econômicas quanto acentua os riscos para a saúde e para o ambiente. Entende-se que os padrões de produção e consumo

atuais formam a base sobre o qual se instalam os processos de insustentabilidade. A maior implicação desses fatos é a intensa degradação ambiental que estamos vivendo, que traz conseqüências diretas sobre a qualidade de vida e as condições de saúde das populações; necessitando, dessa maneira, de um novo olhar dos serviços de saúde sobre as questões ambientais. Assim sendo, os diferentes profissionais das equipes de Saúde da Família têm importante papel e contribuição nas ações de Vigilância em Saúde, dentre estas as ambientais (BRASIL, 2007).

Neste âmbito, a Portaria 1866/97 enfatiza que, dentre as atribuições do ACS, nas suas áreas territoriais de abrangência, estão: “a descrição do perfil do meio ambiente da área de abrangência, na realização do levantamento das condições de saneamento básico e realização do mapeamento da sua área de abrangência; realização de ações educativas para preservação do meio ambiente” (BRASIL, 1997). Na Portaria nº648/GM, de 28 de março de 2006, que traz a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa dos Agentes Comunitários, dentre as atribuições dos ACS estão: “cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº. 44/GM, de 3 de janeiro de 2002” (BRASIL, 2006: 44). Segundo Brasil (2007:22), que retrata da vigilância em saúde na atenção básica, as atribuições específicas do ACS são: “mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores; planejar/programar as ações de controle das doenças/agravos em conjunto ao Agente de Controle de Endemias (ACE) e equipe da Saúde da Família”.

Neste enfoque, ao considerar o contexto e as concepções de saúde, que têm como referência doutrinária a Reforma Sanitária Brasileira e como estratégia de reordenação setorial e institucional o SUS, a competência profissional dos trabalhadores de saúde é compreendida como um dos componentes fundamentais para a revolução qualitativa desejada para os serviços de saúde. O ACS deveria atuar no apoio aos indivíduos e coletivos sociais, identificando as situações mais comuns de risco em saúde; participando da orientação, acompanhamento e educação popular para a saúde; estendendo as responsabilidades das equipes locais de saúde; colocando em ação conhecimentos sobre a prevenção e solução de problemas de saúde; mobilizando práticas de promoção da vida em coletividade e de desenvolvimento das interações sociais (JAEGGER, 2003).

Pressupõe-se que as atividades do ACS transcendem o campo da saúde, na medida em que requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população, como os ambientais. Estas características constituem atributos de generalidade deste profissional e o

situa como categoria muito particular, não comparável ou agrupável com outras que existem historicamente no campo da saúde (BRASIL, 2004).

Diante da complexidade das atribuições do ACS na política da atenção primária/PSF, o presente estudo teve como objetivo caracterizar o perfil e percepções dos ACS, bem como identificar suas atribuições, competências, habilidades e conhecimentos em relação aos problemas ambientais, que interferem no processo saúde-doença da população atendida no município de Teixeiras/MG; além de examinar as ações ambientais desenvolvidas pelo programa junto às famílias.

2. METODOLOGIA

No processo metodológico procurou-se caracterizar os sujeitos da pesquisa e o método de coleta e análise dos dados.

O estudo foi realizado no PSF do município de Teixeiras/MG, que pertence à microrregião de Viçosa/MG e à mesorregião da Zona da Mata mineira. Segundo o censo demográfico realizado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município conta com uma população total de 11.665 habitantes, 62,4% residentes na zona urbana e 37,6% na zona rural (IBGE, 2007).

O PSF de Teixeiras possuiu quatro Equipes de Saúde da Família (ESF) que se dividem em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS). A realização da pesquisa, no município de Teixeiras, justifica-se pelo fato do PSF cobrir 100% da população e por contar com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde e equipes do PSF.

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de abordagem quanti-qualitativa, no qual foi utilizado para a coleta dos dados questionário semi-estruturado, aplicado aos agentes comunitários de saúde (ACS), elaborado com base no Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2004). Neste questionário, as questões propostas abordaram características sócio-demográficas e, principalmente, uma indagação sobre suas atribuições, competências, habilidades e conhecimentos em relação à questão ambiental e sua interferência no processo saúde-doença da população, no intuito de verificar se as ações desenvolvidas pelo PSF são coerentes com os problemas de saúde vivenciados na comunidade.

Os questionários foram aplicados em distintas reuniões das ESFs, agendadas pelos coordenadores das equipes. A amostra do estudo correspondeu a 26 ACS, que compõem as ESFs (92,85%), visto que 2 ACS se recusaram a responder o questionário.

Os dados quantitativos foram digitados e analisados com auxílio do programa Microsoft Excel 2000. Por se tratar de pesquisa descritiva, os dados qualitativos foram analisados a partir do conteúdo das falas dos usuários nas entrevistas. Os dados foram agrupados mediante a frequência com que as categorias de análise surgiam na fala dos entrevistados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1. Perfil do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

No presente estudo, conforme demonstra a Tabela 1, a maioria dos ACS é do sexo feminino (76,9%), com idade entre 19 e 51 anos, sendo a mediana de 24 anos. Averiguou-se também que 53,9% eram solteiros, sendo que; 65,4% dos ACS, trabalhavam no PSF entre 2 a 4 anos. No caso do estudo, apenas 1 ACS trabalhava no PSF há 10 anos. Estes dados demonstram a alta rotatividade dos profissionais, um fato considerado desfavorável para a continuidade das ações de atenção à saúde nas comunidades, pois a questão do vínculo fica comprometida; isto é, os laços de confiança que deveriam ser estabelecidos acabam ficando fragilizados (SANTOS et al., 2008).

Em relação à escolaridade, constatou-se que 80,8% possuíam o ensino médio completo. Resultado semelhante foi encontrado no estudo realizado por Cotta et al. (2006), no mesmo município, uma vez que 72,3% dos ACS possuíam o ensino médio. Para Santos et al. (2008), a identificação da maioria dos ACS com ensino médio é uma informação que revela uma situação de pequena oferta de empregos e os pequenos salários pagos em cidades de pequeno porte. Adverte, ainda, que esses percentuais de escolaridade encontrados são importantes para o processo de qualificação profissional dos agentes de saúde. Nesse contexto, Brasil (2004) acrescenta que o ACS é um trabalhador do âmbito específico do SUS, sendo relevante o seu trabalho no contexto de mudanças das práticas de saúde e o seu papel social junto à população; sendo necessário que a sua formação seja em nível técnico, o que reafirma, também, a intenção governamental de associar educação profissional à elevação de escolaridade.

TABELA 1. Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde do PSF. Teixeira-MG, 2008.

VARIÁVEIS	Nº.	%
Sexo		
Feminino	20	76,9
Masculino	6	23,1
Faixa Etária (anos)		
19-29	19	73,1
30-49	6	23,1
> 50	1	3,8
Estado Civil		
Solteiro	14	53,9
Casado	7	26,9
Separado	3	11,5
Amigado	2	7,7
Tempo de trabalho		
2 meses a 2 anos	8	30,8
2 a 4 anos	17	65,4
> 4 anos	1	3,8
Escolaridade		
Médio completo	21	80,8
Fundamental completo	2	7,7
Superior completo	2	7,7
Superior incompleto	1	3,8

3.2. Percepções dos ACS

Na verificação das percepções do ACS quanto ao significado dos termos meio ambiente e saúde ambiental, que constituem objetivo do trabalho em questão, verificou-se que 11,5% dos ACS não souberam identificar palavras que representassem essas categorias.

Tomando como referência o significado de Meio Ambiente usada por Noronha e Centa (2005:239) tem-se que o meio ambiente é designado como: “além da fauna e flora, inclui-se as cidades e seres humanos como elementos que fazem parte do meio ambiente global, compreendendo que suas ações e atitudes podem minimizar ou maximizar os danos e agravos à eles causados”. E, para Saúde Ambiental, a definição encontrada em Brasil (1999b) foi: “Saúde Ambiental é o campo de atuação da saúde pública que se ocupa das formas de vida, das substâncias e das condições em torno do ser humano, que podem exercer alguma influência sobre a sua saúde e o seu bem-estar”.

Verificou-se que, quanto ao Meio Ambiente, os participantes da pesquisa se dividiram, percebendo-o como fauna e flora, sendo explanado como natureza, árvore, água, ar; além de outros elementos que contemplam um meio ambiente global, como também, indicadores que se referem à preservação do meio ambiente, como: queimadas, desmatamento, cuidados com

nascentes, preservação da biodiversidade, lixo, saneamento básico, e, com menor intensidade, ambiente em que vivemos, casa, saúde e limpeza.

Na categoria Saúde Ambiental, foram indicados termos, que representam condições em torno do ser humano, que podem exercer alguma influência sobre a saúde e o bem-estar, sendo estes: a preservação da natureza, sendo mencionado, principalmente, evitar queimadas, desmatamentos e não poluir rios. Em seguida, foram citados indicadores que se referem à cuidados com o ambiente em que se vive, como: higiene, prevenção, organização, conscientização. Acredita-se que os dados encontrados retratam as condições ambientais do município estudado e a realidade das condições de vida das famílias visitadas pelos ACS, no cotidiano de seu trabalho.

Noronha e Centa (2005) advogam a necessidade de sensibilização e conscientização dos habitantes das áreas urbanas e rurais, em face dos desafios e resolução dos progressos da humanidade, visto que o futuro depende do entendimento do homem como pertencente ao meio ambiente e não como ser inocente ante suas próprias ações. Essa colocação é imprescindível ao trabalho do ACS, visto que precisam compreender e transmitir aos usuários do PSF que todo ser humano é parte integrante do meio ambiente e sua colaboração contribuirá para a sua preservação; propiciando, dessa maneira, melhorias na qualidade de vida da população.

3.3. Atribuições dos ACS

A Portaria GM/MS n° 1.886, de 18 de dezembro de 1997, que estabelece as atribuições do ACS, e o Decreto Federal n° 3.189, de 04 de outubro de 1999, que fixa as diretrizes para o exercício de suas atividades, possibilitam uma proposição qualitativa de suas ações, evidenciando-o como um perfil profissional que concentra atividades na promoção da saúde, seja pela prevenção de doenças, seja pela mobilização de recursos e práticas sociais de promoção da vida e cidadania, ou mesmo, pela orientação de indivíduos, grupos e populações, com características de educação popular em saúde, acompanhamento de famílias e apoio sócioeducativo (JAEGER, 2003).

Os ACS revelaram na pesquisa que, as atividades que desenvolvem com mais intensidade, são: marcação de consultas, exames como preventivos e puericultura para crianças; entrega de remédio e troca de receitas; acompanhamento de hipertensos, diabéticos, acamados gestantes e mães com crianças menores de dois anos; entrega de consultas especializadas; e, com menor frequência, instruções, orientações - prevenção, promoção da saúde. Silva e Dalmaso (2002), refletindo sobre a amplitude das finalidades do PSF e acerca

das diferentes funções do ACS, em conformidade com o presente estudo, identificaram uma vertente de trabalho mais de vigilância às situações de risco e assistência às doenças mais prevalentes que àquela da promoção da saúde e da qualidade de vida. Para os referidos autores, baseando-se em outros estudos, as ações alicerçadas em estratégias de grupo de risco têm um impacto reduzido na qualidade de saúde da população.

Os dados nos remetem, ainda, a indicadores, como marcação de consultas, entrega de remédios e receitas, que representam atividades ligadas ao modelo ainda hegemônico, o biomédico, na prática dos serviços da saúde. Capra (2006) salienta que neste modelo sanitário ainda arraigado, o ser humano é considerado uma máquina, sendo a doença, um mau funcionamento do organismo. O papel do médico, neste caso, segundo essa lógica mecanicista, consiste em intervir física ou quimicamente para consertar um defeito de funcionamento do mecanismo.

Para Besen et al. (2007), o PSF foi idealizado na lógica da Promoção da Saúde, que é estruturada no modelo de produção social da doença; devendo, portanto, configurar como uma estratégia de mediação entre as pessoas e seu ambiente.

Segundo a maioria dos ACS, os procedimentos mais realizados relacionados às suas atividades, são: cadastramento/diagnóstico, que é o registro na ficha de cadastro do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), referente às informações sobre cada membro da família assistido em relação às variáveis que influenciam a qualidade da saúde, como situação de moradia e condições de saúde; além de realização de visitas domiciliares. Ou seja, o principal instrumento de trabalho dos ACS consiste em realizar uma visita mensal a cada família residente na área de sua atuação.

Segundo os entrevistados, dentre os procedimentos citados, os que possuem mais limitações, assim como aqueles que não são efetivados, estão as ações coletivas, como por exemplo: mobilização da comunidade para promoção de encontro com grupos distintos (gestantes, mães, pais, adolescentes, idosos, grupos em situações de risco ou de portadores de doenças comuns), incentivando a participação das famílias na discussão do diagnóstico comunitário de saúde, no planejamento de ações e na definição de prioridades; promoção de ações intersetoriais, que é a atuação do agente em outras áreas, como educação (identificação de crianças em idade escolar que não estão frequentando a sala de aula, cidadania/direitos humanos) e ações humanitárias e solidárias, que interfiram de forma positiva na melhoria da qualidade de vida. Na visão dos ACS, as principais dificuldades para o desempenho de suas funções estão na baixa frequência, em função da falta de interesse da população nas atividades coletivas; além dos problemas de interação com outros órgãos para o desenvolvimento de

ações intersetoriais, como também da inexistência de planejamento das USF para essas atividades.

As análises das respostas indicam a necessidade da incorporação na capacitação dos ACS de uma metodologia efetiva para a educação e comunicação em saúde. De acordo com Brasil (2001), a proposta de Oficinas de Educação em Saúde e Comunicação objetiva: trabalhar as relações institucionais que acontecem nas diversas instâncias do sistema de saúde e deste com outras organizações governamentais e não governamentais, na busca de parcerias para o desempenho de suas funções; incentivar as relações entre os profissionais de saúde e destes com a comunidade à medida que eles, com consciência de suas responsabilidades, dentro e fora do sistema, melhoram a qualidade do atendimento e socializam as informações; aprimorar os vínculos da população com os serviços, quando esta, de posse das informações, busca estes serviços em resposta às suas necessidades para prevenção, promoção de sua saúde e controle das doenças, exercendo o controle social sobre o sistema.

Este processo educativo proposto via oficinas de educação em saúde e comunicação pode reforçar a capacidade gerencial e técnica das Secretarias de Saúde, na construção coletiva do conhecimento, através da apropriação de metodologias e tecnologias que permitam o resgate da cultura local e estimule os produtores culturais da região e formadores de opinião, no seu agir coletivo, visando um desempenho mais efetivo das ações de prevenção, controle e vigilância de agravos (BRASIL, 2001).

De acordo com os ACS, dentre as ações desenvolvidas no PSF, as atribuições que lhes foram passadas, como sendo dos ACS, foram principalmente: orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário (100%); cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro (84,6%); realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da atenção básica, seja por meio da visita domiciliar, ou mesmo, de acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade (84,6%); estar sempre bem informado e repassar informações para os demais membros da equipe sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente daquelas em situações de risco (80,8%); desenvolver ações de educação e vigilância à saúde com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças (76,9%); identificar indivíduos e famílias expostas à situações de risco e, ao mesmo tempo áreas de risco (73,1%); além de promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras, traduzindo para a equipe de saúde da família (ESF) a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites (38,5%).

Dentre os ACS, 80,8%, também especificaram outras atribuições que desenvolvem visando a saúde ambiental, estando estas associadas, principalmente, com cuidados com o lixo (destino correto do lixo, não jogar lixo no ribeirão, não deixar lixo no quintal para não acumular água e propiciar aparecimento de vetores transmissores de doenças, como ratos, baratas, mosquito da dengue) e orientação sobre higiene.

Segundo os participantes da entrevista, 84,6% se consideram preparados para as atribuições assinaladas, porque procuram estar sempre bem informados; além do fato de que alguns tiveram algum curso de capacitação. Dentre os que possuem uma visão negativa, consideram que são mal preparados, porque não tiveram cursos de capacitação para desempenhar sua função.

Santos et al. (2007) constataram na pesquisa desenvolvida, em conformidade com a atual que, alguns ACS parecem não compreender muito bem as funções que lhes são atribuídas; explicando que, muitas vezes, o que os leva a buscar o emprego são outros fatores, como por exemplo, a falta de trabalho e não propriamente a função que exercem. Os referidos autores salientam que a expansão da cobertura possibilitada pelo PSF vem garantindo a incorporação de um contingente expressivo de trabalhadores, verificando a ocorrência de diversas modalidades de contratação, com vínculos que se distribuem desde os mais formais e protegidos pela legislação vigente, até os chamados contratos “informais”. Mesmo, com a regulamentação da profissão, ocorrida com a Lei 10.507 de 2002, verifica-se, em vários estudos, a existência de contratos de caráter temporário, muitos sem garantias trabalhistas. Isso demonstra que os gestores municipais de saúde ainda não concebem o agente de saúde como sendo uma categoria permanente e essencial para o desenvolvimento do PSF.

3.4. Competências e Habilidades dos ACS

A formação e desenvolvimento profissionais baseados em competências mostram a identificação técnica, ética e humanística quanto ao que compete o profissional de saúde e que competências são requeridas para que os usuários das ações e serviços de saúde se sintam atendidos em suas necessidades, diante de cada prática profissional. Neste enfoque, compete ao ACS, no exercício de sua prática, a capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho, realizando ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação popular em saúde, a partir da concepção de saúde como promoção da qualidade de vida e desenvolvimento da autonomia diante da própria saúde, interagindo em equipe de trabalho e com os indivíduos, grupos e coletividades sociais (JAEGER, 2003).

Assim, para conceituar competência profissional, o autor citado acima considerou a formulação de Zarifian (1999), de que a competência se refere à: “capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades”. No entanto, competência profissional inclui capacidades, atividades e contextos. Trata-se, pois, da combinação de conhecimentos, destrezas, experiências e qualidades pessoais usadas, efetiva e apropriadamente, em resposta às várias circunstâncias relativas à prática profissional. Considerar competência, nestes termos, possibilita ao trabalhador conhecer a utilidade e os impactos das ações que realiza; compreender que os grupos sociais não são abstratos ou distantes, cujas necessidades e modos de viver poderiam ser ignorados; mas, sobretudo, compreender a importância do processo de interação em equipe de trabalho com os indivíduos, grupos e coletividades com os quais trabalha (JAEGER, 2003).

A partir desta análise e considerando-se as singularidades e especificidades do trabalho do ACS, foram construídas as cinco competências específicas que compõem o perfil profissional deste trabalhador. O enunciado das competências explicita capacidades às quais se recorre para a realização de determinadas atividades, num determinado contexto técnico-profissional e sócio-cultural. As habilidades e os conhecimentos referentes a cada competência dimensionam a atuação dessa categoria profissional (JAEGER, 2003; BRASIL, 2004).

O Quadro 1 apresenta as competências referidas pelos autores usadas no estudo e a percentagem de ACS que consideram possuí-las para o desenvolvimento de suas atividades.

Quadro 1: Relação das competências exigidas para o perfil profissional do ACS e seu desenvolvimento, PSF, Teixeira/MG, 2008.

COMPETÊNCIAS (C)		%
C1	Desenvolver ações que facilitem a integração entre as equipes de saúde e as populações restritas às UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;	50,0
C2	Participar do desenvolvimento das atividades de planejamento e avaliação, em equipe, das ações de saúde no âmbito da respectiva UBS;	65,4
C3	Desenvolver ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas, do estímulo à participação social e do trabalho intersetorial, visando à melhoria da qualidade de vida da população, a gestão social das políticas públicas de saúde e o exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde;	38,5
C4	Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco sanitário para a população, conforme plano de ação das equipes de saúde;	57,7
C5	Desenvolver ações de prevenção e monitoramento, definidas no plano de ação das equipes de saúde, dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes conforme protocolos de saúde pública.	61,5

As dimensões da competência profissional estão expressas nas habilidades (saber-fazer). Neste contexto, em relação a competência 1, os ACS consideraram que não possuem habilidades para implementar práticas de comunicação intersubjetiva e em educação popular (46,2%) e registrar os acompanhamentos domiciliares no prontuário de família, conforme utilizado pelas UBS (26,9%). As dificuldades nas efetivações dessas habilidades se devem à falta de capacitação em educação popular e registro nos prontuários das famílias, além do fato de apenas médicos e enfermeiros terem acesso aos documentos.

Na competência 2, consideram não possuírem habilidades e gostariam de serem melhor capacitados para: realizar o mapeamento institucional, social e demográfico de cada área de controle da unidade básica de saúde; além de participar da elaboração do plano de ação, sua implementação, avaliação e reprogramação permanente junto às equipes de saúde (ambas com 34,6%); bem como analisar os riscos sociais e ambientais à saúde por micro-áreas de territorialização (30,8%). Para os entrevistados, a explicação está na não capacitação para os mapeamentos, análise de riscos sociais e ambientais; como também, no não envolvimento e participação na elaboração, implementação e avaliação de planos de ação.

Quanto a competência 3, citaram, principalmente, incapacidades em apoiar as políticas de alfabetização de crianças e adultos, além de participar das reuniões dos conselhos locais de saúde (73,1%); estabelecer propostas e processos intersetoriais, visando ao desenvolvimento do trabalho de promoção da saúde (26,9%); propiciar a reflexão acerca dos problemas de saúde junto aos indivíduos, grupos sociais e coletividades, de acordo com as características sócio-culturais locais, como também utilizar meios que propiciem a mobilização e o envolvimento da população, no processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde (ambos 23,1%). Nos esclarecimentos dados, os ACS mencionaram que não participam de reuniões do conselho da saúde, porque não foram capacitados; não há uma comunicação da Secretaria de Educação com a da Saúde; e, além disso, existem conselheiros de saúde para isso e que essa atividade depende da prefeitura. Quanto aos outros itens, citaram igualmente que não se encontram capacitados; há uma dificuldade de interação com outros setores; falta interesse político e dos profissionais; além de haver necessidade de mais cursos e apoio da secretaria de saúde interligada a de educação para mobilização da população.

Em relação a competência 4, alegaram não possuir habilidades para orientar indivíduos e grupos sobre as medidas, que reduzam ou previnam os riscos à saúde, realizando o acompanhamento de micro-áreas e utilizando os indicadores definidos pela respectiva equipe de saúde (34,6%); como também de identificar as condições do ambiente

físico e social, que constituem risco para a saúde de indivíduos e populações (19,2%). De acordo com as explicações dos ACS, não são orientados e capacitados para esse tipo de atividade, o que diminuiria a carga na UBS; existe falta de informação, mas gostariam de ser melhor capacitados para identificar as condições do ambiente, pois as pessoas teriam uma vida mais segura, sem riscos de doença.

Na competência 5, foi constatado que os ACS não possuem habilidades para trabalhar junto às escolas e outros grupos organizados para a estimulação de hábitos saudáveis e outras demandas requeridas pelos mesmos (53,8%); como também de estimular na família e junto à população a prática de atividades sócio-econômicas e culturais apropriadas para adolescentes, idosos e portadores de necessidades especiais (26,9%); e de apoiar a orientação de famílias e grupos sociais em relação ao planejamento familiar (15,4%). Conforme os relatos, declararam que, não foram orientados a promover estas atividades; existe a falta de interação entre PSF e outros órgãos e uma maior visão em relação a outros assuntos, sendo necessário uma maior aceitação por parte da população.

Para 88,5% dos ACS, existem problemas/riscos no meio ambiente ou nas residências das famílias sob sua responsabilidade, que poderiam contribuir para o surgimento de doenças. Dentre esses fizeram menção ao lixo existente (nas ruas, lotes sujos, entulhos); falta de higiene; esgoto a céu aberto; saneamento básico; caixas d'água sem tampa. Na concepção dos mesmos, o lixo atrai moscas, mosquitos e, conseqüentemente, doenças; a falta de higiene do entorno favorece o aparecimento de ratos, baratas, dentre outros, atraindo doenças; caixas d'água destampadas contribuem para desenvolvimento do mosquito da dengue. Constatou-se que dentre os motivos que favorecem esses riscos estão: a falta de interesse de proprietários dos lotes em fazer limpeza dos mesmos; falta interesse das famílias e comprometimento da sociedade no destino correto do lixo; carência de informações e conhecimento por parte das famílias quanto à questão de saneamento básico; condições de vida precárias. Observa-se também que os fatos relatados estão correlacionados à questão cultural, e a dificuldade de dialogar e pedir apoio, considerando suas limitações.

Os entrevistados, 73%, afirmaram que, dentre as suas atribuições, estão desenvolvendo ações junto às famílias para a melhoria das condições no ambiente em que estão inseridas, como orientações sobre a importância de não deixar água parada e lixos nos quintais, tampar caixa d'água, não jogar lixo em qualquer lugar, não jogar lixo no ribeirão e terreno baldio; além de orientações e informações sobre saúde e higiene, limpeza da casa. Conforme os relatos, 57,7% dos entrevistados alegaram que essas ações têm parcerias de outras instituições locais, sendo constatado principalmente trabalhos com a FUNASA, que

realiza o combate a dengue; e, também, com a Secretaria de Assistência Social, que verifica as situações de famílias em condições precárias de sobrevivência; porém, não ocorre uma articulação entre esses setores para uma maior efetividade das ações.

Pela análise das respostas é possível aferir que os ACS não estão preparados para as atribuições e competências elaboradas para o perfil profissional desejado. Nas atividades que realizam ainda desconsideram as características da sociedade da qual fazem parte, bem como os condicionantes, dentre estes os ambientais, do processo saúde-doença, na prática de seu trabalho. Na competência 4, que considera a prevenção e monitoramento das situações de risco e do meio ambiente, precisam do aprimoramento de conhecimentos, como: condições de risco social - desemprego, infância desprotegida, vigilância sanitária e/ou ambiental ausente ou insuficiente, analfabetismo, dentre outros; condições de risco ambiental – poluição do ar, da água, do solo, queimadas, desmatamentos, calamidades, bem como poluição sonora; medidas de saneamento; código de postura municipal.

As cinco competências que definem o perfil do ACS têm a promoção da saúde e a prevenção de agravos como eixos estruturantes e integradores do processo formativo, buscando garantir a integralidade de suas ações, segundo os contextos onde se desenvolvem as práticas (BRASIL, 2004). Consideram suas especificidades quanto às diferentes unidades de organização do cuidado em saúde, às formas de inserção e organização do trabalho e ao atendimento das demandas individuais, grupais e coletivas. Ou seja, é um trabalhador de interface intersetorial no campo da saúde e ação social (JAEGER, 2003).

Silva e Dalmaso (2002) identificaram em outros estudos que o ACS não dispõe de instrumentos e de tecnologia, aqui incluídos os saberes para as diferentes dimensões esperadas do seu trabalho. Essa insuficiência faz com que ele acabe trabalhando com o senso comum, com a religião e, mais raramente, com os saberes e os recursos das famílias e da comunidade. Não há propostas ou trabalho consistente no “agir comunicativo”. Quando se considera o plano objetivo do PSF, o agente se vê como educador para a saúde, organizador de acesso (cadastrador e orientador do uso de serviços) e “olheiro” da equipe na captação de necessidade, identificação de prioridades e detecção de casos de risco de grupos específicos para intervenção da equipe. Além disso, tem-se que a equipe, na sua função de gerência da proposta, envolvendo a supervisão do médico e do enfermeiro e, mesmo, o trabalho formal do gerente da unidade, parece pouco relacionado as atribuições do ACS para melhor os orientar.

O Ministério da Saúde (Brasil, 1999a) enfatiza a necessidade de que, face o novo perfil de atuação do agente comunitário de saúde, sejam adotadas formas mais abrangentes e organizadas de aprendizagem, o que implica que os programas de capacitação desses trabalhadores deveriam adotar uma ação educativa crítica como a proposta por Freire (1997),

que seja capaz de referenciar-se na realidade das práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde, buscando assegurar o domínio de conhecimentos e habilidades específicas para o desempenho de suas funções.

Outras dimensões importantes a considerar quando se discutem as expectativas de atuação do agente comunitário de saúde e os desafios para os processos de preparação desse “novo” perfil, referem-se aos mecanismos de seleção, aos processos de capacitação, aí incluídos os treinamentos introdutórios e a educação continuada, bem como a sistemática de supervisão adotada (SILVA e DALMASO, 2002; TOMAZ, 2002).

A formação e a qualificação de recursos humanos têm-se constituído em grandes entraves para a efetiva consolidação do SUS. A falta de um adequado nível de informação dos profissionais de saúde prejudica a adoção de novas práticas na perspectiva de um novo modelo de atenção e gera a necessidade de instaurar um processo de qualificação desses profissionais, através da oferta de diversos cursos de capacitação (TOMAZ, 2002; COTTA et al., 2006).

A Portaria nº648/GM, de 28 de março de 2006, adverte que a capacitação e educação permanente da Equipe de Saúde da Família (ESF) são de responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde. Neste âmbito, os gestores de saúde deveriam possibilitar aos profissionais de saúde, uma educação permanente. Na realidade, sabe-se que os gestores são premidos pela formação flexineriana, que valoriza a prática intervencionista, no modelo biologista, que não trata de empoderar a população; isto é, retrata a realidade de um serviço que não valoriza a formação de saúde, que acaba por gerar dificuldades para o avanço do PSF. Esse fato, segundo Besen et al. (2007), tem contribuído com que os processos de educação e comunicação, na perspectiva da promoção e prevenção da saúde, sejam relegados a uma questão de segunda ordem.

4. CONCLUSÕES

O trabalho dos ACS caracteriza-se por uma alta rotatividade; sendo a qualificação e capacitação um dos problemas mais acentuados. Tal situação reflete nas percepções que os ACS têm acerca de suas capacidades, sentindo-se despreparados para as atribuições e competências elaboradas para o perfil desejado, segundo a lógica de promoção da saúde.

Num contexto de mudanças das práticas de saúde, a importância do ACS e seu papel social junto às comunidades, constituem uma base sólida em que se sustentam a necessidade e a pertinência de uma formação profissional em nível técnico. Considera-se que o ACS deve

estar preparado para atuar como técnicos de nível médio, junto às equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividades. Em função da abrangência de sua atuação, esse profissional deve estar preparado para atuar no campo da interface que congrega a intersectorialidade da assistência social, educação e meio ambiente, desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, por meio de processos educativos em saúde.

Diante das múltiplas atribuições e competências atribuídas aos ACS, não há dúvida quanto à sua contribuição para o processo de transformação social, desde que incorpore uma atuação efetiva em educação ambiental. No entanto, é preciso ter em mente que a transformação social é um processo lento, que requer esforços conjuntos e permanentes, além de ser uma função de todos os cidadãos. Por isso, esse processo deve envolver tanto os profissionais de saúde (técnicos e gestores) quanto de outros setores da sociedade. As atribuições do ACS devem ser claramente estabelecidas, como profissional; e também como parte de uma equipe de saúde.

Percebe-se, dessa forma, que se torna cada vez mais necessário e oportuno promover e fortalecer os canais de integração e parceria entre as Instituições de Ensino Superior e os municípios, no sentido de contribuir para formação dos profissionais de saúde. Além disso, uma importante função das universidades, na sua integração de ensino-pesquisa-extensão, é identificar os problemas de saúde predominante no seu entorno e, de alguma forma, ajudar a solucioná-los, ou seja, o ensino e a pesquisa devem ser direcionados para ações de impacto social, que possibilitem melhores condições de vida para a população.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUGUSTO, L. G. S.; CÂMARA, V.M.; CARNEIRO, F. F.; CÂNCIO, J.; GOUVEIA, N. Saúde e Ambiente: uma reflexão da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.6, n.2, p.87-94, 2003.

BESEN, C. B.; NETTO, M. S., DA ROS, M A.; SILVA, F. W. da; SILVA, C. G. da; PIRES, M. F. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p.57-68, jan./abr., 2007.

BRASIL **Caderno de Atenção Básica nº21**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde**. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS/SPS/MS. Coordenação de Atenção Básica/SAS/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 1999a.

_____. **Oficinas de educação em saúde e comunicação.** Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Política nacional de saúde ambiental para o setor saúde.** Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1999b.

_____. **Portaria nº. 1886/GM.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Portaria nº. 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, 2000.

_____. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde.** Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPRA, F. **O ponto de mutação – a ciência, a sociedade e a cultura emergente.** São Paulo: Cultrix, 2006.

COTTA, R. M. M.; AZEREDO, C. M.; SCHOT, M.; MARTINS, P. C.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira: o papel estratégico dos profissionais e usuários do sistema sanitário. **Revista Medicina de Minas Gerais**, vol.16, n.1, p.2-8, 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 5º ed., 1997.

IBGE. 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>> [IBGE Cidades]. Acesso em: 03 dez. 2008.

JAEGER, M. L. **Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde - ACS, proposta relacionada à Qualificação Profissional Básica do ACS.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2003. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/> seção profissional de saúde>. Acesso em: 20 jan. 2008.

PAIM, J.S. **Modelos de atenção e vigilância da saúde.** In: ROUQUAYROL. M.Z.; *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 6ª ed., 2003.

NORONHA, M. G. R. C.; CENTA, M. L. Compreensão das Famílias de Áreas de Ocupação Irregular sobre o Meio Ambiente e a Saúde Ambiental. **Família, Saúde, Desenvolvimento**, v.7, n.3, p.238-249, set./dez., 2005.

SANTOS, K. T. dos; SALIBA, N. A.; MOIMAZ, S. A. S.; ARCIERI, R. M.; CARVALHO, M. L. Agente Comunitário da Saúde: perfil adequado a realidade do PSF? **Ciência e Saúde**

Coletiva, 2008. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos>>. Acesso em: 20 jan. 2008.

SILVA, J. A. da; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.6, n.10, p.75-96, fev., 2002.

SOUZA, A. **Desarrollo y salud integral de adolescentes y jovenes en el curriculum de pregrado de los profesionales de la salud: un marco conceptual para la competencia continua**. Washington, D.C.: OPAS, 1998.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.6 n.10, p.75-94, 2002.

ZARIFIAN, P. **Objective Compétence**. Liason, Paris, 1999.

CAPÍTULO 5 – ARTIGO ORIGINAL

PERCEPÇÃO DAS FAMÍLIAS SOBRE O DESEMPENHO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DESDE A PERSPECTIVA DA VIGILÂNCIA AMBIENTAL

PERCEPÇÃO DAS FAMÍLIAS SOBRE O DESEMPENHO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DESDE A PERSPECTIVA DA VIGILÂNCIA AMBIENTAL

RESUMO: A avaliação dos impactos das ações do Programa de Saúde da Família (PSF) sobre o meio ambiente é importante tanto para a sociedade quanto para os gestores públicos, uma vez que contribui para a eficácia das intervenções pelo programa. Assim, a pesquisa objetivou examinar a percepção das famílias quanto ao desempenho do PSF, em termos de vigilância ambiental. O estudo, descritivo-exploratório, fez uso de entrevistas semi-estruturadas, aplicadas a 103 famílias. Os resultados mostraram que os usuários consideram o acesso ao PSF bom, encontrando-se satisfeitos com os serviços prestados, apesar da necessidade de melhorias em vários aspectos. Constatou-se que os agentes comunitários não abordam questões do meio ambiente, sendo ineficiente a articulação do PSF com os setores que realizam atividades de vigilância ambiental. Conclui-se que os efeitos das intervenções ambientais não são sentidos pela população, uma vez que os profissionais atuam na perspectiva do modelo biomédico de saúde, carecendo de qualificação, capacitação e de ações intersetoriais, para que a efetividade do programa seja alcançada.

Palavras chaves: Desempenho do Programa Saúde da Família, Vigilância Ambiental, Percepção dos Usuários.

ABSTRACT

The assessment of the impacts of actions of the Family Health Program (PSF) on the environment is important, in such a way for the society how much for the public managers, a time that contributes for the effectiveness of the interventions for the program. Thus the research aimed to examine the perception of family units on the performance of the PSF in terms of environmental monitoring. The study, descriptive-exploratory, made use of semi-structured, applied to 103 families. The results showed that users find access to good PSF and is satisfied with the services provided, despite the need improvements in several aspects. One evidenced that the communitarian agents don't address issues of environment, being the poor articulation of the PSF with the sectors that carry out activities of environmental monitoring. It is concluded that effects of environmental interventions are not felt by the population, the professionals

working in the perspective of the biomedical model of health; lack of skills and training and at the same time, intersectoral actions for the effectiveness of the program is reached.

Keywords: Performance of the Family Health Program, Environmental Monitoring, Perception of the Users.

1. INTRODUÇÃO

A análise de programas sociais é ainda um campo de estudo em expansão. Mais especificamente, no Brasil, iniciou-se em meados dos anos de 1980 e, particularmente, desenvolveu-se em anos mais recentes, devido às transformações observadas na sociedade e no estado brasileiro.

De acordo com Costa e Castanhar (2003), a crise da dívida externa e interrupção do ciclo do crescimento econômico, nos anos de 1980, aprofundaram as desigualdades sociais presentes no país; e, nos anos de 1990, as medidas do ideário neoliberal, como a abertura comercial, reforma do Estado, desestatização, entre outras, alargaram ainda mais as diferenças sociais, com o aumento do desemprego. Essa conjuntura econômica desfavorável provocou um crescimento da demanda por ações e serviços sociais, como é o caso do Programa de Saúde da Família (PSF), proposta que se insere no nível de atenção primária¹ e que persegue o objetivo final de promover a qualidade de vida e o bem estar individual e coletivo, por meio de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (SOUZA e CARVALHO, 2003).

Além disso, em face ao agravamento da crise fiscal e escassez de recursos do setor público, é crucial a obtenção de maior eficiência² e eficácia³ dos programas sociais. Portanto, uma avaliação contínua e eficaz desses programas pode ser um instrumento fundamental para se alcançar melhores resultados e proporcionar uma melhor utilização dos recursos neles aplicados; além do fato de que pode fornecer aos formuladores de políticas sociais e aos gestores de programas, dados importantes para a elaboração de políticas mais consistentes (COSTA e CASTANHAR, 2003).

¹ Atenção Primária é a assistência sanitária essencial, baseada em métodos práticos e na tecnologia, acessíveis a todos os indivíduos e famílias da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária (OPAS, 1999).

² Eficiência significa a menor relação custo/benefício possível para o alcance dos objetivos estabelecidos no programa.

³ Eficácia é a medida do grau em que o programa atinge os seus objetivos e metas.

De acordo com Cotta (1998), para aferir a eficácia de uma intervenção é necessário estabelecer umnexo causal entre os resultados do programa, em termos de efeitos (sobre a clientela atendida) e de impacto (sobre o conjunto da população e o meio). As análises de impacto apontam a efetividade de programas e projetos, estabelecendo o grau de correspondência entre seus objetivos e resultados.

O impacto é um dos princípios organizativos do Programa de Saúde da Família (PSF), sendo explicitado como:

“por impacto devem entender-se as mudanças, quantitativas e qualitativas, no estado atual e futuro da saúde da população que possam ser atribuídos aos serviços de saúde. O impacto relaciona-se, portanto, com a capacidade que têm os produtos da atenção primária de alterar, para melhor, os níveis de mortalidade, morbidade e incapacidade da população adstrita” (MENDES, 2006:276).

Assim, para entender as mudanças quantitativas e qualitativas do estado de saúde, um dos principais instrumentos de análise é o PSF, por poder ser usado como uma estratégia para a organização da atenção primária à saúde, o que implica em atingir o conjunto da população localizada no território de responsabilidade da Unidade de Saúde da Família (USF). O PSF propõe ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, tanto para o indivíduo quanto para as famílias e comunidades, por meio da vigilância em saúde, em termos ambiental, epidemiológica e sanitária (SCHERER *et al.*, 2005).

Nesse sentido, de acordo com a proposta do PSF de promover a saúde da população atendida, um conceito importante a ser desenvolvido é o da vigilância ambiental, que se configura como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente, que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos e das doenças ou agravos relacionados à variável ambiental. A vigilância ambiental em saúde se aplica a partir do monitoramento ambiental, conduzindo a uma proposta de medidas de intervenção e controle para otimização sanitária do ambiente (COHEN, 2004).

Portanto, é de extrema importância uma avaliação dos impactos que as ações preventivas e promocionais da saúde do indivíduo e do meio ambiente podem surtir sobre o conjunto da população e o meio, visando subsidiar a eficácia das intervenções.

Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo geral examinar a percepção das famílias quanto ao desempenho do PSF, considerando as ações de vigilância ambiental desenvolvidas pelo programa.

Especificamente, objetivou-se:

- Caracterizar o PSF em termos institucional, processual, humano e material⁴;
- Examinar o desempenho do PSF, considerando o posicionamento das unidades familiares acerca das ações de vigilância ambiental.

2. MODELO CONCEITUAL

Melhorar a saúde da população é o objetivo central e máximo dos Sistemas de Saúde (SS); porém, como discutem Almeida *et al.* (2003), a obtenção dessa meta é um processo complexo, que envolve objetivos intermediários e ações intersetoriais. Os determinantes da saúde, em termos ambientais e individuais, têm influência poderosa sobre os resultados de saúde e bem estar, bem como sobre as intervenções, considerando o contexto político, social, econômico e a conformação do sistema de saúde. Assim, é necessário o refinamento do conhecimento de como esses fatores interagem, como influem na saúde dos indivíduos e das populações e de como contribuem para um melhor desempenho do sistema de saúde.

A avaliação de desempenho permite demonstrar o grau de realização e execução dos objetivos e metas dos programas e projetos. Baseando-se em Almeida *et al.* (2003), para avaliar o desempenho do PSF, foram usados os indicadores relacionados ao *Desempenho do Sistema de Saúde*, sendo estes: o acesso, a aceitabilidade, o respeito ao direito das pessoas, a continuidade, a adequação, a segurança, a efetividade e a eficiência. Ou seja, fez-se uso de uma matriz de dimensões da avaliação de desempenho de um Sistema de Saúde (Figura 1), estruturada por Almeida *et al.* (2003), que leva em consideração os determinantes da saúde, as condições de saúde da população e a estrutura do sistema de saúde, sob uma perspectiva da equidade.

⁴ Institucional se refere aos princípios, metas e objetivos do programa; processual são os procedimentos empregados para a resolução e atendimento das demandas da população; e, humano e material, são as características dos recursos humanos e materiais utilizados pelo PSF (ANDRADE, 2004).

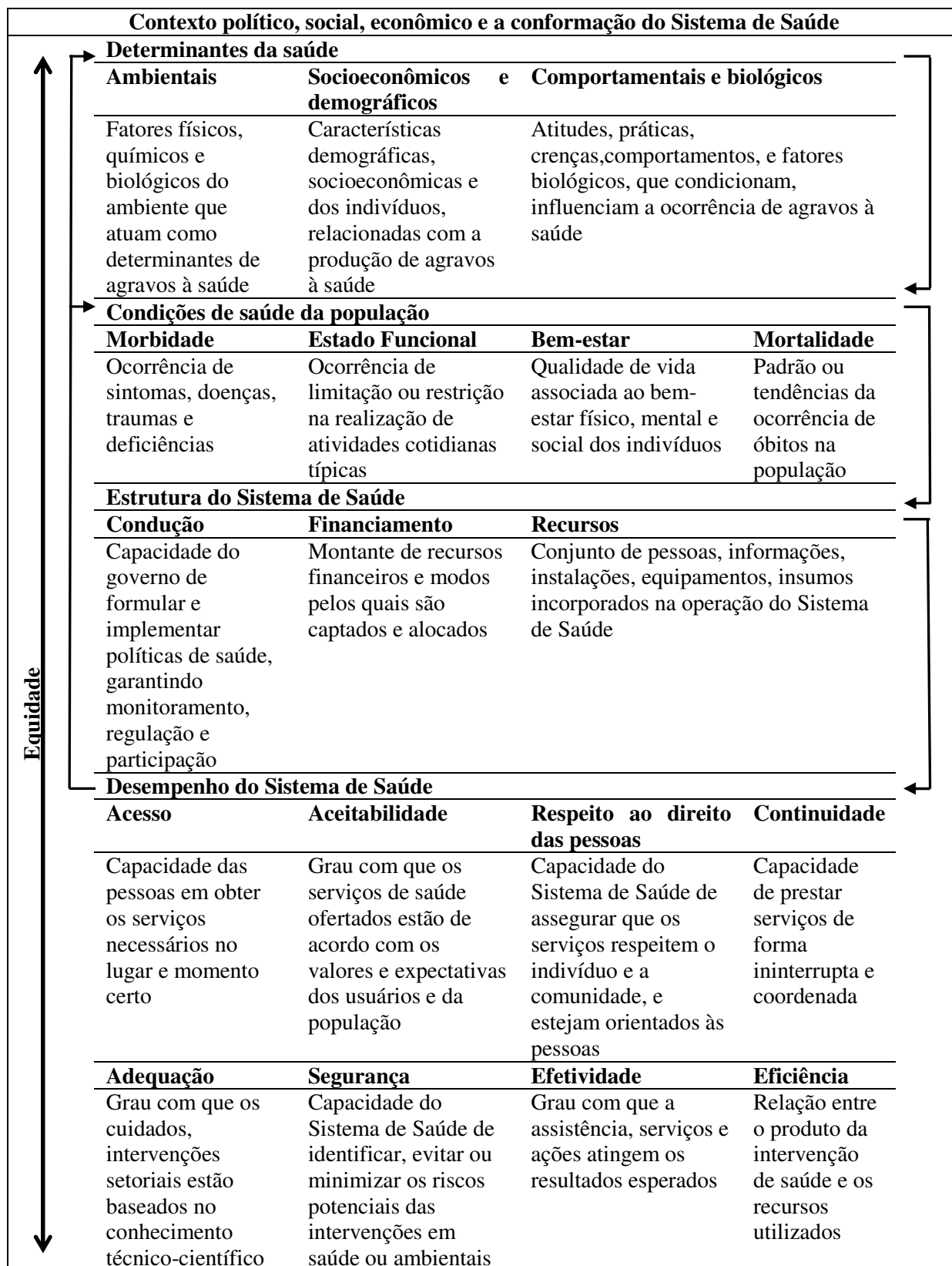


Figura 1: Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde.
 Fonte: Adaptado de Almeida *et al.*, 2003.

3. METODOLOGIA

O estudo em questão, de natureza descritivo-exploratória, foi realizado no PSF do município de Teixeira/MG, que possuiu quatro equipes de saúde da família (ESF), que se dividem em quatro unidades básicas de saúde (UBS). A realização da pesquisa no município, justifica-se pelo fato do PSF cobrir 100% da população.

Fez-se uso de uma abordagem quanti-qualitativa, sendo utilizadas tanto a pesquisa documental, quanto entrevistas semi-estruturadas, realizadas em visitas domiciliares, que aconteceram entre os meses de agosto a novembro de 2008. Para a obtenção das informações escolheu-se um membro adulto que estivesse na residência no momento da entrevista.

O processo amostral foi aleatório e estratificado, como também, intencional, uma vez que, se procurou entrevistar um grupo de famílias onde haviam ocorridos casos de diarreias, tuberculose, mordida de cães e gatos (agravos ligados a variáveis ambientais); ou seja, buscou-se intencionalmente àquelas unidades familiares que constavam nas fichas de notificações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), entre os meses de janeiro a outubro de 2008. Além desse grupo intencional, foi entrevistado aleatoriamente outro grupo de famílias, residentes nas diferentes microáreas de saúde, localizadas na bacia hidrográfica do município; garantindo, dessa forma, a representatividade equitativa entre as mesmas e, conseqüentemente, sua distribuição entre as zonas urbana e rural. Desse modo, foram entrevistados 103 usuários, dentre estes, 65 residentes na zona urbana e 38 residentes na zona rural, representando 3,02% das famílias cadastradas no PSF de Teixeira.

Os dados quantitativos foram analisados com auxílio do programa Microsoft Excel 2000. Por outro lado, os dados qualitativos foram analisados considerando o conteúdo das falas dos usuários nas entrevistas; sendo agrupados mediante a frequência com que as categorias de análise dos indicadores surgiam na fala dos entrevistados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1. Caracterização do PSF

O PSF de Teixeira foi criado em 1997, seguindo as diretrizes, objetivos e metas preconizadas pelo Ministério da Saúde, ou seja, sua implantação significava substituir as antigas práticas, baseadas na valorização do hospital, mais voltadas para a doença, por novos princípios, com foco na promoção da saúde e na participação da comunidade.

Segundo Cotta *et al.* (2006a), a implantação do PSF na localidade foi em 1997, sendo a primeira Equipe de Saúde da Família (ESF) responsável por cobrir 38% dos domicílios, com predominância urbana, distribuídos em cinco microáreas (apenas uma microárea estava situada na zona rural). Em setembro de 1998, incorporou-se uma segunda ESF, predominantemente de cobertura rural. Então, o PSF local passou a atender a 1.759 domicílios, ou seja, 65% da população; e, em outubro de 1999, com a implantação da terceira ESF, expandiu-se para 3.160 domicílios, com a inclusão de algumas áreas externas aos limites municipais. Em 2005, foi implantada uma quarta ESF e quatro Equipes de Saúde Bucal (ESB), passando a ser atendidos 3.372 domicílios.

O quadro de funcionários das ESF é representado por: um médico generalista, um enfermeiro, um técnico em enfermagem, sete agentes comunitários de saúde (ACS), um odontólogo, um assistente de dentista, um recepcionista e um auxiliar de serviços gerais. Possuem, ainda, para apoio, dois fisioterapeutas, um nutricionista e um psicólogo, em que todos os profissionais são contratados. Os fisioterapeutas prestam serviços para duas UBS, enquanto que o nutricionista e psicólogo atendem as quatro UBS. Estes profissionais fazem seus atendimentos nas instalações da 4ª UBS.

Cada ESF é responsável em média por 850 famílias, e cada ACS, em média, por 150 famílias. Conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2001), a composição das equipes e o número de famílias atendidas estão de acordo com as diretrizes preconizadas.

O modelo de gestão é a Gestão Básica Ampliada (GPAB), sendo gerenciado pelo Estado. Os recursos são provenientes do governo federal, onde os incentivos financeiros são repassados fundo a fundo (direto para município), de acordo com as modalidades implantadas, sendo estas: Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), PSF, PSF-I (inclui dentista e assistente de consultório dentário) e PSF-II

(inclui dentista, assistente de consultório dentário e técnico em saúde dental). Somente a 4ª ESF se enquadra na modalidade PSF-II.

Além disso, através do Programa Saúde em Casa recebem-se incentivos do governo estadual, que devem ser utilizados, especificamente, para melhorar a qualidade da estrutura, capacitação e qualificação de profissionais. O PSF conta com três carros e um ônibus para atender sua demanda de atendimentos nas zonas urbana e rural. Cada UBS possui o direito de programar atividades com o carro, três vezes na semana e, com o ônibus, uma vez na semana.

No contato e observação do funcionamento das UBS, pôde-se constatar uma inadequação em termos de estrutura e recursos humanos, como também faltam equipamentos e insumos para alguns procedimentos, como por exemplo: espaço físico é insuficiente, as salas são improvisadas, pois alguns procedimentos são feitos juntamente com outros (sala de curativos com pré-consulta e puericultura), falta mobiliários e material para curativo, necessitando ser dosado.

Segundo informações de Brasil (2008b), as principais enfermidades que acometem a população, de acordo com dados do consolidado das famílias, cadastradas do ano de 2008, da zona geral da equipe no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), são: hipertensão, diabetes, deficiência física, alcoolismo, epilepsia, doença de Chagas e tuberculose.

Além dos casos de tuberculose e doença de Chagas citados, não foram encontrados outros registros no SIAB, como em outras fontes de informações (como o DATASUS), registros de morbidades associadas à variável ambiental. No entanto, nas fichas de notificações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAM), no período de janeiro a outubro de 2008, do setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde, ocorreram 10 casos de atendimento anti-rábico humano (mordida de cães e gatos) e 1 caso de acidentes por animais peçonhentos (escorpião). Além disso, foram registrados 15 casos de dengue, 3 casos de tuberculose e 84 casos de doenças diarréicas agudas (BRASIL, 2008c).

Para a resolução da demanda de saúde da comunidade as principais atividades realizadas são: saúde da criança (puericultura, programa de imunização), saúde da mulher (preventivo, pré-natal, puerpério); controle de diabetes e hipertensão (consultas individuais, com médico, enfermeiro e nutricionista, além de reuniões trimestrais com

pacientes de maior risco, onde ocorre troca de receitas, incluindo-se nessa atividade a saúde do idoso); eliminação de hanseníase e tuberculose (quando surge algum caso, acompanhamento supervisionado com uso de medicamentos); além de saúde bucal (marcação de consulta, sendo que, em algumas UBS, os dentistas realizam palestras e técnicas de escovação em escolas e creches).

No entanto, quando a ESF apresentou suas atividades de promoção da saúde, fica evidente a diversidade de concepções acerca dessa temática, na percepção equipe técnica (Quadro 1); mostrando, como salienta Solomon (2002), que a percepção está associada à reação imediata que o indivíduo tem a diferentes estímulos, com posterior organização e interpretação.

Quadro 1: Atividades de promoção da saúde das Equipes de Saúde da Família do Programa de Saúde da Família de Teixeira/MG, 2008.

ESF 1	Não fazem nada, possuem a intenção de programar palestras educativas para crianças, adultos e idosos.
ESF 2	É o objetivo do PSF
ESF 3	Iniciando palestras para pacientes em tratamento psíquico com psicóloga, palestras para orientação às gestantes e sobre aleitamento materno com nutricionistas. Atendimento domiciliar a acamados para fazer curativos, orientar sobre diabetes e acompanhamento com fisioterapeuta.
ESF 4	Palestras de orientações e prevenção de doenças nas escolas, além de reuniões com as comunidades em localidades estratégicas.

De acordo com as informações do Quadro 1, a forma como as atividades do PSF é percebida é influenciada por diversos fatores, geralmente associado à qualidade do serviço prestado, tal como comentam Fadel e Filho (2006).

Outra questão a ser ressaltada é de que não existe uma coordenação efetiva dos enfermeiros para que as atividades sejam planejadas, ou seja, os procedimentos de trabalho das equipes não são articulados em uma única lógica de funcionamento.

4.2. Avaliação do Desempenho do PSF pelas famílias

Acesso

Os dados revelaram que o acesso aos serviços prestados pela ESF é visto como bom, para 66% dos usuários entrevistados. Esse acesso se dá basicamente por meio de

visitas dos ACS, em 98% das unidades domésticas. Com respeito à frequência das visitas dos ACS às famílias, a maioria dos usuários entrevistados alegou que sua frequência acontece mensalmente em mais de 78% das residências pesquisadas.

Resultado similar foi observado por Azeredo *et al.* (2007), quando avaliou as condições de habitação e saneamento das moradias de Teixeira/MG, bem como a importância da visita domiciliar, no contexto do Programa de Saúde da Família desse município; constatando que 99,2% dos entrevistados relataram receber regularmente visitas do ACS. A situação encontrada está em conformidade com o Brasil (1998), onde é preconizado que o ACS realize, no mínimo, uma visita por família da área de abrangência ao mês; sendo que, quando necessário, estas podem ser repetidas de acordo com as situações determinantes de cada realidade. O ACS possui como atribuição o acompanhamento por meio de visitas domiciliares a todas as famílias e indivíduos de sua responsabilidade, por meio de ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2006).

A maioria dos usuários citou como limitações no acesso ao PSF: a falta de remédio na farmácia das UBSs; a rotatividade dos médicos nas UBSs, uma vez que ocorre mudança de profissional frequentemente; escassez de médicos para a zona rural, reconhecendo-se como necessário a disponibilidade de um ônibus com médico para a zona rural, duas vezes na semana; longo tempo de espera na recepção, pois os médicos demoram em fazer o atendimento. Ainda, mencionaram a desorganização do atendimento na recepção, citando: recepcionista pouco disposta a atender, não informando direito; pessoas descomprometidas e, muitas vezes estressadas; problemas no atendimento, tanto em termos de pessoal quanto na sua organização (atendimento por ordem de chegada), existindo a necessidade de que sejam colocadas normas.

Em estudo realizado por Kloetzel *et al.* (1998), em uma unidade de saúde de Pelotas (RS), mostrou que a insatisfação ao acesso era derivada da espera prolongada na recepção, também encontrada no estudo em questão.

Aceitabilidade (Satisfação)

Quando questionados sobre o grau de satisfação com os serviços prestados pelo PSF, 70% dos respondentes disseram estarem satisfeitos. Em relação ao grau de

satisfação com o trabalho desempenhado pelo ACS, cerca de 90% das unidades familiares demonstraram-se satisfeitas, embora 5,8% dos usuários declararam-se insatisfeitos.

Ao serem perguntados quais seriam as sugestões de melhorias aos serviços prestados pelo PSF, foi destacada a necessidade de mais médicos experientes, inclusive especialistas; mais dentistas; além de visita dos médicos todo mês na zona rural. Salientou-se a demora para marcar consultas e exames; o não cumprimento da data marcada para retorno de consultas e entrega de exames. Com menor frequência foram também destacadas: um melhor acompanhamento para diabéticos e hipertensos, principalmente na zona rural; mais pontualidade e compromisso com horário marcado para levar pessoas para fazer exames e campanhas de vacinação; mais responsabilidade dos profissionais; além de qualificação do pessoal da área de saúde.

Quanto às sugestões de melhorias no trabalho desempenhado pelo ACS, os usuários relataram: mais agilidade no agendamento de consultas; passar com mais frequência nas casas e dar mais assistência, uma vez que as visitas nas casas são rápidas; dar mais orientação e não somente marcar consultas; mais pontualidade e compromisso na entrega de resultados de exames e renovação de receitas; maior preparo para o serviço e troca menos freqüente de profissional no atendimento.

Kloetzel *et al.* (1998) e Trad *et al.* (2002), em seus estudos, também encontraram uma associação da insatisfação dos usuários do PSF com a dificuldade em agendar novas consultas e exames de laboratório, bem como com o acesso a especialistas e assistência dentária; referendando, assim, os resultados do estudo em questão, em que a insatisfação é demonstrada principalmente com a falta de médicos e dentistas, descompromisso e desqualificação dos profissionais. Starfield (2002) ressalta que a solicitação de uma consulta em qualquer outro lugar, fora do “ponto de entrada”, no caso o PSF, porta de entrada do SUS, está associada à utilização reduzida tanto de outros serviços especializados quanto de consultas em sala de emergência, o que implica em redução dos custos em saúde.

Respeito ao direito das pessoas

Quando se perguntou aos usuários se eram tratados com educação e respeito pelos profissionais do PSF, 94,2% das respostas foram positivas, referindo a forma

respeitosa que são tratados pelos profissionais do PSF. Trad *et al.* (2002) relataram como destaque, em seu estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia, a qualidade do atendimento dos profissionais, que foram classificados como “legais”.

Continuidade

Ao perguntar aos usuários do PSF se consideram que os serviços prestados pelo PSF eram coordenados e contínuos, mais de 70% disseram que sim. Por outro lado, os relatos da não continuidade nos serviços prestados estão associados à demora no retorno aos profissionais (médico, fisioterapeuta); além dos ACS demorarem em retornar às visitas domiciliares; bem como a falta de médico e dificuldade para conseguir marcar consultas. A continuidade está atrelada a resolutividade dos problemas de saúde da população.

Trad *et al.*, (2002) observaram uma valorização dos profissionais do PSF pelos usuários, na busca da solução de seus problemas. Segundo Marques *et al.* (2007), as falhas ainda permanecem presentes no PSF, pois grande parte das comunicações realizadas entre os membros da equipe manifesta-se para atender às demandas imediatas. Percebe-se, então, que essas se caracterizam pela descontinuidade, não existindo o hábito da construção de consensos e acordos para a resolução dos problemas da comunidade; citando-se, inclusive, ações curativas e educativas, que, muitas vezes, são realizadas de maneira individualizada.

Adequação

Nesse indicador, procurou-se verificar por meio do posicionamento das famílias, se os ACS tinham conhecimento para realizar suas ações, principalmente de vigilância ambiental, visto ser este o principal objetivo do estudo.

Segundo os usuários entrevistados, a principal atividade desempenhada pelo ACS nas visitas domiciliares é perguntar se precisa de alguma coisa, como marcar consultas e exames. Em seguida, relataram que o ACS pergunta como está de saúde, se está tomando remédio adequadamente e se precisa de remédio, ou se há necessidade de pegar ou trocar receita. Ainda, foi mencionado que o ACS faz a visita mais para o usuário assinar a ficha de visita; e, em menor frequência, citaram que falam de limpeza

e da dengue; orientam sobre exames, pediatras, vacinas; além de perguntarem aos idosos se estão fazendo controle de pressão.

Entretanto, ao questionar os entrevistados se o ACS aborda questões preventivas de saúde relacionadas ao meio ambiente (como higiene do lar, destino correto do lixo, cuidados com a água, deveres com o meio ambiente), cerca de 75 % dos entrevistados alegaram que o ACS nunca se referiu sobre o assunto. Dentre aqueles que já abordaram questões preventivas de saúde destacaram: cuidados com dengue (lixos no quintal, utensílios que não acumulem água parada, cuidados com vasos de flores, manter caixa de água tampada), cuidados com o lixo (orientação de como colocar o lixo no horário correto da coleta pública ou queimar); surgindo, em seguida, cuidados com o tratamento da água (realizar sua fervura e lavar caixa d'água); cuidados com a higiene da casa e roupas; orientações sobre cuidados com insetos e escorpiões em épocas de surtos, além da higiene das verduras consumidas.

Verifica-se, assim, que os ACS não possuem conhecimento técnico-científico para realizar atividades de vigilância ambiental concernentes à política de vigilância em saúde proposta pelo PSF. Conforme Brasil (2007), a Vigilância em Saúde, entendida como uma forma de pensar e agir, tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. É composta pelas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo constituir-se em um espaço de articulação de conhecimentos e técnicas, oriundas da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais. Consiste, portanto, em um referencial para mudanças do modelo de atenção, devendo estar inserida na prática das equipes de saúde.

O mesmo autor ressalta que na organização da atenção, o ACS desempenha um papel fundamental, pois se constitui como elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Assim, como os demais membros da equipe, tais agentes devem ter corresponsabilização com a saúde da população de sua área de abrangência, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e controle dos agravos, sejam nos domicílios ou nos demais espaços da comunidade. Essa necessidade de adoção de novas práticas, na perspectiva de um novo modelo de atenção, envolve, segundo Cotta

et al. (2006a), um processo de qualificação profissional, por meio da oferta de diversos cursos de capacitação.

Há que se ressaltar a precariedade da formação dos profissionais do PSF encontrada em outros estudos (AZEREDO *et al.*, 2007; COTTA *et al.*, 2006a; COTTA *et al.*, 2006b; DAL POZ *et al.*, 2002). A forma contratual de trabalho dos profissionais do PSF é o contrato temporário, também constatado por Junqueira (2008), que resalta que esta forma de contrato dificulta o estabelecimento de vínculos dos profissionais com o serviço e com a população atendida; alega, ainda, que os profissionais ficam a mercê da instabilidade político-partidária tão comum em cidades de pequeno porte, bem como das diferenças entre governos que se sucedem no poder, desestabilizando a natureza inovadora do PSF. Citada pelos usuários nas entrevistas, a rotatividade dos profissionais do PSF é uma outra questão a ser resolvida, pois dificulta o acolhimento e a continuidade das práticas de saúde pelas ESF (FILHO *et al.*, 2008).

Segurança

No tocante à pesquisa objetivou-se verificar as intervenções em vigilância em saúde, principalmente no que concerne à vigilância ambiental. Pesquisou-se, especificamente, as atividades dos setores da Secretaria de Saúde, inclusas no conceito de Vigilância em Saúde.

A Vigilância em Saúde, segundo Brasil (2007), inclui a vigilância e controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária.

A Secretaria de Saúde do município de Teixeira/MG é composta pela Vigilância Sanitária (VISA), Vigilância Epidemiológica (Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, Imunização, Notificação, Investigação), Programa Saúde da Família (PSF), Cartão SUS (Sistema de Cadastro Único do Sistema de Saúde), Tratamento Fora Domicílio (TFD), Bolsa Família e Fundação Municipal de Saúde – Hospital Santo Antônio.

Em relação à questão ambiental, nada se tem estruturado pela Secretaria de Saúde. Houve uma tentativa de se implementar o SISAGUA (Sistema de Informação para a Vigilância a Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano),

mas não houve continuidade, porque não possuíam estrutura física e profissional qualificado para trabalhar dentro das normas do programa. A única ação efetivada, em relação à questão ambiental, foi quanto aos resíduos sólidos contaminados do hospital e do PSF, que não são mais encaminhados para o lixão, tendo sido contratada uma empresa terceirizada para a coleta dos mesmos. Campanhas ou palestras sobre o meio ambiente praticamente não são ministradas. A única campanha registrada foi em parceria com a Secretaria de Educação, considerando a epidemia de dengue no país, onde um enfermeiro do PSF ministrou palestras nas escolas.

No setor de Vigilância Epidemiológica, a FUNASA realiza um trabalho com objetivo principal de combate à dengue. Para o alcance de resultados satisfatórios, procuram orientar as pessoas, acerca das condições que favorecem o desenvolvimento do mosquito *Aedes aegypti*, como os locais que não podem acumular água limpa. Além disso, os agentes colocam larvicidas em locais possíveis de desenvolvimento do mosquito, como caixa d' água, ralo, vaso de banheiro e prato de planta. A Vigilância Sanitária encaminha denúncias de lotes vagos sujos para que verifiquem se há foco do mosquito da dengue, solicitando aos proprietários a sua limpeza. Distribuem panfletos explicativos sobre a dengue e, no trabalho diário, os agentes fazem vistorias em pontos estratégicos; como cemitérios, sucatoes, ferro velho, oficina mecânica e terrenos baldios, procurando jogar adulticidas com uso de bomba nestes locais.

Todo caso suspeito de Doenças de Notificação Compulsória é registrado nas fichas de notificação e investigação. No entanto, como comenta Brito (1993), o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), não é alimentado pelas USF, as unidades notificantes, que prestam atendimento ao SUS. Além disso, as ESF não investigam os casos para verificar as possíveis causas das doenças.

No que tange as ações da Vigilância Sanitária, não há uma equipe para realizar as fiscalizações, sendo o coordenador o único fiscal. Vistorias são realizadas principalmente quando ocorre pedido do Ministério Público do Estado; ou mesmo, pedido de liberação de alvará para estabelecimentos que produzem produtos alimentícios. Proprietários de drogarias solicitam vistorias para liberação de alvará sanitário; no entanto, não há um farmacêutico, para fazer esse tipo de inspeção, desse modo, as vistorias são feitas por um profissional da Secretaria Regional de Saúde.

Inspecções de rotina são feitas em estabelecimentos que comercializam produtos alimentícios (padarias, açougues, supermercados); embora, durante o ano, foram poucos os estabelecimentos visitados. Ofícios são direcionados aos proprietários de farmácias e laboratórios solicitando a contratação de firma especializada para coleta dos resíduos sólidos ou incineração em local apropriado; no entanto, não cumprem, sendo o lixo encaminhado para o lixão.

Os ossos dos animais abatidos pelos açougues normalmente são jogados no lixão, ribeirão e zona rural. Os proprietários de açougues também recebem ofícios solicitando contratação de uma firma para coletar os ossos; porém, não os cumprem. As principais denúncias recebidas pelo setor são: presença de ratos; criação de porcos, em área urbana; abate de bovinos na rua, próximo às residências; despejo de ossos de animais abatidos em ruas, córrego e pastos; lote vazio, com lixo e mato; cães na rua; queima de ossos em área rural; despejo de sujidades de granja de porcos no ribeirão; esgoto a céu aberto. Apesar dessas denúncias a VISA não possui estrutura, recursos humanos e materiais para a averiguação das mesmas, dificultando a realização das atividades de sua responsabilidade.

No âmbito do PSF, não existe, em sua prática concreta, atividades de vigilância ambiental em saúde inerente à vigilância em saúde, demonstrando que existe uma lacuna a ser preenchida pelo programa. É fundamental que os processos de trabalho sejam organizados com vistas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde da população e com ações de promoção e vigilância em saúde efetivamente incorporadas no cotidiano das ESF (BRASIL, 2007).

Todos os setores estudados, que possuem uma responsabilidade com a Vigilância em Saúde, não realizam trabalhos articulados entre si, nem com outros setores do município. Em decorrência dessa carência, os riscos potenciais à saúde não são reduzidos, limitando a qualidade de vida da população.

Verificou-se, dessa maneira, que a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária e PSF apresentam-se ineficientes em suas atividades de vigilância em saúde. Brasil (2007) enfatiza que a vigilância epidemiológica tem como responsabilidade o monitoramento e divulgação de dados, além de informar sobre o comportamento da doença. O objetivo é a detecção precoce de condições que favorecem a ocorrência de

casos e a transmissão da doença. O componente educativo deve ser permanentemente ressaltado.

Na Vigilância Sanitária, entendida “*como um conjunto de ações capazes de eliminar, ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde*” (Brasil, 1990:10), constatou-se ações deficitárias, não havendo uma preocupação em solucionar os riscos ambientais, um dos fatores determinantes no processo saúde-doença da população.

Efetividade

De acordo com o Relatório Municipal de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde – Prioridades e Objetivos – municípios com menos de 80 mil habitantes, como o município de Teixeiras/MG, possui as seguintes prioridades a serem alcançadas: Prioridade IV - Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS; além da Prioridade V - Promoção da Saúde, com o objetivo de ampliar a promoção a saúde nos estados e municípios (BRASIL, 2008a).

As estatísticas relativas a essas prioridades ainda não foram finalizadas, não sendo possível examinar resultados das metas pactuadas. Entretanto, pela observação de campo e informações obtidas nos setores pesquisados, o fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endêmicas se restringe às ações pontuais, conforme notificações ou demandas, com escassa interlocução entre os problemas da Secretaria de Saúde, inexistindo um planejamento intersetorial focado em pontos estratégicos, visando promover a saúde ambiental.

Numa avaliação da efetividade do PSF, na medida em que se faz um exame relacional de sua implementação com a mudança social ocasionada, em termos de impactos e/ou efeitos alcançados, verificou-se que o programa assiste individualmente os usuários, voltando-se mais para as ações curativistas, numa abordagem de modelo biomédico da saúde, que define saúde como ausência de doença, desconsiderando que a saúde dos seres humanos é determinada não por intervenção médica, mas pelo comportamento, pela alimentação e natureza de seu meio ambiente (CAPRA, 2006). No cotidiano das ESF, as intervenções acontecem depois que as enfermidades já estão

instaladas. O intuito de desenvolver ações coletivas, numa ótica de prevenção, está apenas no início, havendo necessidade de mudar essa concepção.

Dentro desse panorama, há a necessidade de um amadurecimento do PSF para responder as metas pactuadas, pois para obtenção de uma efetividade do programa, há a necessidade de maiores investigações e observações mais apuradas por parte das ESF e dos demais setores responsáveis pelo meio ambiente e saúde. Segundo Leal (2001), a vigilância das condições do ambiente inclui-se dentre as medidas de prevenção primária às doenças e agravos. No entanto, para obtenção de eficiência que, segundo Almeida *et al.* (2003), “é a relação entre o produto (resultado) da intervenção de saúde e os recursos utilizados”, tornando-se necessárias ações mais efetivas das equipes do PSF, numa ótica de promoção da saúde; evitando, dessa maneira, que doenças relacionadas à variável ambiental surjam e acometam a qualidade de vida das comunidades.

Constata-se na pesquisa, em consonância com Bydlowski *et al.* (2004), que o SUS embora tenha sido institucionalizado a partir de um conceito amplo de saúde, está operando com o conceito de ausência de doença, ou seja, o modelo biomédico de saúde. Para Mendes (2006), o desafio está em construir socialmente um novo sistema de saúde, referendado por uma concepção positiva da saúde como qualidade de vida, em consonância com um novo paradigma sanitário, em termos da produção social da saúde; como também, por uma nova prática sanitária, a vigilância em saúde. Ou seja, como destaca o autor, a vigilância em saúde, como prática sanitária, é uma resposta social organizada aos problemas de saúde em todas as suas dimensões, que busca organizar os processos de trabalho em saúde, mediante operações intersetoriais e articuladas por diferentes estratégias de intervenção.

A saúde é produzida socialmente, assim, a manutenção da saúde ou sua promoção não deve ser responsabilidade somente do setor saúde, mas resultado de ações intersetoriais, multidisciplinares e apoiadas por políticas públicas saudáveis, isto é, promotoras da qualidade de vida (FERREIRA e BUSS, 2001). Nessa perspectiva, o PSF deveria ser a propulsora das ações intersetoriais, incorporando as ações de vigilância em saúde em sua prática, com o objetivo de controlar e prevenir as doenças e obter um melhor desempenho do programa.

5. CONCLUSÕES

A percepção dos usuários acerca do desempenho do PSF revelou-se positiva, quanto ao acesso, satisfação, respeito aos direitos das pessoas e a continuidade dos serviços prestados pelo programa; embora um grupo de famílias tenha relatado a necessidade de melhoria nos serviços ofertados, bem como no trabalho do ACS. Reclamações quanto à falta de médicos e a alta rotatividade dos profissionais, dificuldade na marcação de consultas e exames, desorganização na recepção, descompromisso e falta de qualificação dos profissionais também apareceram com frequência. Nesse contexto, a qualidade do serviço deve levar em conta a satisfação do usuário, cabendo à equipe do PSF perceber e entender suas reivindicações, por meio da humanização do serviço ofertado.

Os resultados permitem concluir que os profissionais desempenham suas funções numa abordagem do modelo biomédico da saúde, necessitando de uma melhor compreensão acerca da atenção primária por parte dos profissionais. O PSF está caminhando para a promoção da equidade, no entanto, necessita estimular a continuidade interpessoal na atenção e acesso a uma saúde de qualidade, estimulando o vínculo e o comprometimento do serviço, principalmente junto aos grupos considerados menos privilegiados da sociedade.

Outro aspecto concludente acerca dos indicadores de adequação e segurança, diz respeito ao fato de que o PSF não está trabalhando na lógica de vigilância em saúde. Assim, efeitos decorrentes de intervenções ambientais, não são sentidos pela população; carecendo de uma qualificação dos profissionais para que a efetividade do programa seja alcançada. As intervenções devem ser dirigidas aos indivíduos, grupos populacionais e ao ambiente, de modo a produzir impactos positivos sobre os níveis de saúde.

Assim, apesar do tema saúde estar alcançando grande dimensão, sobretudo quando se trata de promover mudanças efetivas no modelo hegemônico do processo saúde-doença para uma nova perspectiva de assistência à saúde, desafios existem principalmente quanto às ações preventivas e promotoras de saúde, devendo o cuidado em saúde inserir o gestor público, juntamente com profissionais e a sociedade, a fim de promover a intersetorialidade, por meio de ações integradas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C.; SZWARCOWALD, C. L.; TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; NOVAES, H. M. D.; NORONHA, J. C. de; ROCHA, J. Y.; SILVA, L. M. V. da; ALMEIDA, M. F. de; BARROS, M.; MARTINS, M.; IBAÑES, N.; UGÁ, M. A.; CAETANO, R.; PORTO, S. **Projeto: Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro-** Relatório Final. Rio de Janeiro: PRO-ADESS, 2003, 255p.

ANDRADE, J. A. **O espaço público como uma rede de atores: a formação de uma política de erradicação do trabalho infantil.** Porto Alegre: UFRGS, 2004, 213p.

AZEREDO, C. M.; COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; MAIA, T. M.; MARQUES, E. S. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.3, p.743-753, 2007.

BRASIL **Caderno de Atenção Básica nº21.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Lei n.º.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. In: **Diário Oficial da União.** Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. **Programa Saúde da Família - PSF.** Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **SISPACTO.** Pacto pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).** Secretaria de Assistência a Saúde / DAB – DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).** Secretaria de Vigilância em Saúde / DAB – DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

BRITO, L. S. F. Sistema de informação de agravos de notificação - Sinan. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anais do Seminário de Vigilância Epidemiológica.** Brasília: Ministério da Saúde, 1993. p.145-146.

BYDLOWISKI, R.C.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde e sociedade**, vol.13, n.1, p.14-24, 2004.

CAPRA, F. O modelo biomédico. In: CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 26ª ed., 2006.

COHEN, S. C.; CYNAMON, S. E.; KLIGERMAN, D.C; ASSUMPÇÃO, R. F. Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 9, n.3, p. 807-813, 2004.

COSTA, F. L. da; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, v.37, n.5, p.969-992, 2003.

COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C. M.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, vol.15, n.3, p.7-18, julho/setembro, 2006. a.

COTTA, R. M. M.; AZEREDO, C. M.; SCHOT, M.; MARTINS, P. C.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira: o papel estratégico dos profissionais e usuários do sistema sanitário. **Revista Medicina de Minas Gerais**, vol.16, n.1, p.2-8, 2006. b.

COTTA, T. C. Metodologias de avaliação de programas e projetos sociais: análise de resultados e de impactos. **Revista do Serviço Público**, ano 49, n.2, p.103-123, 1998.

DAL POZ, M. R. Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia em Brasil. **Gac Sanit.**; Barcelona, v.16, n.1, p.82-88. 2002.

FADEL, M. A. V.; FILHO, I. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Caderno de Saúde Pública**. v.22, n.6, 2006

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

FILHO, L. A. R.; FASSA, A. G.; PANIZ, V. M. V. Fatores associados à continuidade interpessoal na atenção à saúde: estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, v.24, n.4, p.915-925, abril, 2008.

JUNQUEIRA, T. S. **Organização do trabalho em saúde: a gestão de recursos humanos no programa de saúde da família e a reorientação da atenção básica**. Viçosa, 2008. 102p. Dissertação (Mestrado em Administração Pública). Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, 2008.

KLOETZEL, K.; BERTONI, A. M.; IRAZOQUI, M. C.; CAMPOS, V. P. G.; SANTOS, R. N. dos. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. A satisfação do usuário. **Caderno de Saúde Pública**, v.14, n.3, julho/setembro, 1998.

LEAL, P. F. G. **Caderno de Higiene**. Viçosa: Edições PREPARE-SE, 2001.

MARQUES, J. B.; APRÍGIO D. P.; MELLO, H. L. S. de; SILVA, J. D.; PINTO, L. N.; MACHADO, D. C. D.; BASTOS V. H. V. Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no Programa Saúde da Família (PSF): uma atualização da literatura. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.31, n.2, p.246-255, julho/dezembro, 2007.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2ª ed., 2006.

OPAS. **Atenção Primária Ambiental (APA)**. Washington, D.C: Divisão de Saúde e Ambiente, 1999.

SCHERER, M. D. dos A; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface**, v.9, n.16, p. 53-66, fevereiro, 2005.

SOLOMON, M. R. **O comportamento do consumidor**. São Paulo: Ed. Bookman, 2002.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudo de Psicologia (Natal)**. Natal, v.8, n.3, 2003.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRAD, L. A.B.; BASTOS, A. C. S.; SANTANA, E. M.; NUNES, M. O. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.3, 2002.

CONCLUSÕES GERAIS

- As disposições legais da Saúde Ambiental não se concretizam na realidade concreta do PSF de Teixeira/MG, pela fragilidade da integração saúde-ambiente e pela não adoção de um modelo de vigilância em saúde.
- A proposta da Atenção Primária Ambiental, não se encontra na pauta das atividades do PSF, além de que os demais setores da prefeitura municipal de Teixeira/MG e instituições responsáveis pela discussão e fiscalização dos problemas ambientais determinantes do processo saúde-doença da população, não estão articulados para a solução dos problemas ambientais locais.
- Os usuários do PSF possuem uma visão dos riscos/problemas ambientais que podem refletir na saúde da família e comunidade; mas não possuem um interesse em defesa dos seus direitos e proteção do meio ambiente. A incorporação da Atenção Primária Ambiental (APA) nas atividades do PSF representa a política de saúde capaz de buscar respostas efetivas, com a intersetorialidade, para a resolução dos problemas de saúde ambiental da população.
- O baixo grau de instrução dos entrevistados, a falta de cuidados com a água consumida pelas famílias e destino final do lixo doméstico, como também as condições das habitações e precariedade de sua higiene são os principais fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de doenças e precarização da qualidade de vida das famílias pesquisadas.
- O PSF constitui-se em um importante instrumento para detectar os fatores determinantes do processo saúde-doença; portanto, os gestores locais precisam perceber que áreas prioritárias de política social e econômica, como educação, salário, emprego, saneamento e habitação, têm profunda interferência na saúde das populações; por esse motivo, precisam pensar em um trabalho conjunto com outros setores e instituições para a integração de profissionais em equipes interdisciplinares e multiprofissionais, visando uma compreensão mais abrangente para agir sobre os problemas de saúde.

- Os ACS não estão preparados para as atribuições e competências elaboradas para o perfil desejado, segundo a lógica de promoção da saúde. Não há a dúvida quanto à sua contribuição para o processo de transformação social, que incorpore uma atuação em educação ambiental. Assim, devido a importância do ACS junto às comunidades, o seu perfil de escolaridade e capacitação constitui uma base sólida onde se sustentam a necessidade e a pertinência de uma formação profissional em nível técnico.
- O PSF não trabalha na lógica de vigilância em saúde, assim, os efeitos decorrentes de intervenções ambientais não são sentidos pela população. As intervenções devem ser dirigidas aos indivíduos, grupos populacionais e ao ambiente, de modo a produzir impactos sobre os níveis de saúde. Percebe-se um desconhecimento por parte dos profissionais e dos usuários do PSF sobre as ações que são executadas nos programas de vigilância à saúde, como a vigilância ambiental, necessitando de uma qualificação dos profissionais para que a efetividade e um melhor desempenho do programa sejam alcançados.
- Apesar do tema saúde estar alcançando grande dimensão, sobretudo quando se trata de promover mudanças efetivas no modelo hegemônico do processo saúde-doença para uma nova perspectiva de assistência à saúde, coloca-se em reflexão principalmente as ações preventivas e promotoras de saúde; havendo necessidade de inserir o gestor público, juntamente com profissionais e a sociedade, a fim de promover a intersetorialidade para a melhoria da qualidade de vida da população.

Livros Grátis

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

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

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

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

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