



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**AS RELAÇÕES ENTRE SAÚDE E AMBIENTE NAS PRÁTICAS DE  
PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**CINOÉLIA LEAL DE SOUZA**

**JEQUIÉ-BAHIA**  
**2019**

**CINOÉLIA LEAL DE SOUZA**

**AS RELAÇÕES ENTRE SAÚDE E AMBIENTE NAS PRÁTICAS DE  
PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

LINHA DE PESQUISA: Educação em Saúde e Sociedade.

ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ana Cristina Santos Duarte.

**JEQUIÉ-BAHIA  
2019**

## FICHA CATALOGRÁFICA

S729r Souza, Cinoélia Leal de.  
As relações entre saúde e ambiente nas práticas de promoção da saúde /  
Cinoélia Leal de Souza.- Jequié, 2019.  
96f.

(Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia -  
UESB, sob orientação da Profa. Dra. Ana Cristina Santos Duarte)

1.Saúde Ambiental 2.Educação em Saúde 3.Território 4.Saúde da  
Família 5.Profissional de Saúde 6.Educação Ambiental I.Universidade  
Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

CDD – 363.700981

## FOLHA DE APROVAÇÃO

SOUZA, Cinoélia Leal de. **As relações entre saúde e ambiente nas práticas de promoção da saúde.** Tese [Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-Bahia. 2019. 96p.

  
ANA CRISTINA SANTOS DUARTE

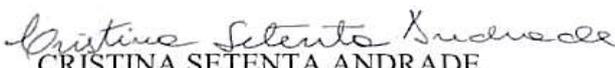
Doutora em Educação pela Universidade Federal da Bahia. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.  
Orientadora e Presidente da banca examinadora.

  
ADRIANO MAIA DOS SANTOS

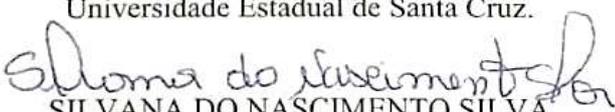
Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva no Instituto Multidisciplinar em Saúde, na Universidade Federal da Bahia.

  
ALBA BENEMÉRITA ALVES VILELA

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

  
CRISTINA SETENTA ANDRADE

Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professora Emérita da Universidade Estadual de Santa Cruz.

  
SILVANA DO NASCIMENTO SILVA

Doutora em Ensino, Filosofia e História das Ciências pela Universidade Federal da Bahia. Docente do Programa de Pós-Graduação em Educação Científica e Formação de Professores da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Jequié/BA, 04 de julho de 2019

## DEDICATÓRIA

*A todos os estudiosos da vida e do outro, porque sem a busca constante pela compreensão da humanidade não se faz ciência.*

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais que me deram educação, valores e confiança, que sempre apoiaram a minha caminhada, especialmente à minha mãe e ao meu pai pelo apoio incondicional, e aos meus irmãos, Cláudia e Idalécio, pela amizade, carinho e apoio. A Cleves pelo apoio, e à Elaine pela amizade, carinho, apoio e atenção.

À Professora Doutora Ana Cristina Santos Duarte pela orientação, apoio e disponibilidade em contribuir com o seu vasto conhecimento, e pela paciência e compreensão.

Aos colegas do Centro Universitário UNIFG por fazer ser possível cursar o doutorado concomitantemente com o trabalho.

A Leandro, Adson, Ane Caroline, Daniela, Denise, Jaqueline, Jayne e Gabriela pelo apoio na imersão e coleta de dados, e nas discussões do Grupo de Pesquisa Saúde e meio Ambiente.

Aos meus colegas Erlânia, Agnes, Livia e Mateus, pelas conversas, desabafos e divertidas viagens. Aos colegas de curso, professores e funcionários do Doutorado em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

A todos que de alguma forma contribuíram para que esse momento fosse possível.

SOUZA, Cinoélia Leal de. **As relações entre saúde e ambiente nas práticas de promoção da saúde**. Tese [Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-Bahia. 2019. 96p.

## RESUMO

A saúde e o ambiente estão relacionados diretamente, pois o desenvolvimento não sustentável, as barreiras ambientais e as ações ser humano/natureza e natureza/ser humano resultam em sérios problemas à saúde, além das injustiças e iniquidades sociais. Nesse contexto, as ações de saúde realizadas no território, como proposto pelas políticas de saúde do Brasil, podem favorecer o processo de saúde e qualidade de vida de indivíduos e comunidades, desde que estreitados os laços entre o ambiente e a saúde. Diante disso, o objetivo geral do estudo foi: analisar como é estabelecida a relação saúde e ambiente nas ações de promoção da saúde no contexto da Estratégia de Saúde da Família. Objetivos específicos: traçar o perfil de morbimortalidade relacionado à saúde e ambiente; identificar quais as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde que abordam a temática ambiental na Estratégia de Saúde da Família; caracterizar a abordagem da temática ambiental nas atividades de educação em saúde realizadas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família; verificar como os usuários da Estratégia de Saúde da Família vivenciam as atividades de educação em saúde que abordam temática ambiental. Pesquisa de natureza qualitativa e quantitativa, do tipo descritiva e exploratória. Foram realizadas entrevistas com profissionais e usuários das unidades de saúde. Foram estudados territórios adscritos de 11 unidades de saúde. A amostra de profissionais foi probabilística estratificada com 49 Agentes Comunitários de Saúde, 16 Técnicos de Enfermagem, 11 dentistas, 09 médicos, 11 Enfermeiros e 10 auxiliares de saúde bucal. Os critérios de inclusão para usuário foram: ter mais de 18 anos e estar cadastrado na unidade escolhida para o estudo, sendo incluídos 331 usuários em uma amostragem simples e sem reposição. A análise qualitativa foi realizada por meio da triangulação de dados e a quantitativa com auxílio do software estatístico SPSS 22®. Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 79882217.8.0000.0055). Os resultados apontaram que é necessário reafirmar que os fatores ambientais isolados não determinam as condições de pobreza, subdesenvolvimento e falta de acesso à saúde e conservação dos recursos naturais, por outro lado, tratar das questões socioambientais como dissociadas das questões de saúde tem implicado em uma assistência às patologias e não às necessidades de saúde que os territórios locais impõe. As ações dos profissionais de saúde não aproximam o impacto e a importância do ambiente para a saúde, e por isso as ações de educação em saúde ainda são pontuais e pautadas em doenças crônicas, mesmo o território apresentando altos índices de doenças infectocontagiosas. Isso conseqüentemente é percebido pelos usuários dos serviços de saúde estudados, que pouco acessam informações para produzir conhecimento sobre as barreiras socioambientais e os impactos delas na saúde do indivíduo e da comunidade no seu território de vivência. Cabe então, mais investimentos em saúde, educação e desenvolvimento responsável nessas áreas, pois não se pode considerar o desenvolvimento sustentável sem antes garantir condições mínimas para a sobrevivência da população, nem garantir ações efetivas baseadas na realidade se não há investimentos, capacitação profissional e sensibilidades para os problemas locais de cada território.

Descritores: Saúde Ambiental. Educação em Saúde. Território. Saúde da Família. Profissional de Saúde. Educação Ambiental.

SOUZA, Cinoélia Leal de. **The relationship between health and the environment in health promotion practices.** Thesis [Doctoral]. Post Graduate Program in Nursing and Health, State University of Southwest Bahia, Jequié – Bahia. 2019. 96p.

## ABSTRACT

Health and the environment are directly related, since unsustainable development, environmental barriers and actions being human / nature and nature / human being result in serious health problems, in addition to social injustices and inequities. In this context, health actions carried out in the territory, as proposed by Brazil's health policies, can favor the health process and quality of life of individuals and communities, as long as the bonds between the environment and health are tightened. Therefore, the overall objective of the study was to analyze how the health and environment relationship is established in health promotion actions in the context of the Family Health Strategy. Specific objectives: to trace the profile of morbidity and mortality related to health and environment; identify which actions developed by health professionals that approach the environmental theme in the Family Health Strategy; characterize the approach of the environmental theme in health education activities carried out by professionals of the Family Health Strategy; to verify how the users of the Family Health Strategy experience the activities of health education that approach the environmental theme. Qualitative and quantitative research of the descriptive and exploratory type. Interviews were conducted with professionals and users of the health units. Assigned territories of 11 health units were studied. The sample of professionals was stratified probabilistic with 49 Community Health Agents, 16 Nursing Technicians, 11 dentists, 9 doctors, 11 Nurses and 10 oral health aides. The inclusion criteria for the user were: to be over 18 years old and to be enrolled in the unit chosen for the study, 331 users being included in a simple and non-replenished sample. The qualitative analysis was performed by means of the triangulation of data and the quantitative one with the aid of statistical software SPSS 22®. Approved by the Research Ethics Committee (CAAE: 79882217.8.0000.0055). The results pointed out that it is necessary to reaffirm that isolated environmental factors do not determine the conditions of poverty, underdevelopment and lack of access to health and conservation of natural resources, on the other hand, addressing social and environmental issues as dissociated from health issues has implied a and not to the health needs that the local territories impose. The actions of health professionals do not approximate the impact and importance of the environment to health, and therefore health education actions are still punctual and based on chronic diseases, even the territory with high rates of infectious diseases. This is consequently perceived by the users of the health services studied, who do not access information to produce knowledge about socio-environmental barriers and their impacts on the health of the individual and the community in their living territory. There is therefore more investment in health, education and responsible development in these areas, since sustainable development can not be considered without first guaranteeing minimum conditions for the survival of the population, nor guarantee effective actions based on reality if there are no investments, professional training and sensitivities to the local problems of each territory.

Descriptors: Environmental health. Health Education. Territory. Family Health. Health Professional. Environmental Education.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Distribuição das teses de doutorado produzidas nos programas brasileiros utilizando os descritores “Educação em saúde” AND ‘Meio ambiente”, CAPES e BDTD, Brasil, 2008 a 2018.....25

Quadro 2 – Número de profissionais das Unidades de Saúde da Família incluídos no estudo. Guanambi- Bahia, 2018.....34

Figura 1 – Síntese do processo de triangulação dos dados.....35

### ARTIGO 1

Figura 1- Localização de Guanambi-Bahia no Semiárido brasileiro.....40

Figura 2- Biomas do Semiárido brasileiro.....40

Tabela 1 – Incidência de dengue, DATASUS, Guanambi, Bahia, 2018.....43

Tabela 2 – Incidência de Zika, DATASUS, Guanambi, Bahia, 2018.....45

Tabela 3 – Incidência de Chikungunya, DATASUS, Guanambi, Bahia, 2018.....46

### ARTIGO 2

Tabela 1- Caracterização dos profissionais de saúde da ESF segundo os dados sociodemográficos. Guanambi, Bahia, Brasil, 2018.....60

Tabela 2- Distribuição de frequências das atividades de educação em saúde e educação ambiental nas USF, Guanambi, Bahia, Brasil, 2018. ....61

Quadro 1- Distribuição das atividades de educação em saúde e ambiente por profissional de saúde. Guanambi, Bahia, Brasil, 2018.....62

### **ARTIGO 3**

Tabela 1- Características da área de residência do usuário da ESF, Guanambi, Bahia, 2019.....	75
Tabela 2- Síntese da percepção dos usuários da ESF sobre as características da promoção da saúde nas unidades, Guanambi-Bahia, 2018.....	76

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
1.1 PRESSUPOSTO .....	17
1.2 OBJETIVOS .....	17
1.2.1 Objetivo Geral .....	17
1.2.2 Objetivos Específicos .....	17
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>19</b>
2.1 AS RELAÇÕES ENTRE SAÚDE E AMBIENTE .....	19
2.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO AMBIENTAL .....	21
2.3 A ABORDAGEM SOBRE SAÚDE E AMBIENTE NOS CURRÍCULOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE .....	22
2.4 O ESTUDO SOBRE SAÚDE, EDUCAÇÃO E AMBIENTE EM TESES DE DOUTORADO BRASILEIRAS .....	24
2.5 TERRITÓRIO, AMBIENTE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) .....	27
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>30</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA .....	30
3.1.1 Dados epidemiológicos .....	30
3.1.2 Pesquisa de campo .....	30
3.1.2.1 Entrevistas .....	31
3.1.2.2 Observação .....	31
3.1.3 Pesquisa Documental .....	32
3.2 ÁREA DE ESTUDO .....	33
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	33
3.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	35
3.5 QUESTÕES ÉTICAS .....	36
3.6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	36
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>37</b>
<b>ARTIGO 1 – AMBIENTE, TERRITÓRIO E SUAS IMPLICAÇÕES NO PERFIL SOCIOEPIDEMIOLÓGICO</b> .....	<b>37</b>
<b>ARTIGO 2 – AMBIENTE E SAÚDE NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA</b> .....	<b>54</b>
<b>ARTIGO 3 – AMBIENTE E PROMOÇÃO DA SAÚDE: VIVÊNCIAS NO TERRITÓRIO ADSCRITO NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS</b> .....	<b>71</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>83</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>86</b>

<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO.....</b>	<b>91</b>
<b>APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAL DE SAÚDE .....</b>	<b>92</b>
<b>APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIO DO SERVIÇO DE SAÚDE.....</b>	<b>94</b>

## APRESENTAÇÃO

O interesse pessoal no estudo do tema Educação em Saúde surgiu nos primeiros semestres da graduação em Enfermagem, na Universidade Federal da Bahia, quando integrei um projeto de pesquisa e extensão sobre Oficinas de “Educação em Saúde para Agentes Comunitários de Saúde”, voltadas para o controle e prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica. Nessa oportunidade, pude começar a compreender a importância da Atenção Primária para a Saúde coletiva, e perceber que a regionalização, o território e a educação em saúde eram peças fundamentais para alcançar uma saúde de qualidade.

Nessa perspectiva, era preciso compreender aspectos ambientais nesse processo, e um pouco dessa compreensão fui buscar no Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente, da Universidade Estadual de Santa Cruz. No mestrado, procurei estudar a importância da educação para a saúde, então a educação ambiental perpassou os meus estudos, nos quais pude perceber, que apesar de o ambiente ser determinante da saúde das pessoas, e, possivelmente, vice-versa, há um distanciamento dessas duas vertentes do conhecimento na formação do profissional de saúde.

Como consequência disso, procurei intensificar os meus estudos nessa área, tanto na prática docente, ministrando o componente curricular Saúde Ambiental, dentre outros relacionados à promoção da saúde, como na pesquisa, enquanto Líder do grupo de pesquisa Saúde e Meio Ambiente, no Centro Universitário UNIFG. Logo, as inquietações cresceram e a vontade de permanecer sendo uma estudiosa da área saúde-ambiente também aumentou.

Diante disso, vários questionamentos foram surgindo, e todos envolviam, de certa forma, como a prática de promoção da saúde integra a relação saúde-ambiente na perspectiva da atenção primária, que tem o foco das ações em um território definido. E esse questionamento foi a base do estudo do Doutorado em Enfermagem e Saúde na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

## 1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a relação da saúde com o ambiente nas práticas de promoção da saúde, que é objeto deste estudo, esteve associada à evolução das políticas de saúde devido às influências exercidas pela natureza na vida humana, como também das ações humanas sobre o ambiente. Iniciada com uma abordagem mais higienista, essas relações foram acentuadas na modernidade com o crescimento da industrialização e da urbanização, e de suas conseqüentes repercussões no modo de vida das pessoas e na maneira de utilizar os recursos naturais (MINAYO; MIRANDA, 2002).

O ambiente é compreendido como um dos fatores determinantes da saúde pelas políticas públicas brasileiras, e para compreender a complexidade inerente às questões relativas ao ambiente e a saúde, deve-se envolver um conjunto de saberes científicos, culturais e populares, enfocados a partir de uma abordagem crítica (MINAYO; MIRANDA, 2002). Deve-se aqui considerar que os saberes ou conhecimentos populares são desenvolvidos ao longo da história, contudo, a sua importância e a contribuição que eles poderiam dar na busca de solução para os atuais problemas ambientais têm sido pouco explorados (SILVA et al., 2014).

Vale ressaltar que a partir da Constituição de 1988, e posterior implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, o conceito de saúde passou a ser entendido de forma mais abrangente, visto como resultante das condições de vida, acesso aos serviços de saúde, como também de fatores individuais que busquem um estilo de vida saudável, apontado no Artigo 3º que diz: “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”.

O meio ambiente é percebido de diferentes formas pelos indivíduos, e essa heterogeneidade de percepção é resultado do modo como interagimos com ele (KRZYSCZAK, 2016). Não há unanimidade na definição de meio ambiente, e a Política Nacional do Meio Ambiente (PNMA) o definiu como: “o conjunto de condições, leis, influências e infraestrutura de ordem física, química e biológica, que permite, abriga e rege a vida em todas as suas formas” (BRASIL, 1981, p.01). A abrangência do conceito de meio ambiente também toma dimensões maiores com a Constituição Federal de 1988, estabelecendo sua interrelação com diversos dispositivos, dentre eles, como já citado, a saúde.

Sauvé et al. (2000) identificaram sete representações paradigmáticas sobre o meio ambiente: ambiente como natureza, como recurso, como problema, como meio de vida, como

sistema, como biosfera e ambiente como projeto comunitário. Nesse sentido, o ambiente como meio de vida é visto como algo que precisa ser conhecido e organizado, ou seja, o ambiente cotidiano: a escola, a casa, o bairro, o lugar de trabalho etc., envolvendo os aspectos naturais e culturais, bem como os vínculos entre estes. Já o ambiente como projeto comunitário é entendido como algo para o qual as pessoas precisam se comprometer. Assim, o ambiente faz parte da coletividade humana, é o lugar dividido, o lugar político, o centro da análise crítica. Sendo que, pelo individualismo e falta de compromisso com a própria comunidade, o ambiente clama pela solidariedade, pela democracia e pelo envolvimento individual e coletivo (KRZYSCZAK, 2016).

Com base nesses pressupostos e na complexidade inerente à conceituação das duas vertentes de conhecimento (saúde e meio ambiente), buscou-se discutir a relação da saúde com o “ambiente” na perspectiva supracitada.

Segundo Ribeiro (2004) as preocupações com a problemática ambiental só foram inseridas de fato nas discussões e políticas de Saúde Pública na segunda metade do século XX, após ter sido estruturada uma área específica para tratar da inter-relação entre saúde e o ambiente, que foi denominada de Saúde Ambiental. Essa abordagem surgiu quando ambientalistas e sanitaristas começaram a perceber que era necessário articular essas áreas para que fosse possível responder às novas propostas de saúde como qualidade de vida, dependente de fatores condicionantes, dentre eles o fator ambiental (MINAYO, 2007).

Também o conceito de desenvolvimento sustentável motivou o envolvimento de seguimentos das universidades, desde o início de seu uso no Relatório Brundtlandt, apresentado em 1987 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), conhecido como “Nosso futuro comum”, que reafirmou a ideia de desenvolvimento sustentável como necessidade de refletir sobre a postura consumista da sociedade contemporânea, e os impactos dessa relação nos recursos naturais, com a implantação de um programa de desenvolvimento sustentável pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Essas articulações se fortaleceram na Conferência das Nações Unidas Sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada em 1992, no Rio de Janeiro, onde foi proposta a Agenda 21, documento assinado por 179 países, considerado um instrumento de planejamento participativo, visando o desenvolvimento sustentável. Como plano de ação para o desenvolvimento sustentável foi destacada a importância da articulação entre a área ambiental com a saúde, no capítulo da Agenda 21, denominado de “Proteção e Promoção das Condições da Saúde Humana” (BRASIL, 1992).

A saúde e o desenvolvimento sustentável estão intimamente relacionados, pois tanto um desenvolvimento não sustentável pode favorecer a não superação dos problemas socioambientais, como um desenvolvimento inadequado que resulte em consumo excessivo, associados a uma população mundial em expansão, podem resultar em sérios problemas para a saúde, tanto nos países em desenvolvimento como nos desenvolvidos (BRASIL, 2011, cap. 6).

Na sequência do Relatório Brundtland, grupos de universidades constituíram-se em signatários de Cartas e Declarações elaboradas em torno dos princípios da sustentabilidade (GRAHAM, 2004). Neste contexto, a saúde, como segmento social, foi direcionada para discussões dos determinantes sociais a partir das necessidades e dos problemas da população que ainda persistem, como ausência de infraestrutura socioambiental e dificuldades no acesso aos serviços e equipamentos públicos.

Em 1998 ocorreu em Paris, na França, a Conferência Mundial do Ensino Superior, que resultou em uma publicação intitulada de: “Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI: Visão e Ação”. Essa publicação mostrou que as instituições de educação superior têm que educar estudantes para que sejam cidadãos e cidadãs bem informados e profundamente motivados, capazes de pensar criticamente e de analisar os problemas da sociedade, de procurar soluções e de aceitar responsabilidades sociais (UNESCO, 1998).

Formar profissionais capazes de criticar, refletir e propor alternativas e estratégias para reduzir os problemas vivenciados pela sociedade, sobretudo na sua própria realidade, não pode estar dissociado de formar cidadãos. Promover uma educação em saúde efetiva diante das necessidades sociais, de saúde, ambientais e culturais é mais do que uma das funções da universidade, perpassa a necessidade e o direito à qualidade de vida, que é reafirmada a cada discussão sobre educação, ambiente e educação em saúde.

E a perspectiva das questões e/ou problemas socioambientais, parte do princípio que, aliado ao crescimento das cidades, houve uma associação da relação de desigualdades e iniquidades sociais, pois, parte importante da população enfrenta condições de vida precárias, por morarem em áreas de encostas, ou a altos índices de poluição, enchentes, ausência de saneamento básico, acesso precário a serviços e equipamentos públicos, com impactos que se associam aos fatores sociais constituindo o problema socioambiental (FREITAS; CUNHA, 2013).

No contexto brasileiro, o debate sobre a relação entre desigualdade social e exposição das populações em situação de vulnerabilidade aos problemas ambientais ainda é incipiente, e mesmo que estejam incorporando a temática ambiental à sua prática, pode-se verificar sua frágil expressão tanto nos meios acadêmicos, governamentais ou junto às forças sociais democráticas,

por isso, precisa-se avançar na compreensão da relação entre desigualdade ambiental, econômica e social (LOUREIRO, 2003).

Nessa lógica, a educação em saúde desponta como território pulsante de movimentos de mudanças importantes para aplicação do conhecimento sobre os impactos das ações do ser humano sobre o ambiente pelo acúmulo de saberes e produções. Contudo, os aspectos ambientais, no contexto acadêmico ainda são pouco evidenciados nas investigações em saúde, mesmo tendo em vista que os problemas ambientais são potenciais causadores de doenças (SOUZA; ANDRADE, 2014).

O olhar sobre a relação entre o ambiente e a saúde humana deve partir do princípio de que é possível e necessário intervir, implicando sujeitos para transformar, e de que é possível escolher um rumo que leve à vida saudável e com qualidade, de forma solidária (MINAYO, 2007). No entanto, essa relação ainda é frágil nos estudos e nas práticas de promoção da saúde, interpretada e estabelecida como distante e pouco interativa.

É importante que o binômio saúde/doença seja entendido como um processo coletivo, e que o ambiente seja o espaço para análise e intervenção, buscando identificar as relações entre as condições de saúde e seus determinantes culturais, sociais e ambientais, dentro dos ecossistemas modificados pelo trabalho humano, através de um enfoque interdisciplinar (SABROZA; WALTNER-TOEWS, 2001).

Para tanto, promover territórios sustentáveis e saudáveis para promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos pressupõe o intercâmbio de conhecimentos e experiências que implica integrar iniciativas interdisciplinares, voltadas para esses territórios com utilização de tecnologias sociais, participativas e abordagem integradora dos princípios e valores do desenvolvimento sustentável e da promoção da saúde, e constitui um desafio relevante e atual para gestores, movimentos sociais e para os profissionais de saúde que trabalham diretamente nos territórios, sobretudo na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (GALLO et al., 2012).

Segundo Monken et al (2008), o interesse pelo território na saúde é um fenômeno recente, e partiu dos gestores de saúde, de estudiosos em administração dos serviços e dos trabalhadores de saúde, principalmente os que atuavam na atenção primária. Este fato gerou a possibilidade de uma nova conceituação que perpassa entre a saúde coletiva e a geografia.

Nessa perspectiva, o território da Saúde Coletiva é o local onde se desenvolvem as ações de saúde pública, que são produções coletivas, com materialidade histórica e social e configurações espaciais singulares compatíveis com a organização político-administrativa e institucional do setor. E tem como principal objetivo prevenir riscos e evitar danos à saúde, a

partir de um diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida de populações em áreas delimitadas (MONKEN et al., 2008).

A promoção da saúde deve integrar a busca de uma melhor qualidade de vida das pessoas, e a presença de trabalhadores de saúde em territórios eleva preocupações com as questões socioambientais que envolvam proteção e minimize agravos. Ainda assim, pouco se percebe movimentos que integrem saúde e ambiente no enfrentamento de problemas para gerar impactos nos determinantes sociais de saúde e na preservação ambiental.

Para Machado et al. (2007) é nos territórios que se organizam os movimentos sociais, por isso, nesses espaços se pode exercer a pressão sobre as condições do ambiente, por meio de contatos e articulação entre comunidade e profissionais de saúde, sejam elas institucionais ou comunitárias, em uma relação contínua de influência mútua em permanente movimento.

Assim, faz-se necessário investigar como os profissionais de saúde articulam os conhecimentos da saúde e ambiente nas práticas de educação em saúde no território de atuação, e como os usuários deste serviço percebem essas ações. Diante do exposto questionou-se: como é estabelecida a relação saúde e ambiente nas ações de promoção da saúde no contexto da Estratégia de Saúde da Família?

## 1.1 PRESSUPOSTO

Diante do contexto atual de discussões e ações em prol do ambiente, a visão crítica e reflexiva do profissional de saúde é fundamental para a mudança na relação saúde e ambiente, pois, são profissionais que tem como objetivo o cuidado coletivo, que na promoção da saúde envolve as ações da sociedade frente as necessidades socioambientais. Contudo, apesar da ESF está inserida em um território, com potencialidades para intervir diretamente no quadro de saúde, as ações de promoção da saúde oferecidas pela Estratégia de Saúde da Família são insuficientes e pouco focadas no ambiente, enquanto um significativo determinante da saúde.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo Geral

Analisar a relação saúde e ambiente nas ações de promoção da saúde no contexto da Estratégia de Saúde da Família.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

Traçar o perfil de morbimortalidade relacionado à saúde e ambiente de Guanambi-Bahia.

Identificar as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde sobre a temática ambiental nas Unidades de Saúde da Família de Guanambi-Bahia.

Caracterizar a educação ambiental nas atividades de educação em saúde realizadas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família.

Verificar como os usuários da Estratégia de Saúde da Família vivenciam as atividades de educação em saúde que abordam a temática ambiental.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 AS RELAÇÕES ENTRE SAÚDE E AMBIENTE

No âmbito das relações entre a saúde e o ambiente, com a constatação da crise ambiental nos anos 1970, advinda dos modos de produção altamente degradantes e impactantes tanto para o ambiente quanto para a saúde humana, as discussões em busca de soluções para os problemas ambientais culminaram na realização do primeiro encontro oficial para tratar do tema, a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente Humano, realizada em junho de 1972 em Estocolmo, na Suécia (BRASIL, 1992).

Essa Conferência foi marcada pelo embate entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento. Enquanto o primeiro grupo defendia crescimento zero para cessar a agressão sobre o ambiente e as suas consequências na vida humana, o segundo pregava o crescimento a qualquer custo.

A menção à saúde humana aparece no documento final da Conferência em seu item 4, ao relacionar a maioria dos problemas ambientais ao subdesenvolvimento, no qual milhares de pessoas vivem abaixo dos níveis mínimos de dignidade, privada de direitos sociais, como condições de saúde e higiene inadequadas.

É perceptível que a interferência cada vez maior do ser humano na natureza deu origem a diversos problemas tanto ambientais quanto de saúde pública. No entanto, a abordagem dessas duas áreas de conhecimento em conjunto, ganhou ênfase somente após a intensificação do processo de industrialização, de urbanização e da incorporação dos temas relacionados à saúde na pauta de reivindicação dos movimentos sociais (TENÓRIO; TENÓRIO; OLIVEIRA, 2018).

O próprio texto final do documento da Rio+20, chamado: “O futuro que queremos” reconhece que passados 20 anos, desde a Rio 92, pouco se avançou rumo ao desenvolvimento sustentável e a erradicação da pobreza, e reitera a necessidade de eliminar as diferenças entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, e criar oportunidades de alcançar o desenvolvimento sustentável mediante o crescimento econômico, o desenvolvimento social e a proteção do ambiente (ONU, 2012).

Especificamente em relação à saúde, o documento afirma:

É muito preocupante o fato de que um em cada cinco habitantes do planeta, ou seja, mais de um bilhão de pessoas, ainda viva em condições de extrema pobreza, e que um em cada sete – 14% da população mundial - seja subnutrido,

e que problemas de saúde pública, incluindo as pandemias e epidemias continuem sendo ameaças onipresentes. Nesse contexto, consideramos as discussões em andamento na Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a questão da segurança humana (ONU, 2012, p. 5).

Vale ressaltar a importância dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU, 2015), que é um plano de ação para as pessoas, para o planeta e para a prosperidade, que busca fortalecer a paz universal com mais liberdade, sendo que, a erradicação da pobreza em todas as suas formas e dimensões, incluindo a pobreza extrema, é o maior desafio global e um requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável.

Considerando a importância da temática ambiental no campo da saúde e a visão integrada do mundo, no tempo e no espaço, sobressaem-se as instituições de ensino como locais privilegiados na implementação de atividades que potencializem essa reflexão na formação educacional do ensino acadêmico (EFFTING, 2007), que pode implicar em mudanças nas ações dos futuros profissionais.

Destarte Mendes, Lewgoy e Silveira (2008) afirmam que a interdisciplinaridade vai além de uma justaposição ou adição de diferentes visões sobre determinados objetos de análise, uma vez que nessa vertente do conhecimento, as disciplinas se comunicam umas com as outras, confrontam e discutem as suas perspectivas, estabelecendo entre si uma interação mais forte.

Ademais, compreender as relações entre o ambiente e a saúde pública é uma etapa crucial e importante no desenvolvimento de um modelo de planejamento eficaz tanto para a saúde quanto para o ambiente, para o qual deve-se levar em consideração aspectos como a situação educacional, econômica, financeira, social, institucional e política (SOUSA; SOUSA; ALVÁRES, 2015).

Nesse panorama, o ambiente equivale ao conjunto de influências, condições, leis e interações de ordem biológica, física, social, cultural, química e urbanística, e o conhecimento das relações entre o ambiente e a saúde, especialmente as pertinentes às ocorrências de risco à saúde do ser humano, fundamentam a relevância de abranger essa temática nas ações da atenção primária à saúde, uma vez que esta relação é onipresente e pode repercutir de forma direta à saúde dos indivíduos (DIAS et al., 2018).

Por isso, abordar a relação saúde e ambiente sob a ótica da equidade é além de pertinente, necessário, pois, alcançar e minimizar as desigualdades sociais e ambientais e promover uma saúde universal, igualitária e equânime é um claro objetivo do próprio SUS. Contudo as conferências internacionais sobre o ambiente pouco se ativeram a apontar propostas

efetivas para minimizar os efeitos causados pelo desenvolvimento “insustentável” na saúde das pessoas, principalmente, para países em desenvolvimento.

## 2.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO AMBIENTAL

A educação é discutida por Paulo Freire como um processo de humanização, que deve ser trabalhado de forma intencional para humanizar, por intermédio de uma formação cultural e da prática transformadora de todos os indivíduos da sua história, reduzindo o conceito ao processo ensino-aprendizagem (FREIRE, 1996; FREITAS; FORSTER, 2016; KOHAN, 2019).

Ao se pensar em educação, em um território qualquer, é imprescindível relacionar com os estudos de Paulo Freire, que caracterizou a educação popular em um método de educação que valoriza os saberes prévios das pessoas e de seus povos ou comunidades, dentro de suas realidades culturais para a construção de novos saberes (FREIRE, 1996). Essa perspectiva fundamenta tanto as concepções de educação em saúde, quanto de educação ambiental.

Isto posto, a educação em saúde, de acordo com Cecim (2005), deve ser entendida como uma prática de ensino-aprendizagem, bem como uma política de educação em saúde. Acredita-se que a educação em saúde é uma importante ferramenta para possibilitar a promoção da saúde na atenção primária, compreendendo um espaço de aprendizagem e práticas no âmbito de saúde. Tendo em vista que quaisquer ações de saúde educativa, de prevenção de doença, como condutas de reabilitação e cura são também processo pedagógicos, contribuindo para a melhor condição de saúde (CARNEIRO et al., 2012; FALKENBERG et al., 2014).

Nesse cenário, é importante destacar as singularidades e semelhanças dos conceitos de educação em saúde e educação ambiental. Dessa forma, Reigota (2012) define a Educação Ambiental como um ato político, educativo, reconhecendo-se a análise das relações culturais, sociais, econômicas e políticas entre os cidadãos e o meio ambiente e as relações entre os seres humanos. Apesar disso, na prática, na maioria das vezes, os professores restringem-se a abordar a Educação Ambiental como algo abstrato, por meio de teorias, métodos e abordagens e circunstâncias provenientes de contextos distintos de suas relações, assim como de suas realidades e dos seus discentes (SILVEIRA; BARDIN, 2016).

Isto é, a Educação Ambiental é muito mais que ensinar, é sensibilizar a população em diferentes ambientes independente da classe social ou da origem. A aprendizagem faz parte do desenvolvimento diário para intervê suas relações do meio natural e social, fazendo-se necessário a participação individual e coletiva para criar ações, valores sociais, competências e decisões com o intuito de conservar o meio ambiente e desenvolver, de forma que irá repercutir nos determinantes que condicionam o bem-estar das pessoas (PICCOLI et al., 2016).

Nesse âmbito, surge ainda a concepção de Educação Ambiental Crítica, que para Costa e Loureiro (2015), é área da educação, é conduta intencional da prática social, que proporciona ao desenvolvimento individual um caráter social em sua relação com o meio ambiente e com os demais seres humanos, com a finalidade de fomentar essa ação humana, tornando-a mais plena de ética ambiental e prática social.

Ainda, de acordo com os autores supracitados, essa ação requer sistematização por meio de métodos que planejem os processos de transmissão crítica de saberes, condutas e valores sociais, políticos e históricos. Para tanto, a educação é mediadora na ação humana, pois concilia a teoria e a prática. Por outro lado, a educação ambiental é mediadora da apropriação dos indivíduos das qualidades e competências necessárias para transformar-se em responsáveis pelo meio em que vivem.

Dessa forma, o processo educativo deve ser pautado em situações reais para a resolução de problemas reais, principalmente a educação em saúde, pois, a educação é mais prática do que a teoria. Assim, a autonomia do educando não passa pela separação entre teoria e prática, pois a ciência teórica e a ciência prática na verdade são dois componentes de um mesmo processo, qual seja, a atividade humana (SILVA, 2000).

### 2.3 A ABORDAGEM SOBRE SAÚDE E AMBIENTE NOS CURRÍCULOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE

Em estudo anterior, realizado por Souza e Andrade (2014), no qual buscou-se analisar a abordagem das questões socioambientais nos cursos de graduação da área de saúde em instituições públicas de ensino superior do estado da Bahia, por meio da avaliação curricular e da percepção de professores e estudantes de saúde, notou-se que há um distanciamento na relação saúde/ambiente e na proteção ambiental. Isto faz com que os cursos de graduação em saúde minimizem associações entre doenças/saúde e questões socioambientais, levando-se em conta que tais questões devem ser tratadas como tema transversal na graduação em saúde, sinalizando claramente a necessidade de mais discussões e melhor incorporação da temática ambiental no campo da saúde.

Nessa perspectiva, traçou-se um panorama de como vem sendo a abordagem das questões socioambientais no ensino em saúde nas universidades do estado da Bahia. Sendo assim, nos dezessete cursos de graduação em saúde estudados, onze aproximam conteúdos sobre ambiente distribuídos em disciplinas de conteúdos gerais do curso, e seis não apresentaram nenhuma relação de conteúdo sobre o ambiente nos programas das disciplinas e/ou módulos gerais do curso.

Santos (2004) afirma que tratar de saúde sem levar em conta o modo como o ser humano se relaciona com o seu meio social e ambiental é voltar à época em que a doença era um fenômeno meramente biológico, desprovido de qualquer outra interferência que não fosse tão somente o humano e o seu corpo.

Há uma diferenciação na abordagem ambiental na formação dos profissionais de saúde, pois se percebe que os cursos de Psicologia, Odontologia e Nutrição são os que mais se distanciam da discussão interdisciplinar sobre saúde e ambiente, ambos não apresentaram, nos programas e ementas das disciplinas e/ou módulos, nenhum fator que aproximasse essa relação. Tais profissões, ao longo da história vêm atuando para um cuidado individual, restrito que pouco percebe as necessidades e problemas do coletivo e a importância do ambiente na vida da população (SOUZA; ANDRADE, 2014).

Ainda nos resultados do estudo de Souza e Andrade (2014), sobre as relações de saúde e ambiente na formação em saúde, os cursos de enfermagem apresentaram componentes curriculares que se aproximam da discussão interdisciplinar entre saúde e ambiente, mesmo não sendo uma disciplina específica sobre o tema ambiental, a exemplo das disciplinas Saúde Coletiva e Epidemiologia. As disciplinas e/ou módulos de Saúde Coletiva se destacam, de forma positiva, pois na sua própria concepção traz o componente da interdisciplinaridade, na identificação dos problemas e necessidades da população e do ambiente buscando analisar e intervir com conteúdos diversos que se integram no aprendizado.

De acordo com Morin (2003) a organização disciplinar, numa abordagem epistemológica, foi instituída no século XIX, notadamente com a formação das universidades modernas; desenvolveu-se depois, no século XX, com o impulso dado a pesquisa científica. As disciplinas têm história e essa história *está* inscrita na da Universidade, que, por sua vez, *está* inscrita na história da sociedade.

Nesta perspectiva, Morin (2003) afirmou que se ater as disciplinas como único processo de ensino/aprendizagem causa consequências como a falta de ligações e solidariedades do objeto de estudo com outros objetos estudados, assim como as ligações e solidariedades com o universo do qual ele faz parte. Nesse sentido, a interdisciplinaridade assume muitas concepções, e no campo das ciências corresponde à necessidade de superar a visão fragmentada do conhecimento (OLIVEIRA; SANTOS, 2017).

A Saúde Coletiva traz a concepção de território, enquanto espaço dinâmico de produção do cuidado em saúde e desenvolvem práticas em áreas de abrangência específica. De acordo com Monken e Barcellos (2005), a territorialização de atividades em saúde vem sendo preconizada por diversas iniciativas no interior do SUS, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a

Vigilância Ambiental em Saúde, Cidades Saudáveis, a própria descentralização das atividades de assistência e até mesmo nas ações das vigilâncias. São cenários presentes na formação de profissionais de saúde que exigem um olhar ampliado para o ambiente.

Ainda de acordo com Monken e Barcellos (2005), a atenção voltada para a produção social da saúde das populações gera a necessidade de esclarecer as mediações que operam entre as condições reais em que ocorre a reprodução dos grupos sociais no espaço e a produção da saúde e da doença. Percebe-se que a discussão do território perpassa mais por discussões pelas relações de poder nos espaços sociais de produção, de autonomia individual e coletiva envolvidas na participação social da população. De forma que, por não ser efetivamente vivenciado o controle social, ocorre o distanciamento das discussões das relações saúde e ambiente que envolve o ecossistema.

Estudos que buscam discutir as questões ambientais como fundamentais para a melhoria de outros setores da sociedade, como a saúde e o bem-estar social, como por exemplo o de Leff (2000, p.137), considera que o saber ambiental é um novo caminho do saber, pois, abre uma perspectiva de análise da produção e da aplicação de conhecimentos para as possíveis articulações entre ciências e os processos de internalização do saber ambiental, que é emergente entre todos os meios sociais (LEFF, 2009).

A importância destacada nas ações de saúde com foco na territorialização demonstra claramente a necessidade e urgência de incorporação e/ou ampliação das discussões sobre a temática ambiental nas práticas de saúde, sobretudo quando se trata de práticas educativas, tema de grande relevância para as duas áreas do conhecimento: saúde e ambiente. Entretanto, os programas e ementas dos cursos de graduação em saúde demonstram pouca atenção com a territorialização na saúde, e sobre quais aspectos ambientais devem ser levados em consideração no estudo do território. Em verdade, pouco se discute o ambiente como promotor da saúde que necessita ser preservado para futuras gerações.

#### 2.4 O ESTUDO SOBRE SAÚDE, EDUCAÇÃO E AMBIENTE EM TESES DE DOUTORADO BRASILEIRAS

Buscando identificar a relação entre educação, saúde e meio ambiente como objeto de estudo em teses de doutorado defendidas em Programas de Pós-Graduação no Brasil, no período de 2008 a 2018, foi realizada uma revisão da literatura em dois bancos de teses, que englobam diversos programas nacionais: o Portal de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDBTD).

Foi utilizado o “método de pesquisa integrado” para a busca nas bases de dados, em “todos os índices” e “todas as fontes”, o que permite uma ampla busca nas bases de dados e uma busca detalhada em títulos, resumos e textos. Os descritores utilizados foram: “Educação em saúde” AND “Meio Ambiente”. No portal da CAPES, na busca final foi encontrado um total de 15 resultados dos últimos 10 anos. A grande área de conhecimento englobou: Ciências da Saúde (11) e multidisciplinar (04). Na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDBTD) foram encontradas 12 teses no período definido para o estudo. Foi realizada inicialmente uma leitura exploratória para obter uma visão geral das 27 teses, e confirmar se respondiam aos interesses da pesquisa. Foram excluídas 4 publicações por repetição nas bases de dados, e 10 por não abordarem o tema estudado em conformidade com os critérios de inclusão estabelecidos previamente, como disposição do texto completo, idioma inglês e português e publicação nos últimos dez anos, e 3 indisponíveis no formato digital. Após essa comprovação, foi efetuada uma leitura minuciosa de 10 teses e posterior descrição dos resultados.

Os resultados apontaram que 40% das teses eram originárias de Programas de Pós-graduação em Meio ambiente e 30% na área da Saúde. Os Programas estão localizados predominantemente na região Sudeste com 70%, seguido pela região Nordeste com 20% e Sul com 10% (quadro 1).

**Quadro 1-** Distribuição de teses de doutorado produzidas nos programas brasileiros utilizando os descritores “Educação em saúde” AND ‘Meio ambiente”, CAPES e BDTD, Brasil, 2008 a 2018.

<b>N</b>	<b>Origem/ Região</b>	<b>Doutorado em</b>	<b>Autor/ano</b>	<b>Tema geral</b>	<b>Estudo</b>
1	UEP/São Paulo	Bases Gerais da Cirurgia	Meneghim RLFS, 2015	Prevenção e tratamento do tracoma	Transversal descritivo
2	UFRGN/Natal	Desenvolvimento e Meio Ambiente	Nascimento, ED, 2016	Bactérias em ambientes aquáticos do semiárido.	Experimental descritivo
3	UFRJ/ Rio de Janeiro	Educação, Ciências e Saúde	Motta JIJ, 2014	Educação na saúde	Ensaio teórico
4	Fiocruz/Rio de Janeiro	Ciências	Souza DS, 2017	Intervenção educacional em população exposta à agrotóxicos	Descritivo, grupo focal, intervenção

5	USP/ São Paulo	Ciências	Zombini EV, 2013	Educação ambiental e promoção da saúde	Qualitativa, pesquisa-ação
6	UNICAMP/ Campinas	Saúde Coletiva	Von Zuben APB, 2015	Leishmaniose visceral	Qualitativo descritivo
7	UNIVATES / Lajeado	Desenvolvimento e Meio Ambiente	Moresch C, 2016	Diabetes mellitus	Qualitativo-quantitativo transversal
8	UFS/ São Cristóvão	Desenvolvimento e Meio Ambiente	Santos AAS, 2015	Educação e Saúde Ambiental	Qualitativo-quantitativo
9	USP/ São Paulo	Direito	Villares LF, 2013	Organização social dos povos indígenas	Teórico
10	UNESP, Rio Claro	Geociências e Meio Ambiente	Pedrazzi FJM, 2014	Desempenho ambiental em condomínios	Intervenção

Notou-se que, ainda há uma segregação nas áreas de educação em saúde e meio ambiente, mesmo naquelas teses que abordam essa relação, sendo que alguns temas são centrados apenas na educação em saúde, ou apenas na vertente ambiental.

Há uma aproximação recorrente nas discussões sobre as patologias relacionadas ao meio ambiente nos estudos revisados, sobretudo com foco no seu controle em detrimento das medidas de promoção da saúde. O que remete ao fato que a visão biológica é ainda o principal ponto evidenciado na relação saúde e meio ambiente (MENEHIM, 2015).

Foi notório que as ações de educação em saúde descritas nas teses buscaram aproximar a comunidade do problema ambiental local, apontando que só há efetividade no processo de promoção da saúde no território por meio da educação em saúde baseada nas barreiras ambientais e nas potencialidades de casa localidade.

Apesar da discussão ter aumentado nos últimos anos, ainda há um distanciamento nas duas temáticas mesmo naquelas produções científicas que propõe estreitar essa relação, sendo que há uma polaridade nos temas nas áreas de concentração, com foco no meio ambiente, e na área de saúde na relação clínica-parasito-hospedeiro em detrimento da relação saúde e meio ambiente, o que reflete diretamente nas práticas de educação em saúde e de educação ambiental, que são pautadas na unidirecionalidade de cada temática e não na interdisciplinaridade.

Portanto, é fundamental que a promoção da saúde integre a busca por uma melhor qualidade de vida das pessoas, o que eleva as preocupações com as questões socioambientais,

ainda assim, pouco se percebe nas teses, movimentos que integrem saúde e o ambiente no enfrentamento de problemas para gerar impactos nos determinantes sociais de saúde, tendo a educação em saúde com ferramenta fundamental nesse processo.

## 2.5 TERRITÓRIO, AMBIENTE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Os modelos assistenciais e a temática territorial ganharam um papel importante nas definições da organização da atenção à saúde, buscando distanciamento de um sistema hospitalocêntrico, com assistência à saúde superespecializada e fragmentada, pois, a Reforma Sanitária aspirava a uma transformação na direção do sistema com o foco nas redes básicas de saúde ou de Atenção Primária à Saúde (MERHY; FRANCO, 2003).

Para tanto, visando à reorganização das ações na atenção básica, surgiu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e, em seguida, o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, que proporcionou uma melhora no modelo assistencial por meio da aproximação das famílias e comunidade. Por isso, a localização das Unidades de Saúde da Família (USF) teve impacto na melhoria do acesso e se tornou “porta de entrada” para o sistema de saúde, atendendo as diretrizes que objetivam aumentar o vínculo populacional e a responsabilidade pelo território (BRASIL, 2001; SILVA et al., 2016).

Para Giovanella (2009), a atenção primária à saúde configura-se como uma estratégia para direcionar a organização e o planejamento do sistema de saúde e suprir as necessidades da população requer a compreensão da saúde como direito social e o confronto aos determinantes sociais para promovê-la. Dessa forma, Campos (2018) reconhece fundamental pensar no Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública, passível de limitações, necessitando de mudanças para o fortalecimento do caráter público das políticas de saúde.

Com isso, a concepção de território agrega diversas perspectivas na Saúde Pública, como a ESF. As definições de território em saúde contribuem consideravelmente para uma ampliação da visão sobre a intersetorialidade entre essas áreas, e essa contribuição se deve em muitos aspectos aos estudos realizados por Milton Santos, sobre espaços geográficos (SAQUET; SILVA, 2008).

De fato, essa concepção de território no campo da saúde ganhou maior relevância a partir do processo de descentralização ocorrido na década de 1990, que responsabilizou o gestor municipal pela saúde de seus munícipes e propôs o modelo técnico assistencial dos distritos sanitários que direcionou a reorganização da atenção primária baseada em espaços geográficos, considerados territórios dinâmicos, pois estavam sempre em processo e envolvia equipamentos e relações sociais. Esses territórios identificam microáreas de riscos para produção do cuidado

a partir do perfil epidemiológico, e os equipamentos sociais existentes para caracterizar vulnerabilidade social, física e biológica (MONKEN; BARCELOS, 2005, p.898).

Muito além de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, o território do distrito sanitário ou do município, onde se verifica a interação população-serviços no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse espaço apresenta, portanto, além de uma extensão geométrica, um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção (MONKEN; BARCELOS, 2005, p.898).

A epidemiologia social também ressalta que a saúde e as condições de vida são influenciadas pela dimensão biológica, ecológica e por fatores econômicos. Trata-se de uma ideia positiva no conceito de saúde, resultante de um processo de produção social que indica qualidade de vida pelo modo de viver das pessoas e pelo acesso a bens e serviços econômicos e sociais (MENDES, 2011).

Para Pekelman e Santos (2009) a contribuição dos estudos espaciais no campo da saúde vem sendo resgatada na importância do estudo do espaço para a análise das necessidades e das desigualdades sociais na saúde. O atual momento vivenciado pela sociedade mundial de reflexão e ações sobre as práticas humanas agressivas aos recursos naturais é um importante momento para compreender, entender e analisar os aspectos possíveis da saúde no território. A problematização nos permite aproximações sucessivas tanto para a compreensão como para a ação na realidade de cada local.

Em estudo sobre os saberes populares utilizados por agricultores em Lavras-MG, por exemplo, foi possível elencar como ocorre a utilização prática desses saberes, dentre elas: formas para evitar a compactação do solo e a erosão, por meio da curva de nível e rotação de culturas, o uso de adubos orgânicos, derivados dos dejetos de animais, o bom uso da água e cuidados para a manutenção das nascentes e cursos da água, evitando desmatar próximo às nascentes e usando gotejamento (SILVA et al., 2014). Essa análise comprova a importância de reconhecer o papel de todos no processo de promoção das práticas sustentáveis em territórios.

Isso mostra que na medida em que o planejamento da educação em saúde se afasta do modelo biomédico, e se adequa à reorientação dos sistemas de saúde, o conhecimento sobre o processo de territorialização torna-se uma ferramenta necessária para que a transição entre tais modelos ocorra, especialmente no contexto da atenção primária (JUSTO et al., 2017).

De acordo com Feuerwerker (2014), é importante reconhecer que as transformações são construídas no cotidiano da prática pedagógica e não simplesmente no papel; na prática clínica concreta e não somente “em laboratório” ou “ambientes especiais”, como também em todos os cenários onde se dá a prática profissional e enfrentando os problemas que se apresentam na realidade. É na micropolítica do aprender, cuidar e produzir conhecimentos que podem ser produzidos movimentos de territorialização e desterritorialização também neste âmbito.

Para Mendes (2012, p.390) essa problemática está associada à muitos fatores, como a formação em saúde, na educação continuada dos profissionais, à uma estrutura ainda tradicional e assistencial dos serviços de saúde etc., e se reflete na ação dos profissionais de saúde, sobretudo na atenção primária, pois:

A educação continuada na ESF tem sido ofertada, predominantemente, dessa forma tradicional. São atividades educacionais convencionais como cursos curtos, seminários, oficinas; centram-se nas necessidades dos seus formuladores, normalmente gerentes de programas de saúde que não têm uma boa formação em educação; são intervenções curtas e pontuais; nem sempre são significativas para os educandos; e não se fazem sobre problemas concretos do dia-a-dia dos educandos. O resultado é um enorme volume de recursos aplicado para baixos resultados educacionais. Agreguem-se, a esses custos diretos, custos indiretos muito altos, derivados da retirada constante dos profissionais de suas atividades de rotina nas suas unidades da ESF. Essa forma de processo educacional precisa ser mudada radicalmente.

Por isso, identificar as potencialidades e dificuldades de um determinado território, numa ótica estrutural, física e cultural, é fundamental para que sejam enfrentadas tais dificuldades, e tal tarefa vem sendo desenvolvida no campo da saúde pela ESF. Assim, entende-se que os profissionais inseridos nesse contexto de atenção à saúde, se sensibilizados também para a relação ambiente-território-saúde, poderão propor ações de promoção da saúde mais efetivas e direcionadas para a realidade e necessidade de cada território, sendo a educação em saúde uma das principais ferramentas para superar esses desafios.

## **3 METODOLOGIA**

### **3.1 TIPO DE PESQUISA**

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa e quantitativa, com abordagem descritiva, e exploratória, que utilizou técnicas de busca de dados epidemiológicos, documentais e observacionais. De acordo com Creswell e Plano Clark (2011), os métodos mistos convergem em um procedimento de coleta, análise e combinação de técnicas quantitativas e qualitativas em um mesmo desenho de pesquisa, para o qual, a interação entre eles possa fornecer melhores possibilidades analíticas.

Por isso, optou-se pela abordagem qualitativa e quantitativa, sendo que, de acordo com Bauer e Gaskell (2015), o estudo qualitativo é aquele que busca a compreensão dos modos de vida dos entrevistados e de grupos sociais específicos. Assim, para maior aprofundamento e compreensão dos resultados, foi realizada ainda a observação e a descrição do perfil epidemiológico do local de estudo. Tais métodos utilizados e as suas respectivas bases metodológicas serão descritas abaixo. Já a pesquisa descritiva quantitativa teve como principal objetivo identificar as características da população e o estabelecimento de relação entre variáveis (GIL, 2017).

#### **3.1.1 Dados epidemiológicos**

Para a identificação do perfil de morbimortalidade relacionado à saúde e ambiente de Guanambi-Bahia foram coletados dados epidemiológicos no território estudado, como incidência de doenças infecciosas associados com saneamento do meio e de veiculação hídrica.

Os dados levantados com a pesquisa epidemiológica foram divididos em três grupos principais:

- a) Uso e ocupação espacial - dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
- b) Dados demográficos: saúde, educação, habitação e renda - dados municipais e do IBGE.
- c) Informações de morbimortalidade – Sistema de Informação em Saúde.

#### **3.1.2 Pesquisa de campo**

Para tanto, foi utilizada a pesquisa de campo, que tem o objetivo conseguir informações sobre um problema para o qual se procura uma resposta. A pesquisa de campo compreende as seguintes fases: a) realização da pesquisa bibliográfica sobre o tema; b) determinação das

técnicas que serão empregadas na coleta e na amostra ou população; c) estabelecimento das técnicas de registro dos dados e das técnicas que serão utilizadas em sua análise posterior (MARCONI; LAKATOS, 2017).

#### 3.1.2.1 Entrevistas

Buscando identificar quais as ações eram desenvolvidas pelos profissionais de saúde e que abordam a temática ambiental nas USF, e para identificar como os usuários desse serviço vivenciam as atividades de educação em saúde que abordam a temática ambiental, foram realizadas entrevistas com profissionais e usuários da ESF.

Nesse processo foram considerados as fases de uma entrevista descrita por Gil (2017): a) contato inicial, no qual as entrevistas com profissionais foram agendadas e realizadas nas USF, e os usuários foram abordados em suas residências após levantamento prévio nos estabelecimentos de saúde; b) formulação das perguntas, para o qual foram utilizados questionários para profissionais de saúde e usuários; c) registro das respostas; e, d) termino da entrevista, com sugestões e críticas do participante.

A entrevista com profissionais de saúde ocorreu nas unidades de atuação e durou em média trinta minutos, na qual foi aplicado um questionário semiestruturado (Apêndice B) aos profissionais de saúde que atuavam na ESF das áreas com barreiras e dificuldades socioambientais. Para abranger as questões qualitativas, as entrevistas foram gravadas com consentimento dos participantes, para posterior transcrição. Os profissionais abordados foram: Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Enfermeiros, Médicos, Dentistas e Técnicos de Enfermagem.

Também foi aplicado um questionário semiestruturado a usuários da ESF (Apêndice C). Os usuários dos serviços de saúde foram abordados em suas residências, na área de abrangência das unidades de saúde, com o auxílio dos ACS das respectivas microáreas.

#### 3.1.2.2 Observação

Para caracterizar a abordagem da temática ambiental nas atividades de educação em saúde realizadas por profissionais da ESF, foi realizada a observação não participante, que é um momento caracterizado pelo contato direto do pesquisador com o fenômeno estudado (MINAYO, 2012). Na observação não participante, também descrita na literatura como observação simples, o pesquisador tem o papel apenas de espectador/observador do fenômeno (GIL, 2017). No qual buscou-se estudar o indivíduo em seu contexto (os profissionais de saúde no contexto do trabalho diário, para identificar as relações das práticas de cuidado em saúde

com os problemas ambientais vivenciados pelos usuários dos serviços de saúde), e a comunidade (buscando identificar como as barreiras ambientais afetam o acesso aos serviços de saúde e como interferem na rotina e nas atividades de vida diárias das pessoas).

Acredita-se que com a observação não participante foi possível visualizar e compreender com mais profundidade situações mencionadas pelos entrevistados e entender as diferentes dimensões dessas questões. O período de observação foi de três semanas em turnos alternados de funcionamento da USF. Foram observadas duas USF: “Lagoinha” e “Monte Pascoal”, devido apresentarem maior predominância de problemas socioambientais referidos pelos participantes dos estudos e observados na coleta de dados.

Na observação não participante buscou-se o levantamento de dados que descrevesse a organização e a rotina dos serviços das unidades de saúde, com foco principalmente nas ações de promoção da saúde. Esses dados foram registrados no relatório de campo, e foi também utilizado um roteiro de observação e diário de campo elaborado pelos pesquisadores, que incluiu questões como: estrutura, características da população atendida, características da unidade e característica da área adstrita (Apêndice A).

### **3.1.3 Pesquisa Documental**

De acordo com Cervo, Bervian e Silva (2007), a pesquisa documental baseia-se em materiais que não receberam ainda um tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa. Partindo desse ponto, foi realizada a análise crítica dos documentos primários, que são aqueles que não receberam ainda nenhum tratamento analítico, de registro das atividades de promoção da saúde das 11 unidades estudadas. Esses livros, constituem atas que apresentam ações realizadas dentro e fora da USF, seja em forma de grupos, salas de espera, feiras de saúde, palestras ou reuniões.

Alguns itens essenciais foram etapas imprescindíveis para o levantamento documental: pesquisa bibliográfica: a) elaboração do roteiro de coleta de dados, contendo questionamentos sobre o tipo de atividade realizada, profissional responsável, tema e público; b) busca nas fontes, que foram os livros de registro das ESF, e dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq); c) leitura do material; d) fichamento e resumo do material para posterior estabelecimento de categorias de análise; e) organização lógica do assunto; e, f) redação do texto (GIL, 2017).

### 3.2 ÁREA DE ESTUDO

Foram estudadas USF de territórios com barreiras e conflitos ambientais, como dificuldades de acesso às unidades de saúde e áreas de invasão de terras, do município de Guanambi, que está localizado no estado da Bahia, distante 796 quilômetros a sudoeste, da capital Salvador, que possui uma população estimada em 2018, segundo o IBGE, de 84.014 habitantes, sendo o 20º município mais populoso da Bahia, é uma cidade polo da Microrregião de Guanambi, estabelecendo influência comercial e de infraestrutura para uma área de aproximadamente 400 mil habitantes. Abriga, ao lado de Caetitê e Igaporã, o maior complexo eólico da América Latina.

Priorizou-se as áreas que apresentam diferenças socioculturais, ambientais, no quadro epidemiológico, econômico e de infraestrutura rural e urbana, sendo definidas onze USF: Alto Caiçara, Alvorada, BNH, Beija-Flor, Brasília, Monte Pascoal, Monte Azul, São Sebastião, Santo Antônio, Vomitamel e Lagoinha.

É importante relatar que as barreiras (sócio)ambientais se estabelecem num arcabouço complexo que envolve inúmeros fatores, como a infraestrutura, as necessidades ambientais, as necessidades das pessoas, o acesso dificultado à bens e serviços básicos, como saúde, educação, saneamento e demais condições que afetam a vida. No presente estudo, considerou-se como barreiras ambientais aquelas que estão associadas ao acesso à saúde, levando-se em consideração os fatores aqui citados e que o ambiente é um fator determinante para a saúde (SILVA et al., 2018).

### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os participantes do estudo foram profissionais de saúde que integram a ESF (Enfermeiros, Médicos, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Saúde Bucal, Dentista e Agente Comunitário de Saúde) e usuários da ESF. Quanto à escolha dos profissionais, ocorreu priorizando as áreas das onze USF e de acordo com a amostragem. Os usuários participantes do estudo foram elencados por meio de sorteio simples das ruas das USF e nas áreas de abrangência, na qual o coletador, com o auxílio do ACS da área, alternava as ruas aleatoriamente, priorizando maior homogeneidade na coleta de dados, que ocorreu de março a julho do ano 2018.

A amostra dos participantes profissionais de saúde foi do tipo probabilística estratificada devido a diferença no percentual de profissionais por classe de trabalho na ESF. O total de profissionais que atuam na ESF de Guanambi Bahia era de aproximadamente de 190. Utilizando uma margem de erro de 5%, com índice de confiança de 95%, o total mínimo de profissionais de saúde incluídos na amostra foi de 106. Estratificados por classe de trabalho obteve-se uma

amostragem de: 49 ACS, 10 Auxiliares de Saúde Bucal e 16 Técnicos de Enfermagem, os demais profissionais foram incluídos em sua totalidade, com 11 dentistas, 09 médicos, pois três unidades de saúde não apresentavam esse profissional e 11 Enfermeiros.

Os critérios de inclusão para usuário foram: ter mais de 18 anos e estar cadastrado nas ESF escolhida para o estudo com os usuários dos serviços. Tendo em vista que a população geral de Guanambi era de 84.014 habitantes em 2018, e que a população atendida por cada USF é de 3000 pessoas, sendo que a população de mais de 18 anos é de 53.184 e representa aproximadamente 67% da população total, utilizando o índice de confiança de 95% e margem de erro de 5% foram incluídos 331 usuários da USF escolhida, numa amostragem simples e sem reposição.

**Quadro 2-** Número de profissionais da ESF estratificados por classe. Guanambi- Bahia, 2018.

N	USF	Enfermeiro	Técnico de Enfermagem	Médico	ACS	Dentista	ASB	Total
1	BNH	1	2	1	5	1	0	10
2	Alvorada	1	1	1	6	1	1	11
3	Lagoinha	1	2	1	8	1	1	14
4	Alto Caiçara	1	2	1	7	1	1	13
5	Monte Pascoal	1	1	1	6	1	1	11
6	Beija Flor	1	1	1	5	1	1	10
7	Brasília	1	2	0	1	1	1	6
8	Vomitamel	1	2	1	3	1	1	9
9	Santo Antônio	1	2	1	4	1	1	10
10	São Sebastião	1	1	1	4	1	1	9
11	Monte Azul	1	1	0	0	1	1	4
<b>Total</b>		<b>11</b>	<b>16</b>	<b>9</b>	<b>49</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>106</b>
<b>Proporção</b>		<b>10,2%</b>	<b>16%</b>	<b>8</b>	<b>46%</b>	<b>10,2</b>	<b>9,4</b>	<b>100%</b>

**Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Guanambi, Bahia, 2018.**

### 3.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

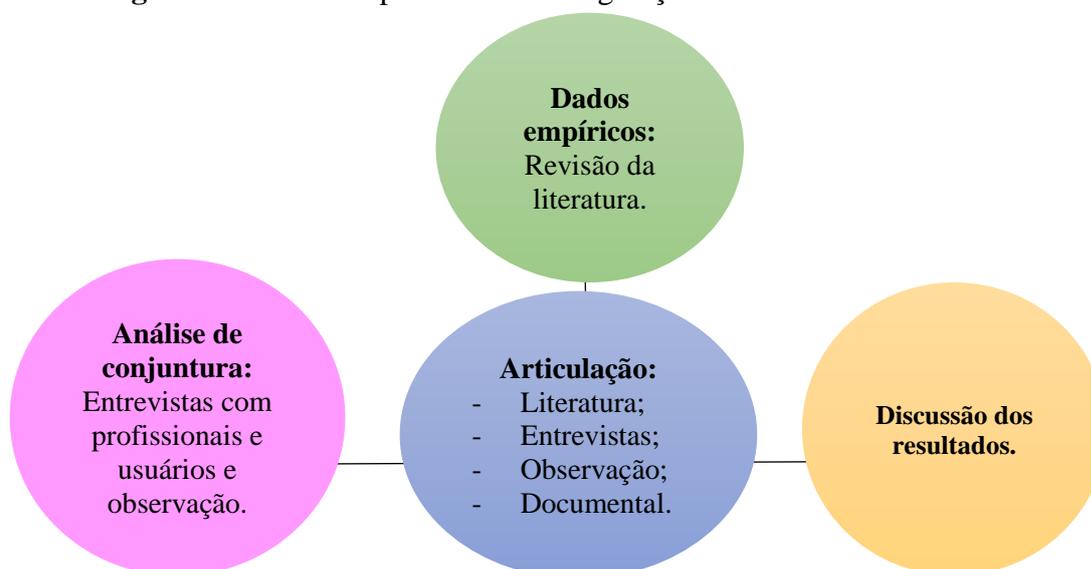
#### 3.4.1 Dados qualitativos

A análise dos dados qualitativos foi realizada de acordo com o proposto por Bardin (2011) para a análise de conteúdo categórica, dividida em três fases: 1) ordenação dos dados, no qual o material coletado foi organizado, agrupado por tipo de profissional de saúde, iniciando o processo de 2) classificação dos dados, e 3) análise propriamente dita. As unidades de registro foram elegidas após a leitura exaustiva dos dados, e levantamento dos temas mais frequentes nos registros. As unidades foram: educação ambiental, ambiente, saúde ambiental, saúde e meio ambiente, atenção primária à saúde, profissional de saúde e demais palavras julgadas relevantes para o estudo no momento da classificação e descrição dos resultados.

A transcrição das informações colhidas nas entrevistas foi realizada respeitando a íntegra das opiniões, na qual foi utilizada a categorização estabelecida por Bardin (2011). Nesse momento, foi construído um quadro contendo três colunas: uma de numeração do participante, uma contendo as falas e percepções na íntegra e outra com a definição da categoria em que o resultado anterior se enquadrava. Após repetidas leituras, foram estabelecidas as categorias de discussão.

Para melhor compreensão dos dados quantitativos e qualitativos, no sentido de verificar se há ou não aproximação nos resultados obtidos, foi realizada a triangulação dos dados (MINAYO, 2011), numa análise crítica e comparativa das entrevistas de usuários e profissionais de saúde, dados bibliográficos e epidemiológicos e com a observação (Figura 1).

**Figura 1-** Síntese do processo de triangulação dos dados.



**Fonte:** Baseado em Minayo, 2011.

### 3.4.2 Dados quantitativos

Foi realizada a tabulação dos dados quantitativos utilizando em uma planilha eletrônica do Microsoft Excel®, para análise dos resultados. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, com posterior caracterização da amostra com a análise univariada, utilizando as frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas e média e desvio padrão para as variáveis quantitativas.

Utilizou-se o software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22®, para cruzamento dos dados, e a apresentação dos resultados foi feita através de tabelas de distribuição de frequências, por meio de artigos científicos, para estruturação da apresentação e discussão do material de construção da Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGENF/UESB).

### 3.5 QUESTÕES ÉTICAS

Aos participantes do estudo foram garantidos o anonimato e o sigilo dos dados referentes à identificação, e o direito à informação e à desistência em qualquer etapa do estudo, e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados serão arquivados pela pesquisadora responsável por cinco anos. Como previsto na legislação internacional e nacional (Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), que regulamenta as pesquisas com seres humanos, a pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e aprovado no dia 05 de dezembro do ano 2017, sob o protocolo CAAE: 79882217.8.0000.0055.

### 3.6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A partir dos objetivos do estudo foi realizada a estruturação dos resultados conforme estabelecido no PPGENF/UESB, por meio de três artigos científicos:

*Artigo 1:* Ambiente, território e suas implicações no perfil socioepidemiológico.

*Artigo 2:* Educação ambiental e saúde no contexto da Estratégia de Saúde da Família.

*Artigo 3:* Ambiente e promoção da saúde: vivências no território adscrito na perspectiva dos usuários.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### ARTIGO 1 – AMBIENTE, TERRITÓRIO E SUAS IMPLICAÇÕES NO PERFIL SOCIOEPIDEMIOLÓGICO

**RESUMO:** o Brasil apresenta diferenças sociais, demográficas e ambientais que influenciam a sua dinâmica territorial, por isso é importante compreender essas complexas relações, sobretudo aquelas associadas ao território de vivência das pessoas. Diante disso, este estudo objetivou analisar o perfil de adoecimento e os fatores ambientais em um município do semiárido nordestino brasileiro. Pesquisa epidemiológica descritiva, realizada com base nos dados disponíveis nos Sistemas de Informações de Saúde e no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, além de dados municipais. Os resultados foram estruturados conforme duas categorias de análise: caracterização socioambiental e o estudo da distribuição das doenças infecciosas relacionadas ao ambiente. Notou-se que a estruturação dos serviços e equipamentos públicos voltados ao saneamento ambiental está também diretamente relacionado à vinculação, transmissão e enfrentamento das infecções reemergentes, e que o acesso inadequado às condições socio-sanitárias e de infraestrutura rural e urbana favorece a disseminação de agravos à saúde, além de fortalecer as barreiras ambientais e dificultar o cuidado à saúde e a promoção de práticas ambientais sustentáveis na região.

**Descritores:** Ambiente, Saúde, Saúde Ambiental, Nordeste.

**ABSTRACT:** Brazil has social, demographic and environmental differences that influence its territorial dynamics, so it is important to understand these complex relationships, especially those associated with the territory of people. Therefore, this study aimed to analyze the disease profile and the environmental factors in the Brazilian northeastern semi-arid region. Descriptive epidemiological research, based on the data available in the Health Information Systems and the Brazilian Institute of Geography and Statistics, in addition to municipal data. The results were structured according to two categories of analysis: socioenvironmental characterization and the study of the distribution of infectious diseases related to the environment. It was noted that the structuring of public services and equipment for environmental sanitation is also directly related to the linkage, transmission and coping of reemerging infections, and that inadequate access to socio-sanitary conditions and of rural and urban infrastructure favors the spread of diseases health, as well as strengthening environmental barriers and hindering health care and promoting sustainable environmental practices in the region.

**Descriptors:** Environment, Health, Environmental Health, Nordeste.

### INTRODUÇÃO

O Brasil possui diferenças sociais, demográficas e ambientais, que influenciam a sua dinâmica territorial e, conseqüentemente, tem relação com a saúde. Desse modo, o objeto deste estudo é o perfil de adoecimento relacionado à fatores ambientais em um município do semiárido nordestino brasileiro.

Nos últimos 50 anos ocorreram transformações demográficas, sociais e econômicas que foram determinantes para as mudanças nos perfis de mortalidade e morbidade em todo o

planeta, e no cerne dessas transformações, o aumento da cobertura do saneamento, a melhoria nas moradias, a inclusão de novas tecnologias na saúde, principalmente as vacinas, foram importantes para o declínio das doenças infecciosas<sup>(1)</sup>.

Por outro lado, ocorreram rápidas transformações no ambiente urbano, em que os fatores de natureza ambiental, econômica, sociocultural e demográfica interferiram nas condições de vida da população de diversas formas, na ocorrência de múltiplos danos à saúde, como os agravos infecciosos ou relacionados à saúde ambiental<sup>(2)</sup>.

Visto que o processo de urbanização brasileiro se deu de forma muito desigual e com grandes diferenças entre as classes sociais e entre as regiões, muitos estados brasileiros sofrem com a desigualdade na infraestrutura das moradias e no saneamento básico. Nesse sentido, compreende-se que essas desigualdades geram consequências para o quadro de saúde da população, seja na ocorrência de agravos à saúde, seja de natureza infecciosa, não transmissíveis, ou mesmo, socioambientais<sup>(3)</sup>.

Sabe-se que as doenças infecciosas tendem a se propagar com uma maior facilidade nas cidades, principalmente aquelas com uma precariedade na infraestrutura sanitária. Atualmente, as doenças de maior relevância epidemiológica, associadas ao impacto na morbimortalidade da população urbana, são as doenças de transmissão respiratória, como a hanseníase e a tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis (HIV/aids), doenças relacionadas ao contato com coleções de água, como a leptospirose, e infecções transmitidas por insetos vetores como as arboviroses, sobretudo a dengue<sup>(2)</sup>.

Nessa ótica, o Nordeste está entre as regiões brasileiras que apresentam a infraestrutura sanitária considerada ainda inadequada, uma vez que 40% dos municípios necessitam racionar água ou possuem abastecimento inadequado<sup>(4,5)</sup>. Com a situação extrema de seca no semiárido, a escassez hídrica e o saneamento básico incipiente, a população fica suscetível ao consumo de água contaminada, uma vez que, os reservatórios artificiais utilizados no combate à falta de água são usados para diversos fins, como abastecimento, lazer, agricultura, quase nunca têm uma água de qualidade satisfatória, podendo servir de veículo para transmissão de doenças infecciosas<sup>(6)</sup>.

A história do semiárido brasileiro está intimamente relacionada às secas, e os seus efeitos se apresentam de várias formas, como desemprego rural, fome, pobreza, ou pela consequente migração das áreas afetadas. Devido à irregularidade das chuvas e aos baixos índices pluviométricos (abaixo de 800 mm por ano) grande parte da região enfrenta um problema, já crônico, de falta de água, motivo desses obstáculos ao desenvolvimento das

atividades agrárias e agropecuárias, e de repercussão na saúde e desenvolvimento local, interferindo diretamente na qualidade de vida das pessoas<sup>(7)</sup>.

Com isso, é notória a repercussão das condições socioambientais na saúde nestas localidades, nas quais a escassez de água devido às secas, o acesso insuficiente a saneamento básico e as características ambientais propícias da região fazem com que as doenças infecciosas se somem às doenças crônicas não transmissíveis, e sejam responsáveis por vários surtos epidêmicos e pelas altas taxas de morbidade no semiárido<sup>(6)</sup>. Assim, o presente estudo objetivou analisar o perfil de adoecimento e os fatores ambientais no semiárido nordestino brasileiro, na região de Guanambi-Bahia.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo descritivo, realizado com base em dados epidemiológicos e sociodemográficos dos Sistemas de Informação em Saúde, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e dados da Secretaria Municipal de Saúde. A área de estudo foi o município de Guanambi-Bahia, e o período estudado compreendeu uma série histórica de 2007 a 2016. O período escolhido para o estudo foi definido de acordo com a disponibilidade dos dados nos bancos pesquisados. As figuras 1 e 2 apresentam a localização da área de estudo no Semiárido brasileiro e a distribuição dos biomas da região respectivamente.

Figura 1- Localização de Guanambi-Bahia no Semiárido brasileiro<sup>8</sup>.

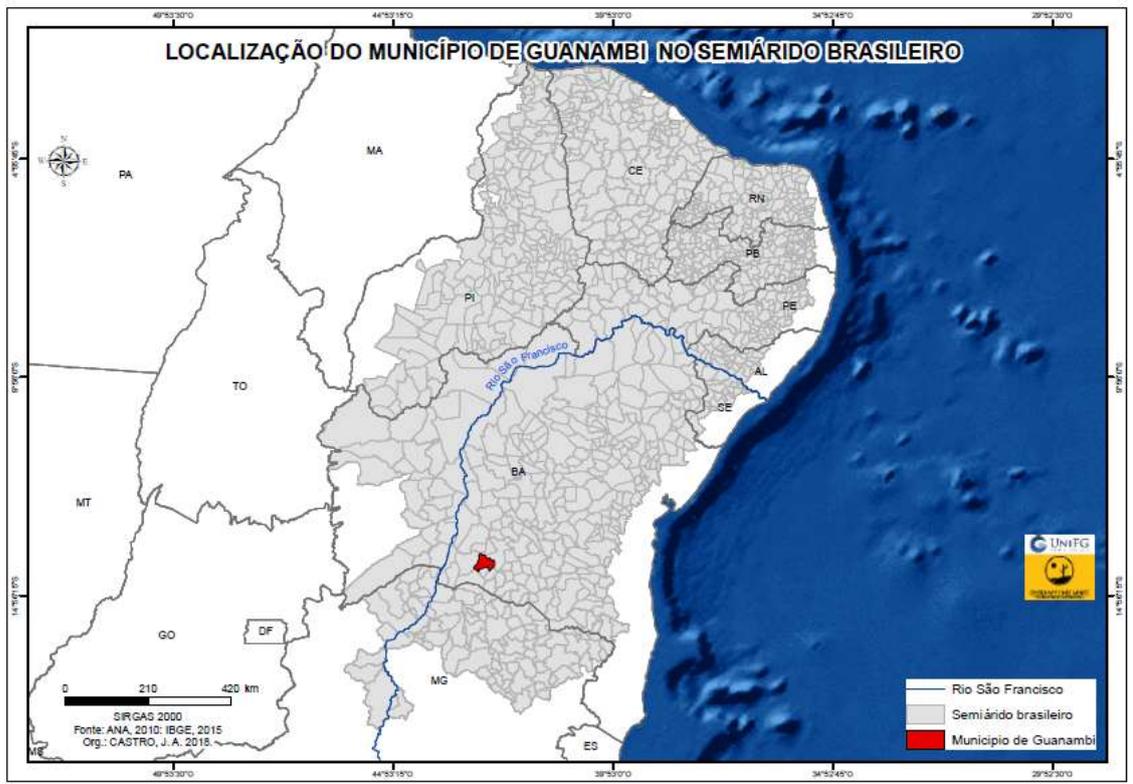
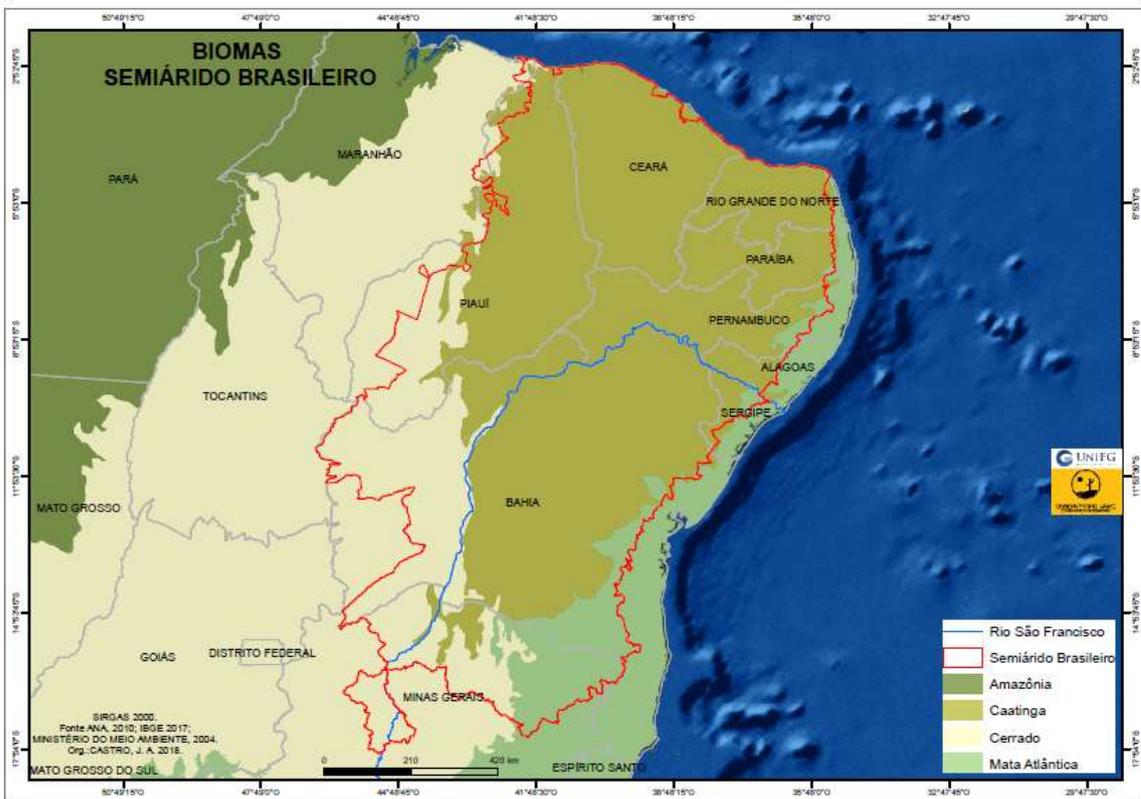


Figura 2- Biomas do Semiárido brasileiro<sup>8</sup>.



A pesquisa realizada foi composta por dados secundários provenientes dos Sistemas nacionais de informação em saúde, disponibilizados no Departamento de Informática do Sistema único de Saúde (SUS)<sup>(9)</sup> e no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>(10)</sup>; dados sobre o sistema de coleta, tratamento, armazenamento e recuperação de informações sobre recursos hídricos; e dados da Organização Mundial da Saúde sobre os indicadores de desenvolvimento sustentável no Brasil.

Para a identificação do perfil de morbimortalidade relacionado à saúde e ambiente de Guanambi-Bahia foram coletados dados epidemiológicos sobre saúde e adoecimento nos territórios estudados, como incidência de doenças infecciosas relacionadas com saneamento do meio e qualidade da água.

Os dados levantados com a pesquisa epidemiológica foram divididos em dois grupos principais:

- a) Uso e ocupação espacial e dados demográficos: saúde, educação, habitação e renda - dados municipais do IBGE.
- b) Série histórica e incidência de doenças infectocontagiosas - dados do Departamento de Informática do SUS (DataSUS) – esquistossomose, leptospirose; hepatite A leptospirose e cólera; doença de chagas, febre amarela, arboviroses (dengue, Zika e Chikungunya) e leishmaniose.

A análise dos indicadores envolveu a caracterização dos casos dos agravos estudados, utilizando as variáveis: faixa etária, sexo, raça e escolaridade dos casos notificados, assim como estimativa das incidências. No segundo momento foi realizada a comparação ano a ano entre os agravos, para compreensão do aumento ou redução das doenças.

Trata-se de um subproduto da pesquisa de Doutorado intitulada: “As relações entre saúde e ambiente nas práticas de promoção da saúde”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), no dia 05 de dezembro do ano 2017, sob o protocolo CAAE: 79882217.8.0000.0055.

## **RESULTADOS**

Os dados coletados foram distribuídos em duas categorias de discussão: caracterização socioambiental de um município do semiárido baiano, e distribuição das doenças infecciosas relacionadas ao ambiente. Essas categorias foram utilizadas para a discussão de acordo com a relação das doenças com o ambiente, a maior incidência na região de estudo e o maior impacto para a saúde pública.

### **Caracterização socioambiental de um município do semiárido baiano**

Considerando as estatísticas do IBGE<sup>(10)</sup> e as características específicas expostas nos relatórios municipais, foi possível descrever o perfil geral do município de Guanambi-Bahia, quanto às questões socioambientais, além de traçar um comparativo com outros municípios da Bahia.

Em 2016 o salário médio mensal do residente incluído na classe trabalhadora de Guanambi era de 2 salários mínimos, e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 15.8%. Na comparação com os outros municípios do estado da Bahia, Guanambi ocupava as posições 59 de 417 e 30 de 417, respectivamente em relação à renda média e população ocupada. Já comparando com as cidades do país todo, ficava na posição 1807 de 5570 e 1873 de 5570, respectivamente. Sobre os domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, havia 43.9% da população nesse grupo, o que implica na posição 375 de 417 dentre as cidades do estado, e na posição 2268 de 5570 dentre as cidades do Brasil<sup>(10)</sup>.

A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 97.8 em 2016. Isso posicionava o município na posição 147 de 417 dentre as cidades do estado e na posição 2411 de 5570 dentre as cidades do Brasil. Já a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 9.55 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias eram de 0.5 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 316 de 417 e 299 de 417, respectivamente. Ampliando essa comparação para as cidades do Brasil todo, as posições eram de 3347 de 5570 e 3330 de 5570, respectivamente. Com uma população estimada de 84.014 habitantes, considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, Guanambi possuía 43.9% da população nessas condições, o que o colocava na posição 375 de 417 dentre as cidades do estado e na posição 2268 de 5570 dentre as cidades do Brasil<sup>(10)</sup>.

Em relação ao território e ambiente, o município apresentava, até 2016, 52.1% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 84.4% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e apenas 2.7% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Em relação à comparação com os outros municípios do estado, ficava na posição 92 de 417, 71 de 417 e 254 de 417, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição era 2141 de 5570, 2041 de 5570 e 3926 de 5570, respectivamente<sup>(10)</sup>.

### Distribuição das doenças infecciosas relacionadas ao ambiente

As diferenças de acesso à serviços públicos de saúde e infraestrutura socioambiental elevam as diferenças no quadro epidemiológico de diferentes regiões e perfis populacionais. Diante disso, a taxa de mortalidade infantil média na cidade era de 9.55 para 1.000 nascidos vivos<sup>10</sup>.

Em relação à dengue, no município de Guanambi-Bahia foram confirmados 7591 casos nos últimos 10 anos, representando uma incidência de 1,4 para cada 10 mil habitantes. No ano de 2018 houve uma maior predominância no sexo feminino, com 57,13%, enquanto no sexo masculino o total foi de 42,85%, com índice de ignorados 0,02%. A faixa etária mais acometida foi a de adultos jovens de 20 a 34 anos, com 23,10%, seguido por 35 a 49 anos com 18,44%, acima dos 50 correspondeu a 12,64%, 15 a 19 anos com 11,05%, 9,39% de 10 a 14 anos de idade, 7,85% na faixa de 5 a 9 anos, depois os infantes de 1 a 4 anos com 4,80%, seguido de menores de 1 ano, compreendendo 2,71%, do total de mais de 7 mil casos confirmados. Quanto a raça/cor, prevaleceu ignorados com 49,13%, seguido de branco em 22,97%, pretos e pardos com 25,85% dos casos. Já com relação à escolaridade, além dos 55,03% ignorados ou não registrados, 14,46% tinha ensino fundamental incompleto (tabela 1).

**Tabela 1** – Perfil das pessoas que adquiriram dengue no ano 2018, DATASUS, Guanambi, Bahia, 2018.

Variáveis	N	%
<b>DENGUE</b>		
Sexo		
Feminino	4337	57,13%
Masculino	3252	42,85%
Ignorado	2	0,02 %
TOTAL	7591	
Idade		
> 1 ano	206	2,71%
1 a 4 anos	365	4,80%
5 a 9 anos	596	7,85%
10 a 14 anos	713	9,39%
15 a 19 anos	839	11,05%
20 a 34 anos	2513	33,10%
35 a 49 anos	1400	18,44%
< 50 anos	958	12,63%
Ignorado	1	0,01%
TOTAL	7591	
Raça/cor		
Preto	358	4,71%
Pardo	1645	21,68%
Branco	1744	22,97%

Amarelo	104	1,37%
Indígena	10	0,13%
Ignorado	3730	49,13%
TOTAL	7591	
Casos 10 últimos anos	7591	
Número de casos último ano	12	
Incidência (10 mil habitantes)	1,4	
Escolaridade		
Analfabetos	36	0,47%
Ensino fundamental incompleto	1098	14,46%
Ensino fundamental completo	353	4,65%
Ensino médio incompleto	362	4,76%
Ensino médio completo	504	6,63%
Ensino superior	211	2,77%
Ignorado	4178	55,03%
Não se aplica	849	11,18%
TOTAL	7591	

Fonte: DataSUS, 2018.

De acordo com os Sistemas Nacionais de Informação em Saúde, o número de casos de dengue foi extremamente mais elevado na população com menos de 08 anos de estudo. Em relação ao número de casos das mesmas doenças quando comparados em diferentes grupos etários, também houve um maior número de casos nas pessoas declaradas pardas e negras, o que demonstra a inequidade na distribuição e acesso aos serviços e equipamentos públicos sociais e de saúde em diferentes seguimentos populacionais.

Considerando a notificação de 1176 casos de Zika nos últimos anos, a incidência foi de 1 para cada 10 mil habitantes. Pode-se perceber uma predominância no sexo masculino com 70,15%, e feminino 29,85%, num total de 1.176 casos confirmados. Esse agravo acometeu mais o público de 20 a 34 anos, que representou 36,65% dos casos. Houve também uma predominância de ausência de registro para escolaridade, e aqueles registrados apontaram maior índice naqueles com ensino fundamental completo, com 14,71% dos casos. No que diz respeito a raça, houve maior predominância em pretos e pardos, que representou 30,3% (tabela 2).

**Tabela 2** – Perfil das pessoas que adquiriram Zika, DATASUS, Guanambi, Bahia, 2018.

Variáveis	N	%
<b>ZIKA</b>		
Sexo		
Feminino	351	29,85%
Masculino	825	70,15%
TOTAL	1176	
Idade		
> 1 ano	39	3,31%
1 a 4 anos	48	4,08%
5 a 9 anos	70	5,95%
10 a 14 anos	54	4,60%
15 a 19 anos	75	6,37%
20 a 34 anos	431	36,65%
35 a 49 anos	281	23,89%
< 50 anos	168	14,28%
Ignorado	10	0,85%
TOTAL	1176	
Escolaridade		
Analfabetos	1	0,08%
Ensino fundamental incompleto	173	14,71%
Ensino fundamental completo	36	3,06%
Ensino médio incompleto	37	3,14%
Ensino médio completo	120	10,20%
Ensino superior	84	7,15%
Ignorado	725	61,65%
TOTAL	1176	
Raça/cor		
Preto	46	3,92%
Pardo	322	27,38%
Branco	363	30,86%
Amarelo	3	0,25%
Ignorado	442	37,58%
TOTAL	1176	
Casos 10 últimos anos	1176	
Número de casos último ano	8	
Incidência (10 mil habitantes)	1,0	

Fonte: DataSUS, 2018.

Sobre a Chikungunya, nos 10 últimos anos, foram registrados 394 casos em Guanambi-Bahia, obtendo-se uma incidência de 0,1 por 10 mil habitantes. No que se refere à arbovirose causada pelo vírus da Chikungunya, notou-se que houve mais casos no sexo feminino com 75,39%. A Chikungunya afetou mais a faixa etária entre 20 e 34 anos, com 34,1% dos casos, seguido de 26,90% entre 35 a 49 anos, e 21,31% na idade superior a 50 anos. Aqui, também foram confirmados mais casos na população autodeclarada “pretos e pardos” (tabela 3).

**Tabela 3** – Perfil das pessoas que adquiriram Chikungunya, DATASUS, Guanambi, Bahia, 2018.

Variáveis	N	%
<b>CHIKUNGUNYA</b>		
Sexo		
Feminino	297	75,39%
Masculino	97	24,61%
TOTAL	394	
Idade		
> 1 ano	14	3,55%
1 a 4 anos	13	3,30%
5 a 9 anos	16	4,06%
10 a 14 anos	5	1,26%
15 a 19 anos	22	5,58%
20 a 34 anos	134	34,01%
35 a 49 anos	106	26,90%
< 50 anos	84	21,31%
TOTAL	394	
Escolaridade		
Analfabetos	2	0,50%
Ensino fundamental incompleto	56	14,22%
Ensino fundamental completo	12	3,04%
Ensino médio incompleto	21	5,32%
Ensino médio completo	64	16,24%
Ensino superior	83	21,06%
Ignorado	156	39,59%
TOTAL	394	
Raça/cor		
Preto	31	7,86%
Pardo	143	36,30%
Branco	126	31,98%
Amarelo	2	0,50%
Ignorado	92	23,35%
TOTAL	394	
Casos 10 últimos anos	394	
Número de casos último ano	1,0	
Incidência (10 mil habitantes)	0,1	

Fonte: DataSUS, 2018.

O município notificou ainda, dois casos de febre amarela, um nos anos 2014 e outro no ano 2018; 18 casos de doença de Chagas; 26 casos de hepatite A, e 87 casos de esquistossomose no mesmo período. Houve também uma maior predominância dos casos registrados na população com menor nível de escolaridade e que se autodeclararam pretos e pardos.

Há que se considerar também a notificação não específica de casos, com um número elevado de informações ignoradas, o que impossibilita maior aprofundamento nas características dos grupos estudados, além da subnotificação de casos.

## **DISCUSSÃO**

Sabe-se que o Brasil perpassa, desde o final do século XIX, por uma transição epidemiológica com características singulares, que culminou na fusão das doenças crônicas e não crônicas, que quando comparado à outros países, há uma diferenciação, pois doenças que já deveriam estar extintas, ou que foram consideradas erradicadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) retornaram de forma epidêmica, como as arboviroses e outras doenças exantemáticas<sup>(11,12)</sup>.

É importante ressaltar que a transição epidemiológica de um país se caracteriza por alterações que acontecem ao longo do tempo nos índices da saúde, como morbidade, invalidez e até mesmo o óbito, fatores esses que normalmente estão associados às mudanças demográficas, sociais e econômicas da população<sup>(13)</sup>.

No Brasil, ao contrário da tendência mundial, os velhos e novos problemas em saúde ainda coexistem, e as erradicações das doenças infecciosas não ocorreram como deveriam. Atualmente, além das dificuldades com a morbidade e mortalidade por doenças crônico-degenerativas, a elevada incidência das doenças infecciosas transmissíveis ainda é um problema para a saúde<sup>(14)</sup>.

O aumento da urbanização e da industrialização, a amplificação e construção de grandes projetos, como rodovias, represas expansão de fronteiras agrícolas, dentre inúmeras outras alterações ambientais que aconteceram em muitos países, inclusive no Brasil, repercutiu aumentando a degradação e demais problemas ambientais que estão intrinsecamente associados aos casos de emergência e reemergência de doenças infecciosas relacionadas ao ambiente<sup>(15)</sup>.

Aliado ao crescimento desordenado e ao formato transversal das cidades, sem um planejamento adequado e sistematizado, pode-se perceber proporcionalmente o aumento do número de doenças, principalmente as de cunho sanitário e com relação ao saneamento básico, que muitas vezes são negligenciadas pela população e por seus governantes, por estarem presentes na sociedade há centenas de anos. Entre essas enfermidades pode-se citar a Febre Amarela, a Dengue, e mais recentemente, a Chikungunya e a Zika<sup>(16)</sup>, que no município estudado apresentou elevada incidência nos últimos anos.

Tanto no semiárido nordestino, como em outras localidades do país, considera-se que a reemergência desses agravos foi desencadeada em efeito da ação humana sobre o ambiente de

forma incontrolada, e à ausência de intervenções que modificassem esse processo degradante contínuo do território<sup>(17)</sup>. Ressalta-se que, há um traço comum associado a estas doenças negligenciadas, por estarem dentro de um estigma social, no qual a prevalência ocorre em sua maioria nas populações mais pobres, o que requer maior atenção para resolução em uma visão mais ampla e sistematizada<sup>(18)</sup>.

Além disso, o desenvolvimento das cidades e a multiplicação da população está inteiramente ligado à dificuldade dos gestores em gerir os recursos públicos de forma que ofereça a sociedade o acesso ao saneamento básico, a água tratada, a destinação correta do lixo, dentre outras ações que são de extrema importância para a saúde das pessoas, pois, o agravamento na infraestrutura socioambiental provoca o surgimento, ressurgimento e proliferação de doenças além de ser uma preocupação para a saúde pública do país<sup>(19)</sup>.

Nessa perspectiva, o Nordeste brasileiro convive a muitos anos com dificuldades socioambientais, e os problemas ambientais e de saúde advindos das desigualdades sociais vivenciadas por essa região ao longo da história, caracterizada principalmente pela má distribuição dos recursos, torna fundamental a constante análise, avaliação e a proposição de ações e políticas de saúde que visem o enfrentamento de tal situação e, conseqüentemente, reduzir a incidência dessas doenças<sup>(18,19)</sup>.

As desigualdades são evidentes no Brasil, e mais realçadas em determinadas regiões como Guanambi-Bahia, porém, ainda pouco se debate sobre a prevenção de doenças, através da promoção da saúde, abstendo-se do modelo de vigilância a saúde, cujo foco é na resolubilidade do problema na raiz da questão e não apenas na especificidade patológica<sup>(20)</sup>. Principalmente na região Nordeste, que sofre com o clima semiárido, ar seco, pouca chuva, poeira, poluição pelos veículos e falta de assistência adequada para a integridade da saúde da população, pelo déficit de conhecimento por parte dos profissionais de saúde e de maiores investimentos e recursos dos seus governantes. Contribuindo assim, para a elevação de doenças que comprometem o aparelho respiratório e outros sistemas do corpo humano, e interferindo na qualidade de vida, ao reduzir suas perspectivas futuras<sup>(18)</sup>.

As tendências nos indicadores de saúde/doença no que se refere a esse quadro ainda carece de muita atenção, pois doenças consideradas “do passado” ainda assolam muitas comunidades da região Nordeste do país, como em Guanambi-Bahia, a exemplo a Dengue e, atualmente, a Chikungunya e a Febre Zika. Tal situação é evidenciada nas diferenças sociais no acesso a recursos e equipamentos públicos, que implica diretamente no quadro de saúde da população, quando se compara a incidência dos casos de dengue. Cabe-se, ainda, citar as diferenças de incidências de agravos infecciosos na população negra, que é perpetuada também

por essa diferença de acesso aos serviços básicos de infraestrutura sócio sanitária e de acesso à saúde.

Nesse sentido, o controle desses agravos requer primeiramente a melhoria e amplificação da infraestrutura urbana e o controle dos vetores é realizado através de medidas e ações de vigilância epidemiológica, juntamente com a participação direta da população. Essas medidas visam prevenir agravos e promover o equilíbrio da saúde e a minimização dessas infecções<sup>(21)</sup>.

Os estudos confirmam que a disseminação das doenças infecciosas no país ocorreu devido às condições socioambientais, que estão ligadas as tarefas humanas que acarretam problemas para a saúde e para o ambiente. Factualmente, a dengue é a arbovirose que teve maior importância epidemiológica na história do país, no entanto, atualmente, com a aparição de novos vírus transmitidos pelo mesmo vetor (*Aedes Aegypti*), enfrenta-se a ocorrência de duas novas doenças a Chinkungunya e o Zika<sup>(17,22)</sup>.

De fato, esses agravos estão ligados ao ambiente, que por sua vez, ainda é deixado de lado, ou usado apenas como plano de fundo nas ações de saúde, principalmente quando se trata de doenças não crônicas, ou infectocontagiosas que poderiam ser evitadas ou até mesmo erradicadas<sup>(23)</sup>.

Nesse sentido, a OMS, lançou no ano 2012 a Rede de Resposta e Alerta Global de Epidemias para auxiliar os países com suporte técnico apropriado para apoiar as populações afetadas pelas infecções emergentes e reemergentes, sinalizando a importância da observação constante dessas infecções para a saúde local e global. E dentre as recomendações gerais para a prevenção e controle dessas infecções, está a educação ambiental como fundamental tanto para a população como para os profissionais de saúde<sup>(24)</sup>.

No estado da Bahia, maior contingente populacional e em extensão do Nordeste, no cenário das doenças que envolvem questões socioambientais, é possível associar diretamente tal situação às diferentes condições socioeconômicas, pois estão presentes majoritariamente nas famílias de renda familiar igual ou menor que um salário mínimo, com higiene do ambiente domiciliar e residencial precária, contribuindo para o aumento destas enfermidades que agem importunamente ao estado de saúde do indivíduo e coletivo<sup>(25)</sup>.

Nesse contexto, a cidade de Guanambi, por estar localizada no seminário baiano/nordestino, na região sudoeste da Bahia, que apresenta índices pluviométricos baixos, temperaturas elevadas, baixa umidade do ar, caracterizando uma gama de fatores para o desenvolvimento de patologias relacionadas ao ambiente, enfrenta além das questões sanitárias,

as econômicas, refletindo um caso que se assemelha à vários outros do estado e da própria região Nordeste<sup>(26)</sup>.

Nota-se que, para vencer o desafio de enfrentamento das doenças emergentes e reemergentes é necessário o fortalecimento das ações de promoção da saúde. Para tanto, é necessário reforçar os programas de vigilância epidemiológica, investimentos em infraestrutura, o estabelecimento de um sistema de informações, a capacitação técnica dos profissionais envolvidos e a sensibilização da população para a aplicação das estratégias de controle dessas doenças<sup>(27)</sup>.

Nesse sentido, é importante dialogar, refletir e agir sobre a situação da saúde em nível local e regional, de modo que essas discussões alcancem espaços de participação popular e promovam a sensibilização da comunidade e de seus representantes sobre a assistência à saúde no SUS, sobretudo em áreas marcadas pela desigualdade social e de infraestrutura<sup>(28)</sup>

## **CONCLUSÃO**

É essencial minimizar o impacto das infecções e doenças emergentes e reemergentes na saúde pública, na qual a efetividade das ações de promoção da saúde está condicionada pela potencialidade das ações humanas no território/ambiente, sobretudo aqueles que possuem maiores barreiras e dificuldades relacionadas ao próprio ambiente, como clima favorável às secas e escassez de água no Nordeste brasileiro, além de garantir a equidade na distribuição dos serviços e equipamentos públicos voltados ao saneamento ambiental, que está também diretamente relacionado à vinculação, transmissão e enfrentamento dos problemas socioambientais.

No que tange ao município estudado percebe-se que, há um elevado número de casos de doenças infecciosas reemergentes, e que as condições socioambientais, como clima, relevo, pouco acesso às condições socio-sanitárias e de infraestrutura rural e urbana favorece a disseminação desses agravos, além de fortalecer as barreiras socioambientais e dificultar o cuidado à saúde e a promoção de práticas ambientais sustentáveis na região.

É preciso ainda ressaltar que muitos são os desafios para o enfrentamento das doenças emergentes e reemergentes em países em desenvolvimento como o Brasil, sobretudo em áreas que sofrem constantemente com a escassez de a água, problemas estruturais e socioambientais, que são fatores agravantes no controle e disseminação dessas doenças.

É necessário reafirmar que os fatores ambientais isolados não determinam as condições de pobreza, subdesenvolvimento e falta de acesso à saúde e conservação dos recursos naturais, uma vez que a estrutura globalizada de investimentos também foi favorável, ao longo da

história, por outras áreas com maior dinâmica de produção e consumo, e que o acesso a bens indispensáveis à vida, como a água, ainda não é pensado como prioridade nestas áreas, sendo o clima árido muitas vezes apontado como único responsável pelas dificuldades enfrentadas nessas regiões. Cabe então, mais investimentos em saúde, educação e desenvolvimento, pois não se pode considerar o desenvolvimento sustentável sem antes garantir condições mínimas para a sobrevivência da população.

## REFERÊNCIAS

1. Waldman EA, Sato APS. Trajetória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio. *Rev Saúde Pública*. 2016;50(68):1-18.
2. Segurado AC, Cassenote AJ, Luna EA. Saúde nas metrópoles: doenças infecciosas. *Estud. av.* 2016;30(86):29-49, 2016.
3. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública*. 2018;34(6):e00213816.
4. Bühler HF, Ignotti E, Neves SMAS, Hacon SS. Análise espacial de indicadores integrados determinantes da mortalidade por diarreia aguda em crianças menores de 1 ano em regiões geográficas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(10), 4131-4140.
5. Alpino TMA. *Seca, condições de vida e saúde no Nordeste brasileiro: o caso do município de Itapetim - Pernambuco*. Brasil: Ministério da Saúde;2015.
6. Ramalho MFJL. A fragilidade ambiental do Nordeste brasileiro: o clima semiárido e as imprevisões das grandes estiagens. *Sociedade e Território*. 2013;25(2):104-115.
7. Morengo JÁ, Alves LM, Beserra EA, Lacerda FA. Variabilidade e mudanças climáticas no semiárido brasileiro. *Paraíba: Instituto Nacional do Semiárido Campina Grande*; 2011:40.
8. Observatório Unifg do Semiárido Nordestino. *Geoinformações: mapas diversos*. 2019 [citado abril 15, 2019] Disponível em: <http://observatorio.faculadeguanambi.edu.br/mapas/>.
9. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). *Informações de Saúde: Epidemiológicas e Morbidade*. 2018 [citado abril 15, 2019] Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Cidade e Estados*. 2018 [citado abril 27, 2019] Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html>.
11. Souza CL, Andrade CS. Saúde, meio ambiente e território: uma discussão necessária na formação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(10):4113-4122.

12. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde-Representação no Brasil. Atlas de Desenvolvimento Sustentável no Brasil 1991 a 2010. Brasília;2015.
13. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JC, Gadelha AMJ, Portela MC. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2004;9(4):897-908.
14. Araújo JD. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2012;21(4):533-538, 2012.
15. Luna EJAA emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2002;5(3):229-243.
16. Maia CVA, Hassum IC. Parasitoses intestinais e aspectos socio-sanitários no nordeste brasileiro no século XXI: uma revisão de literatura. *Hygeia*. 2016;12(23):20-30.
17. Santos EA, Mercês MC, Carvalho BT. Fatores socioambientais e ocorrência dos casos de dengue em Guanambi – Bahia. *Rev Enferm UFSM*. 2015;5(3):486-496.
18. Rufino R, Gracie R, Sena A, Freitas CM, Barcellos C. Surtos de diarreia na região Nordeste do Brasil em 2013, segundo a mídia e sistemas de informação de saúde – Vigilância de situações climáticas de risco e emergências em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(3):777-788.
19. Gouveia N. Saúde e meio ambiente nas cidades: os desafios da saúde ambiental. *Saúde soc*. 1999;8(1):49-61.
20. Rosário MS, Oliveira ML, Lima CA, Vieira AP, Carneiro JA, Costa FM. Doenças tropicais negligenciadas: caracterização dos indivíduos afetados e sua distribuição espacial. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*. 2017;19(3):118-127.
21. Soares SRA, Bernardes RS, Cordeiro Netto OM. Relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente: elementos para formulação de um modelo de planejamento em saneamento. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002;18(6), 1713-1724.
22. Zara ALSA, Santos SM, Fernandes-Oliveira ES, Carvalho RG, Coelho GE. Estratégias de controle do *Aedes aegypti*: uma revisão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2016;25(2), 391-404.
23. Souza RL, Fonseca EOL, Santos RF, Neto JPN, Monteiro HAO, Vasconcelos PFC. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2015;39(Suppl. 1):136-149, 2015.
24. Rouquayrol MZ, Gurgel M. *Epidemiologia e Saúde*. 7ed. Rio de Janeiro: MedBook;2013.
25. Silva AP, Argolo BA, Correia CJ, Sarmiento FTC, Lima JFA, Cordeiro TMSC, Júnior A. O. Notificações da Hepatite B no Estado da Bahia, Brasil. *Rev. Ciênc. Méd. Biol*. 2018;17(2):141-146.

26. Virgens AC, Prates JL, Marques GP, Souza CL, Silva ES, Vianna ACD, Paudarco LS. A poluição como impacto ambiental na saúde pública sob o olhar dos enfermeiros da atenção primária. *Atas de Saúde Ambiental*. 2019;7(1):42-60.
27. Brasil. Manual de Doenças Mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afro-Descendente. Brasília: Ministério da Saúde;2011.
28. Pinafo E, Carvalho BG, Nunes EFPA. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(5):1511-1524.

## ARTIGO 2 – AMBIENTE E SAÚDE NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

**Resumo: Introdução:** as implicações dos fatores socioambientais para a saúde, no contexto da atenção primária, ainda são pouco evidenciadas nas pesquisas em saúde, apesar do território ser o foco da atenção dessa vertente. **Objetivo:** analisar a abordagem das práticas educativas em saúde no contexto socioambiental da Estratégia de Saúde da Família. **Metodologia:** pesquisa qualitativa e quantitativa descritiva, exploratória e observacional, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com 106 profissionais de saúde (Enfermeiros, Médicos, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Saúde Bucal, Dentista e Agente Comunitário de Saúde), e observação de Unidades de Saúde da Família. Foi realizada a análise de conteúdo dos dados qualitativos e a análise estatística descritiva, com o SPSS 22. **Resultados:** notou-se que grande parte dos profissionais de saúde não realiza ou aborda nenhum tema relacionado ao ambiente e saúde nas atividades educativas, e há um distanciamento significativo entre as relações saúde e ambiente no cotidiano do trabalho na atenção primária, mesmo a região sendo endêmica para doenças infectocontagiosas, possuindo barreiras socioambientais estruturais, físicas e climáticas.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde. Educação Ambiental. Saúde Ambiental. Atenção Primária à Saúde.

### **Environment and education for health in the context of the Family Health Strategy**

**Abstract: Introduction:** the implications of socio-environmental factors for health, in the context of primary health care, are still little evidenced in health research, despite the fact that the territory is the focus of attention in this area. **Objective:** to analyze the approach of educational practices in health in the socio-environmental context of the Family Health Strategy. **Methodology:** qualitative research and quantitative, descriptive, exploratory and observational conducted through semi-structured interviews with 106 health professionals (nurses, doctors, Practical Nursing, Dental Health Assistant, Dental and Community Health Agent), and units of observation Family Health. content analysis of qualitative data and descriptive statistical analysis with SPSS 22. **Results:** it was noted that most health professionals do not realize or address any issue related to the environment and health in educational activities, and there is a significant distance between health and environment relations in the daily work of primary care, even the region being endemic for infectious diseases, possessing socio-environmental structural, physical and climatic barriers.

**Keywords:** Health Education. Environmental Education. Environmental Health. Primary Health Care.

## INTRODUÇÃO

Abordar a relação entre a saúde e o ambiente sob a ótica da equidade é, além de pertinente, necessário para alcançar e minimizar as desigualdades sociais e ambientais, para promover uma saúde universal, igualitária e equânime, como proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, as ações de promoção da saúde pouco apontam propostas efetivas para minimizar os efeitos causados pelo desenvolvimento “insustentável” na saúde das pessoas, principalmente para países em desenvolvimento<sup>1,2</sup>.

É notório que o debate sobre as questões socioambientais se intensificou nas últimas décadas. No entanto, atualmente, um dos maiores desafios para os pesquisadores é investigar quais as relações entre o movimento de transformações ambientais globais e seus importantes e variados desdobramentos, entre os quais se destacam os impactos à saúde da população<sup>3</sup>.

No contexto dessa relação tão íntima e pouco estabelecida nas práticas de promoção da saúde, um aspecto deve ser destacado: a concepção de território, que agrega diversas perspectivas na Saúde Pública, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF). As definições de território em saúde contribuem consideravelmente para uma ampliação da visão sobre a intersectorialidade entre saúde e ambiente, e essa contribuição se deve em muitos aspectos aos estudos realizados por Milton Santos, sobre espaços geográficos, no qual apontou a amplitude do território e das suas relações com a vida das pessoas<sup>4</sup>.

Nesse sentido, a ESF, implementada pelo Ministério da Saúde a partir do ano 1994, articula a promoção da saúde e o cuidado numa perspectiva de atuação em um território definido, com uma equipe de profissionais de saúde<sup>5</sup>. E para atingir esses objetivos utiliza estratégias potencializadoras do bem-estar social, ambiental e de saúde, como a educação.

A educação no contexto da saúde integra um instrumento promotor da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades, através da articulação de saberes e recursos intrínsecos, atingindo dimensões que ultrapassam o biológico, e que deve integrar ações de diferentes setores e áreas de conhecimento<sup>6</sup>. A educação impulsiona a mobilização, a participação e o controle social sobre os recursos naturais, como os recursos hídricos e as suas consequências para a vida das pessoas, e deve-se considerar que educar é mais do que a mera transmissão de conhecimentos, mas a socialização em diferentes espaços, nos mais diversos contextos, considerando-se a cultura e as especificidades de cada grupo social<sup>7</sup>.

Nota-se que há semelhanças e singularidades entre os conceitos de educação ambiental e educação em saúde, pois ambas, na perspectiva da educação, visam munir o indivíduo de conhecimento para proposição de ações benéficas à coletividade, mas apesar das proximidades

conceituais, na prática ainda há poucas práticas de educação em saúde e/ou educação ambiental no cotidiano do cuidado em saúde, apesar do ambiente ser determinante do quadro de saúde.

Destaca-se a importância do diálogo entre educação ambiental e educação em saúde com a saúde coletiva, pois a educação é um componente estruturante da promoção da saúde e deve ser mediada por ações que buscam melhorar a qualidade de vida das pessoas<sup>7</sup>.

Considera-se que, por não vivermos em uma sociedade igualitária, toda ação educativa deve ser direcionada para a construção da igualdade e promoção da diversidade. Nesse sentido, o conhecimento, do ser crítico, promove o desafio de pensar o ato de conhecer voltado para a transformação social<sup>8</sup>.

Sabe-se que a educação em saúde é importante para as mudanças e aplicação do conhecimento sobre os impactos das ações do homem sobre o ambiente, contudo, os aspectos ambientais, no contexto da atenção primária ainda são pouco evidenciados nas investigações em saúde, mesmo tendo em vista que os problemas ambientais são potenciais causadores de doenças e o território ser o foco da atenção dessa vertente da saúde, além de contribuir para a baixa qualidade de vida.

Com isso, para estabelecer relações entre o ambiente, a saúde e o território, deve-se buscar romper com visões fragmentadas de problemáticas relacionadas a distintos campos do saber, o que merece um esforço de pesquisas que avancem sobre a disciplinaridade mediante investigações interdisciplinares. Não obstante, a evolução nos estudos integrados em saúde e ambiente ainda é muito recente<sup>3</sup>.

A partir disso, buscando compreender como se estabelecem as relações entre saúde e ambiente no cotidiano das práticas de promoção da saúde no território da ESF, fundamentado na carência de estudos que apontem especificamente a relação entre esses dois campos indissociáveis da ciência e do cotidiano, este estudo teve como objetivo analisar a abordagem das práticas educativas em saúde no contexto socioambiental da ESF.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa e qualitativa descritiva. Uma pesquisa descritiva quantitativa tem como principal objetivo detalhar as características de uma determinada população ou fenômeno, e o estabelecimento de relação entre variáveis. Já o estudo qualitativo permite compreender a percepção, opinião, sentimentos e vivências de indivíduos e grupos sobre determinado fenômeno<sup>9,10</sup>. Para maior aprofundamento e compreensão dos resultados das entrevistas, foi realizada ainda a observação não participante<sup>11</sup> das unidades de saúde que apresentaram maiores barreiras socioambientais. Na observação não participante,

também conhecida como simples, o pesquisador permanece alheio à comunidade ou processo ao qual está pesquisando, tendo um papel de espectador do objeto observado<sup>9</sup>.

Com essa observação buscou-se fazer o levantamento de dados da organização e a rotina das unidades de saúde elencadas para o estudo, com foco principalmente nas ações de promoção da saúde. Os dados foram registrados em relatório de campo, com o auxílio de um roteiro de observação elaborado pelos pesquisadores, estruturado em eixos: a) estrutura física e socioambiental da unidade de saúde; b) características da população atendida; c) características da rotina da unidade; e, d) característica da área adstrita.

Foram estudados territórios adscritos das USF de territórios com barreiras e conflitos ambientais climáticos e estruturais, como seca, ausência de saneamento básico, escassez de água, áreas endêmicas para doenças infecciosas como dengue, doença de Chagas e leishmaniose, do município de Guanambi, localizado no estado da Bahia, distante 796 quilômetros a sudoeste da capital Salvador, que possui uma população estimada em 2018, segundo o IBGE<sup>11</sup>, de 84.014 habitantes. Guanambi possui 14 USF, dessas foram estudadas onze, excluindo-se as 3 unidades localizadas no centro da cidade, devido não se enquadrarem nos critérios pré-estabelecidos de barreiras ambientais acentuadas, serem centralizadas e não oferecerem serviço de vacinação.

Os participantes do estudo foram profissionais de saúde que integram a Equipe de Saúde da Família (Enfermeiro, Médico, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Saúde Bucal, Dentista e Agente Comunitário de Saúde), e a escolha dos profissionais, ocorreu priorizando as áreas das onze USF escolhidas para estudo e de acordo com a amostragem.

A amostra dos participantes profissionais de saúde foi do tipo probabilística estratificada, uma vez que a concentração de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ser maior em relação aos outros profissionais da ESF. O total de profissionais que atuam na ESF de Guanambi-Bahia, no momento da coleta de dados, era aproximadamente de 190. Utilizando uma margem de erro de 5%, com índice de confiança de 95%, o total de profissionais de saúde incluídos na amostra foi de 106. Estratificados por classe de trabalho obteve-se uma amostragem de: 49 ACS, 10 Auxiliares de Saúde Bucal e 16 Técnicos de Enfermagem, os demais profissionais foram incluídos em sua totalidade, com 11 dentistas, 09 médicos, pois três unidades de saúde não apresentavam esse profissional e 11 Enfermeiros.

Os dados foram coletados no período de março a agosto do ano 2018, seguidos da organização para posterior transcrição e tabulação. A coleta de dados foi realizada por oito estudantes do 5º ao 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem, treinados previamente. Foi aplicado o pré-teste das entrevistas em uma ESF que não foi incluída no estudo, para

posterior imersão no campo de coleta. A coleta de dados ocorreu nas USF do Alto Caiçara, Alvorada, BNH, Beija-Flor, Brasília, Monte Pascoal, Monte Azul, São Sebastião, Santo Antônio, Vomitamel e Lagoinha, após agendamento prévio com os profissionais de saúde. Cada entrevista durou em média 30 minutos.

Após a coleta dos dados, levando em consideração às principais barreiras ambientais, foram elencadas duas unidades de saúde para a realização da observação: a USF do Monte Pascoal, que está localizada numa área carente de infraestrutura urbana e de equipamentos públicos, além de ser área de elevados índices de violência e possuir terreno acidentado, alto e de difícil deslocamento das pessoas. Já a USF do Lagoinha está localizada em área com altos índices de doenças infectocontagiosas, cercada por matas e terrenos baldios.

A análise dos dados qualitativos foi realizada com a análise de conteúdo categórica<sup>12</sup> dividida em três fases: 1) ordenação dos dados, no qual as entrevistas foram organizadas e agrupadas por profissional de saúde. A transcrição das informações colhidas foi utilizando um documento do Microsoft Word®; 2) foi realizado o processo de classificação dos dados, neste momento, foram identificadas as unidades de registro, que foram palavras e/ou frases que representaram núcleos de sentido para o estudo, como: educação, educação em saúde, educação ambiental, promoção da saúde, meio ambiente, saúde ambiental e saúde, território, e demais palavras julgadas relevantes para o estudo no momento da classificação e descrição dos resultados. Neste momento foi também estabelecida a amostra por saturação<sup>9</sup> dos dados qualitativos, a partir de um total amostral de 37 entrevistas, no qual as pesquisadoras evidenciaram uma repetição dos dados e estabelecem o fechamento do tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes; 3) e por fim, foi realizada a análise propriamente dita, como o estabelecimento da categoria de discussão a partir dos dados: educação em saúde e meio ambiente na estratégia de saúde da família.

A análise dos dados quantitativos ocorreu com auxílio do software estatísticos SPSS 22®, por meio da estatística descritiva, com a construção de tabelas de frequências relativas e absolutas para a apresentação dos resultados.

E para caracterizar a abordagem da temática ambiental nas atividades de educação em saúde realizadas por profissionais da ESF e triangulação dos dados, foi realizado o método de observação, que é um momento da pesquisa no qual se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno estudado<sup>10</sup>. A observação ocorreu durante o mês de agosto do ano 2018. Nesse momento, dois pesquisadores, munidos de um roteiro flexível de observação, imergiram no cotidiano da USF, perpassando pelos diversos setores da unidade, priorizando as práticas de saúde, buscando perceber a rotina das ações educativas e demais atividades de

promoção da saúde. O roteiro foi estruturado em três eixos principais: características gerais da população atendida; características da área adscrita; e, características da unidade de saúde.

Aos participantes do estudo foram garantidos o anonimato e o sigilo dos dados referentes à identificação, e o direito à informação e à desistência em qualquer etapa do estudo, e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O presente estudo integra a pesquisa de doutorado intitulada “As relações entre saúde e meio ambiente nas práticas de promoção da saúde”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o protocolo CAAE: 79882217.8.0000.0055.

## **RESULTADOS**

Participaram do estudo 47 ACS, 17 Técnicos de Enfermagem, 11 dentistas, 9 médicos, 11 Enfermeiros e 10 auxiliares de saúde bucal (ASB). A maioria dos participantes era do sexo feminino, 85,7%; com idade de 41 a 50 anos, 40%, com mais de sete anos de atuação na atenção primária, 57, 1%. Os profissionais de ensino médio correspondiam a 71,4% dos entrevistados, (tabela 1).

**Tabela 1** – Caracterização dos profissionais de saúde da ESF segundo os dados sociodemográficos. Guanambi, Bahia, Brasil, 2018.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	15	14,3
Feminino	90	85,7
<b>Idade</b>		
20 – 30 anos	12	11,4
31 – 40 anos	30	28,6
41 – 50 anos	42	40,0
51 – 60 anos	18	17,1
Mais de 60 anos	03	2,9
<b>Escolaridade</b>		
Ensino médio	75	71,4
Ensino superior	30	28,6
<b>Profissão</b>		
ACS	47	44,8
Técnico	18	17,1
Dentista	11	10,5
Enfermeiro	11	10,5
Médico	08	7,6
ASB	10	9,5
<b>Tempo de formação</b>		
Até um ano	05	4,8
2 a 4 anos	15	14,3
5 a 7 anos	08	7,7
> a 7 anos	77	73,3
<b>Especialização</b>		
Sim	18	17,1
Não	87	82,9
<b>Tempo de atuação na ESF</b>		
Até um ano	22	21,0
2 a 6 anos	23	21,9
≥ 7 anos	60	57,1

Grande parte dos profissionais de saúde, 57,1%, afirmou realizar as atividades de educação em saúde na área de abrangência da ESF. No entanto, ao serem questionados sobre o tema desenvolvido nas atividades educativas, 78% relatou não realizar ou abordar nenhum tema relacionado ao ambiente e saúde. Em relação à temas interdisciplinares, como as consequências da ingestão de água contaminadas para a saúde, apenas 17,1% afirmou que realiza algum tipo de atividade, e sobre agrotóxicos e suas implicações na vida e saúde, 41,9% afirmou não realizar. Dos entrevistados, 98% nunca participou de algum treinamento ou curso que abordou as relações saúde e ambiente antes ou após trabalhar na atenção primária (tabela 2).

**Tabela 2-** Distribuição de frequências das atividades de educação em saúde e educação ambiental nas USF, Guanambi, Bahia, Brasil, 2018.

<b>Questões</b>				
<b>A equipe realiza atividades de educação ambiental na área</b>	fi	fi%	Fi	Fi%
Sim	60	57,69	60	57,69
Não	42	40,38	102	98,07
As vezes	01	0,96	103	99,03
Não sabe	01	0,96	104	100
<b>Tema da educação ambiental/saúde</b>	fi	fi%	Fi	Fi%
Coleta seletiva	09	8,57	09	8,57
Limpeza quintal	02	1,90	11	10,47
Coleta/limpeza	07	6,66	18	17,13
Não soube responder	07	6,66	25	23,79
Não jogar lixo na rua	02	1,90	27	25,69
Não realiza	78	74,28	105	100
<b>TOTAL</b>		100%		
<b>Realiza atividades educativas na unidade de saúde</b>	fi	fi%	Fi	Fi%
Sim	64	60,95	64	60,95
Não	04	3,80	68	64,75
As vezes	36	34,28	104	99,03
Nunca	01	0,95	105	100
<b>TOTAL</b>		100%		
<b>Realiza atividades educativas nos domicílios</b>	fi	fi%	Fi	Fi%
Sim	62	59,0	62	59,0
Não	11	10,47	73	69,47
As vezes	31	29,52	104	98,99
Não sabe	01	0,95	105	100
<b>Aborda sobre tratamento e contaminação da água</b>	fi	fi%	Fi	Fi%
Sim	79	75,23	79	75,23
Não	18	17,14	97	92,37
Talvez	01	0,95	98	93,32
Não sabe	06	5,71	104	99,03
As vezes	01	0,95	105	100
<b>A equipe aborda sobre ingestão e uso de agrotóxicos</b>	fi	fi%	Fi	Fi%
Sim	59	56,20	59	56,20
Não	44	41,90	103	98,10
As vezes	01	0,95	104	99,05
Não sabe	01	0,95	105	100
<b>Já fez curso ou treinamento sobre saúde e ambiente</b>	fi	fi%	Fi	Fi%
Sim	02	1,88	02	1,88
Não	104	98,11	106	100

Em relação à realização de atividades de promoção da saúde na ESF, estratificada por profissionais de saúde, notou-se que a maioria dos profissionais de saúde não integra os dois campos de conhecimento em suas práticas na unidade de saúde ou na área de abrangência, e quando realizam abordam principalmente a temática coleta de lixo (quadro 1).

**Quadro 1** – Distribuição das atividades de educação em saúde e ambiente por profissional de saúde. Guanambi, Bahia, Brasil, 2018.

Educação em saúde ambiental	Profissionais					
	ACS	TEC	DEN	ENF	MED	ASB
Realiza	22	10	06	06	02	09
Não realiza	19	07	05	05	04	01
As vezes	01	00	00	00	01	00
Não sabe	05	00	00	00	02	00
<b>Total</b>	47	17	11	11	9	10
Tema da educação em saúde ambiental						
Coleta seletiva	04	00	01	02	01	01
Limpeza de quintal	02	00	00	00	00	00
Coleta/limpeza	05	02	00	00	02	00
Não soube responder	01	02	02	00	00	02
Não jogar lixo na rua	02	00	00	00	00	00
Não realiza	33	13	08	09	06	07
<b>Total</b>	47	17	11	11	09	10

A análise de conteúdo categórica foi utilizada para descrever as entrevistas no tocante às atividades de educação em saúde realizadas pelos profissionais de saúde apontou prioritariamente hipertensão e diabetes como núcleos de análise. Além disso, as doenças crônicas foram apontadas como o principal problema de saúde da área de abrangência, e como tema principal das atividades educativas realizadas pelos profissionais da ESF. No entanto, quando questionados sobre a incidência de doenças infecciosas na área de abrangência, 97% dos profissionais de saúde afirmaram que há endemicidade de algumas doenças infectocontagiosas na área em que atuam, sendo que dengue foi a mais citada, com 75%, seguida de diarreias que apareceu nas respostas de 14% dos participantes.

A observação do cotidiano das USF mostrou principalmente que, em relação à estrutura da unidade, são instalações construídas especificamente com a finalidade de sediar tal serviço de saúde, nos moldes dos protocolos ministeriais, as áreas são amplas, no entanto o acesso à unidade é dificultado pelo terreno acidentado, há ainda ausência de saneamento básico na rua da unidade e acúmulo de lixo nas proximidades. A população atendida é predominantemente de mulheres, que buscam serviços de atendimento médico para crianças e idosos que fazem

acompanhamento de doenças crônicas, como hipertensão arterial. O acolhimento e contato principal dos usuários se dá por meio da recepção.

As microáreas de responsabilidade das USF eram marcadas pela ausência de saneamento básico, possuíam grande quantidade de terrenos irregulares e baldios e rodeados de matagal. As atividades de promoção da saúde vivenciadas no período de observação estiveram restritas à modalidade de palestras em salas de espera, abordando sobre o fluxo de funcionamento da unidade e à temas pontuais estabelecidos pela Secretaria de Saúde, como marcação de exames e controle de diabetes e hipertensão. Notou-se pouca participação dos usuários nas atividades de promoção da saúde, e pouco diálogo na educação em saúde, uma vez que esteve voltada principalmente para modelos pouco dialogados, como palestras e exibição rápida de determinados temas. Não foram notadas avaliações da educação em saúde e nem criados espaços para os esclarecimentos de dúvidas do grupo ou individuais.

## **DISCUSSÃO**

### **Educação em saúde e meio ambiente na estratégia de saúde da família**

Os esforços para fortalecer as políticas públicas e o ambiente em que as pessoas vivem, trabalham e constroem relações têm ganhado atenção crescente nas últimas décadas, entretanto, a promoção da saúde, que envolve a complexidade desse processo, ainda é limitada<sup>13</sup>.

Nessa perspectiva, a educação é considerada o instrumento mais viável à promoção da integralidade, principalmente na atenção primária, que é a base do SUS, no contexto da ESF. No entanto, muitos profissionais têm dado pouco valor a esse instrumento e, quando o empregam, apenas transmitem o saber técnico, sem levar em conta os fatores condicionantes e determinantes que ampliam o contexto saúde-doença<sup>14</sup>.

O conceito de educação ambiental está muito associado à participação social, o que não difere da educação em saúde<sup>15,16</sup>, que é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS como uma prática transversal que busca proporcionar a articulação entre todos os níveis de gestão do sistema.

Neste estudo, pode-se observar que há um afastamento entre as propostas educativas e a realidade da área de abrangência da unidade, e que mesmo quando o profissional de saúde afirma que utiliza a educação com estratégia de promoção da saúde, não consegue especificar como ou por quê. Na vivência cotidiana das atividades de promoção da saúde, percebe-se a proposição de momentos educativos pouco produtivos ou mecanizados, como as salas de espera, em situações nas quais as pessoas não são sensibilizadas para a importância do tema

abordado e nem são criados espaços de compartilhamento de conhecimento ou esclarecimento de possíveis dúvidas.

A síntese da observação apontou que embora as unidades de saúde do município estudado se encontrem, em sua maioria, em áreas com barreiras socioambientais, como ausência de saneamento básico, proximidade à matas e lagoas características da região, em relação ao território e ambiente a cidade apresenta 52.1% de domicílios com esgotamento sanitário adequado e apenas 2.7% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio), os profissionais de saúde priorizam atividades assistências focadas na rotina de atendimentos pré-estabelecidos, voltados para doenças crônicas ou para o fluxo de funcionamento da unidade<sup>11</sup>.

A região estudada é considerada endêmica para algumas doenças infectocontagiosas como a dengue, o que não difere de inúmeras outras regiões do país. E para o controle desses agravos, primeiramente é preciso melhorar e amplificar a infraestrutura urbana e o controle dos vetores, realizado através de medidas e ações de vigilância epidemiológica e educação em saúde, juntamente com a participação direta da população<sup>17</sup>. Ainda assim, os profissionais de saúde minimizam a importância de educar a comunidade contra esses agravos, que inclusive ganharam maior destaque nas discussões internacionais sobre saúde pela inclusão da Zika e da Chikungunya no catálogo de infecções transmitidas pelo mesmo vetor da dengue.

É notório que a disseminação dessas doenças no país surgiu devido às condições socioambientais, que estão ligadas as tarefas humanas que acarretam problemas para a saúde e para o ambiente<sup>18</sup>. E apesar de historicamente, a dengue ser a arbovirose que teve maior importância epidemiológica na história do país, no entanto, atualmente, com a aparição de novos vírus transmitidos pelo mesmo vetor (*Aedes Aegypti*), enfrenta-se a ocorrência de duas novas doenças a Chikungunya e o Zika<sup>19</sup>. Há então, uma visível aproximação entre os problemas socioambientais locais com aqueles vistos na extensão do Brasil, o que comprova a importância dessa discussão no campo da saúde.

É importante destacar que a ESF foi proposta como um “novo modelo” de assistência à saúde, com ações para além do modelo técnico assistencial, todavia, resultados como o do presente estudo, mostram que, mesmo o profissional estando num contexto de atenção diferente, ainda reproduz um modelo focado apenas na doença, exemplificado quando o profissional afirma desconhecer a própria área de atuação. Apontando que o treinamento inicial para atuação na ESF foi um dos poucos momentos de imersão e reconhecimento da área.

O que corrobora com pesquisa<sup>20</sup> que apontou as fragilidades no potencial da atenção primária para promover mudanças nas práticas assistenciais, evidenciando que as ações

continuam predominantemente centradas no médico, no tratamento e reabilitação de doenças crônicas e com deficiências no trabalho em equipe. Existe também um desconhecimento implícito no discurso dos profissionais sobre a área em que atuam, sobretudo no que se refere às condições socioambientais, o que está relacionado com a ausência de atividades de promoção da saúde fora do ambiente da unidade de saúde.

Nessa ótica, é possível questionar como o profissional de saúde irá desenvolver uma ação pautada na realidade das pessoas se não consegue extrapolar os muros da unidade de saúde, priorizando as suas ações para as doenças crônico degenerativas? Já que, quando questionados sobre o maior problema de saúde da ESF respondem prontamente: Diabetes mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, ainda que a unidade esteja localizada em uma área de risco, com esgoto à céu aberto, lixo nas proximidades e um quadro epidemiológico evidenciando o impacto das doenças reemergentes na saúde local, o que foi confirmado na observação não participante.

Estudo realizado também na Região Sudoeste, a mesma região de Guanambi-Bahia, em Vitória da Conquista, mostrou que o número excessivo de pessoas sob cuidado de uma única Equipe de Saúde da Família constrangia a capacidade dos profissionais em abarcar demandas de maneira resolutiva, ficando restritas à atendimentos pontuais<sup>21</sup>.

Destaca-se, nesse sentido, a importância de utilizar as potencialidades das comunidades como estratégia para a promoção da saúde. Estudo<sup>22</sup> realizado na Califórnia, EUA, sobre a participação da comunidade na busca pela equidade, apontou o papel fundamental do engajamento das pessoas, principalmente em comunidades mais sobrecarregadas pelas iniquidades em saúde para a mudança nesse cenário. Logo, os profissionais de saúde podem agir no território em parceria com os usuários dos serviços, que vivenciam a sua realidade e devem ser sujeitos ativos na busca por melhor qualidade de vida.

Há que se considerar também que a própria formação desse profissional de saúde não propicia uma ação integradora, quando é voltada quase que exclusivamente para a assistência às doenças e não à promoção da saúde, como evidenciado em estudos que apontam as fragilidades do currículo de formação em saúde no que se refere às questões socioambientais. O que é reforçado em diferentes pesquisas<sup>1,23,24</sup>, que constataram que a temática recebe pouco espaço na estrutura curricular ou encontra-se vinculada às disciplinas de saneamento do meio.

Por outro lado, a proposta integradora da educação ambiental na saúde tem mostrado resultados positivos para currículos que buscam essa abordagem, como no caso da Universidade de Masaryk, a segunda maior universidade da República Tcheca, que oferece a disciplina

educação ambiental para todos os futuros professores, enfocando principalmente mudanças antrópicas e os seus efeitos subsequentes na saúde humana<sup>25</sup>.

Deve-se ressaltar que é importante que os gestores da atenção primária capacitem os profissionais de saúde e realizem atividades de educação permanente periódicas para que eles possam enfrentar os problemas ambientais e os seus reflexos na saúde, visto que, grande parte afirmou não realizar atividades educativas nesse sentido, no entanto, também não fizeram nenhum curso ou capacitação sobre o tema, mesmo atuando na atenção primária há muitos anos, numa região endêmica para Dengue, Chagas e Leishmaniose.

Nota-se que a ação dos profissionais de saúde ainda é focada em doenças crônicas específicas, e quando a discussão sobre saúde e ambiente se direciona para questões multisetoriais e interdisciplinares, tais como o uso de agrotóxicos e seus impactos sociais e na saúde, estes se mostram menos confortáveis para discutir o tema.

Sabe-se que as consequências do uso de agrotóxicos têm sido discutidas em vários setores da sociedade, seja pelo seu impacto no ambiente ou pelas suas consequências diretas e indiretas na saúde da população, além do crescente número de produtos químicos que tem sido liberados para uso nos últimos anos, por meio de políticas públicas de incentivos para a agricultura. Para tanto, devem ser estruturadas políticas públicas e ações municipais na promoção da saúde ambiental e dos trabalhadores que manipulam os agrotóxicos, uma vez que as intoxicações agudas, que são efeitos diretos do uso de agrotóxicos, são os principais impactos econômicos sobre a saúde e o ambiente<sup>17</sup>.

Ainda assim, os profissionais que estão na atenção primária, considerada a “porta de entrada” dos serviços de saúde, em uma região onde a agricultura de subsistência é uma das principais fontes de renda e sobrevivência, como é o caso do Semiárido Nordeste e de tantas outras regiões do país, pouco relacionam a importância de orientar a população sobre os cuidados com agentes químicos agropecuários, principalmente para aqueles que atuam na zona rural. Sendo que, 59% dos profissionais afirmou orientar sobre o uso de agrotóxicos, no entanto não especificaram o porquê ou quais os efeitos desses agentes químicos para a saúde.

Salienta-se a importância de repensar o uso dos agrotóxicos e das suas implicações na saúde da população em geral, e seus muitos riscos, como as contaminações químicas, substâncias nocivas nos alimentos, e as doenças relacionadas ainda fogem por completo à percepção humana imediata<sup>26</sup>. O que confirma a necessidade dos profissionais de saúde serem sensibilizados e capacitados para essa relação.

É necessário reafirmar que o papel do profissional de saúde vai além da ação no território, e que as ações em loco repercutem num espectro maior da saúde, pois, no contexto

atual de discussões em prol do ambiente e da qualidade de vida e saúde humana, profissionais de saúde e educadores de saúde trariam novas vozes para discurso público e político no que se refere ao contexto global ambiental, além de facilitar a mitigação desses impactos em suas instituições e comunidades<sup>27</sup>.

Tais pressupostos reforçam inquietações sobre a subutilização do potencial e amplitude das ações de promoção da saúde, uma vez que mesmo agindo em uma área definida, o modelo hospitalocêntrico ainda se perpetua na atenção primária através de uma assistência descontextualizada do território.

Estudo realizado na Universidade da Carolina do Norte, EUA, aponta caminhos pelos quais profissionais e pesquisadores podem percorrer para que a promoção da saúde possa promover a mudança estrutural, que envolve ações da comunidade, dos profissionais e da gestão, tais como: transmitir a relevância social e de saúde das iniciativas de mudança de políticas e ambientais locais, a construção de parcerias para apoiá-los, sobretudo para aqueles que atuam num território, e a promoção de distribuições mais equitativas de recursos necessários para que as pessoas atendam às suas necessidades diárias, controlem suas vidas e participem livremente da esfera pública<sup>13</sup>.

De fato, é necessária a capacitação dos profissionais de saúde quanto a essa estratégia, para que eles valorizem um ao outro, mas principalmente saiba o que, como, quando e onde educar/orientar a população, levando em conta as suas necessidades de saúde e os fatores a ela correlacionados, o que se dá pela educação<sup>14</sup>. Existe também uma falha na gestão desses serviços, que como apontado por quase toda a totalidade dos profissionais, não costumam receber nenhum tipo de capacitação nessa área.

É necessário destacar que as dificuldades em adotar práticas de educação ambiental em saúde não são exclusivas dos profissionais de saúde, como também são um desafio para a gestão da atenção primária, e devem ser discutidas na formação em saúde, na educação permanente e no cotidiano de trabalho da ESF.

## **CONCLUSÃO**

Diante do contexto atual de discussões e ações em prol do ambiente e saúde, a visão crítica e reflexiva do profissional de saúde no território, transformada em ações de promoção da saúde, é fundamental para a mudança na relação saúde e ambiente, pois são os profissionais que tem como objetivo o cuidado do indivíduo e da coletividade para a vida. Nesta ótica, este estudo buscou compreender como os profissionais de saúde que atuam na ESF abordam nas práticas educativas o contexto socioambiental.

Notou-se que, apesar do território ser um marco importante na proposição das políticas públicas da atenção primária à saúde, e incorporar o cotidiano, os aspectos físicos e geográficos numa perspectiva ampliada, as atividades educativas não acompanham esse processo, pois abordam quase que exclusivamente temas relacionados à doenças crônicas, especificamente Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, focadas em uma noção secundária ao médico-assistencial, mesmo sendo de fundamental importância para a prevenção de agravos e promoção da saúde.

É notório que identificar as potencialidades e dificuldades de um determinado território, é fundamental para que sejam enfrentadas as dificuldades dessas áreas. No entanto, percebeu-se que esta tarefa, que vem sendo desenvolvida no campo da saúde pela ESF ainda é praticada de forma pouco efetiva.

Faz-se necessário também ouvir gestores e usuários dos serviços de saúde estudados para melhor compreensão dos aspectos que ainda são um entrave para a evolução do processo educativo na atenção primária, especialmente no que se refere às barreiras socioambientais existentes nas áreas de atuação das USF.

Portanto, entende-se que os profissionais inseridos nesse modelo de atenção à saúde, se sensibilizados também para a relação ambiente-território-saúde, poderão propor ações de promoção da saúde mais efetivas e direcionadas para a realidade e necessidade de cada território, sendo a educação em saúde uma das principais ferramentas para superar esses desafios.

## **REFERÊNCIAS**

1. Souza CL, Andrade CS. Saúde, meio ambiente e território: uma discussão necessária na formação em saúde. *Ciênc saúde coletiva* 2014;19(10):4113-4122.
2. Souza CL, Andrade CS, Silva ES. A discussão sobre meio ambiente na formação do enfermeiro. *Rev Enfermagem-UERJ* 2017;25(esp):1-6.
3. Bezerra ACV. Vigilância em saúde ambiental no Brasil: heranças e desafios. *Saúde Soc.* 2017;26(4):1044-1057.
4. Saquet MA, Silva SS. MILTON SANTOS: concepções de geografia, espaço e território. *Geo UERJ* 2008;2(18):24-42.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família; 2018 [acesso em 3 set 2018]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php).
6. Sousa LB, Torres CA, Pinheiro PNC, Pinheiro AKB. Práticas de Educação em Saúde no Brasil: a atuação da Enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ* 2010;18(1):55-60.

7. Piccoli AS, Cohen SC, Assumpção RF, Kligerman DC. Environmental Education as a social mobilization strategy to face water scarcity. *Ciênc saúde coletiva* 2016;21(3):797-808.
8. Loureiro CFB. Educação Ambiental e Epistemologia Crítica. *Rev. Eletrônica Mestr. Educ. Ambient.* 2015;32(2):159-176.
9. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas;2017:192p.
10. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 13ªed. Rio de Janeiro: Vozes;2015.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidade e Estados. 2018 [citado abril 27, 2019] Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html>.
12. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011:226p.
13. Golden SD, McLeroy KR, Green LW, Já Earp, Lieberman, LD. Upending the Social Ecological Model to Guide Health Promotion Efforts Toward Policy and Environmental Change. *Health Education & Behavior.* 2015;42(1suppl):8S-14S.
14. Jesus SJA. O papel da educação em saúde frente às implicações da atenção básica: do profissional à comunidade. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia* 2015;2(7):1-9.
15. Brasil. Ministério do Meio ambiente. Programa Nacional de Educação Ambiental: Pronea. 3ed. Brasília: MMA; 2005:105p.
16. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciênc. saúde coletiva.* 2014;19(3):847-852.
17. Soares SRA, Bernardes RS, Cordeiro-Netto OM. Relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente: elementos para formulação de um modelo de planejamento em saneamento. *Cad. Saúde Pública* 2002;18(6):1713-1724.
18. Santos EA, Mercês MC, Carvalho BT. Fatores socioambientais e ocorrência dos casos de dengue em Guanambi – Bahia. *UFMS* 2015; 5(3):486-496.
19. Zara ALSA, Santos SM, Fernandes-Oliveira ES, Carvalho RG, Coelho GE. Estratégias de controle do *Aedes aegypti*: uma revisão. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2016;25(2):391-404.
20. Trindade LL, Pires DEP. Implicações dos Modelos Assistenciais da Atenção Básica nas Cargas de Trabalho dos Profissionais de Saúde. *Rev Texto Contexto* 2013;22(1):36-42.
21. Almeida PF, Santos AM. Primary Health Care: care coordinator in regionalized networks? *Rev Saúde Pública;* 2016; 50:80.
22. Cacari-Stone L, Wallerstein N, Garcia AP, Minkler M. The Promise of Community-Based Participatory Research for Health Equity: A Conceptual Model for Bridging Evidence With Policy. *American Journal of Public Health (AJPH).* 2014;104(9):1615–23.

23. Peres RR, Nietsche EA, Terra MG, Costa VZ, Camponogara, S. Health and environment: (in) visibilities and (dis) continuation in nursing professional training. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm* 2016; 20(1):25-32.
24. Beserra EP, Alves MDS, Rigotto MR. Percepção de adolescentes acerca da saúde ambiental: pesquisa-ação no espaço escolar. *Online braz. j. nurs. (Online)* 2010;9(1):1-10.
25. Rychnovský B. Environmental Education And Health (Health Education). *School and Health*. 2010;21(1):161-69.
26. Ell E, Oliveira SD, Nazareno ER, Brndenburd A. Concepções de agricultura ecológica do Paraná sobre alimentação saudável. *Rev Saúde Pública* 2012;46(2):218-225.
27. Adlong W, Dietsch E. Environmental education and the health professions: framing climate change as a health issue. *Journal Environmental Education Research* 2015;21(5): 687–709.

### **ARTIGO 3 – AMBIENTE E PROMOÇÃO DA SAÚDE: VIVÊNCIAS NO TERRITÓRIO ADSCRITO NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS**

#### **Resumo:**

A atenção primária integra um novo modelo de ação da saúde pautado no indivíduo, na família e na coletividade, de acordo com princípios como a ação regionalizada e focada no território. Essa atenção diferenciada só se efetiva diante da criação de vínculo entre o profissional de saúde e os usuários dos serviços, sobretudo da Estratégia de Saúde da Família que centra a sua atenção à uma comunidade adscrita. Este estudo objetivou analisar as ações de promoção da saúde no território adscrito da estratégia de saúde da família. Trata-se de um estudo quantitativo exploratório realizado com 331 usuários de 11 Unidades de Saúde da Família. A análise dos dados foi baseada na estatística descritiva. Os resultados apontaram que, mesmo a ação no território sendo fundamental para que os profissionais de saúde alcancem a eficiência nas suas ações, o usuário desse serviço pouco percebe a proximidade dos profissionais de saúde no cotidiano da sua vivência, e o trabalho ainda é focado em métodos assistenciais curativos, caracterizado por ações pautadas num território essencialmente definido por limites geográficos. É importante que o ambiente comunitário seja incorporado nas práticas dos profissionais de saúde, para que o território seja uma ferramenta aliada para a produção de saúde e não reproduzidor da assistência voltada exclusivamente para o biológico e patológico.

**Palavras-chave:** Ambiente. Saúde da Família. Promoção da Saúde. Atenção Primária à Saúde.

### **ENVIRONMENT AND HEALTH: FAMILY HEALTH STRATEGY USERS 'LIVES AND PERSPECTIVES**

#### **Abstract:**

Primary care integrates a new model of health action based on the individual, the family and the community, according to principles such as regionalized action and focused on the territory. This differentiated attention is only effective in the creation of a link between the health professional and the users of services, especially the Family Health Strategy, which focuses its attention on an attached community. This study aimed to analyze the actions of health promotion in the attached territory of the family health strategy. This is an exploratory quantitative study conducted with 331 users of 11 Family Health Units. Data analysis was based on descriptive statistics. The results pointed out that even action in the territory is fundamental for health professionals to achieve efficiency in their actions, the user of this service little perceives the proximity of health professionals in the daily life of their experience, and the work is still focused on curative care methods, characterized by actions based on a territory essentially defined by geographical limits. It is important that the community environment be incorporated into the practices of health professionals, so that the territory is an allied tool for health production and not a reproducer of care directed exclusively to the biological and pathological.

**Keywords:** Environment. Family Health. Health Promotion. Primary Health Care.

## INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) possui características peculiares que podem favorecer a integração entre comunidade e equipes de saúde, bem como a relação trabalhador-usuário, pois busca a reorganização da atenção à saúde, partindo da mudança do modelo da atenção primária, pautada no trabalho em equipe multiprofissional e na participação social/controlado social.<sup>1</sup>

Aqui, cabe lembrar a importância da publicação da Declaração de Alma Ata em 1978<sup>2</sup>, considerada um marco para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde mundial, que a apresentou como um núcleo central de um sistema de saúde, trazendo contribuições para resultados mais favoráveis e equitativos em saúde, além de maior eficiência e efetividade no cuidado em saúde.<sup>3</sup>

Por esse ângulo, a Política Nacional da Atenção Básica brasileira aponta que os profissionais de saúde precisam conhecer a realidade local, suas prioridades, as barreiras geográficas, os grupos prioritários e vulneráveis<sup>1</sup>, e para que isso ocorra é necessário estarem próximos à realidade local.

Com isso, a partir da ESF e da implementação e/ou incorporação de trabalhadores de saúde num território, é inegável a importância do usuário para a consolidação das políticas e efetivação dos serviços de saúde, sobretudo quando o foco das ações é a promoção da saúde, como no caso ESF. Nesse sentido, a promoção da saúde pode ser analisada a partir de diferentes abordagens e convive com uma pluralidade de concepções (modos de pensá-la) e de agir (intervenção) para a construção de novas práticas e compromissos públicos em torno da produção social da saúde.<sup>4</sup>

De fato, para que ocorra a expansão dos cuidados primários no Brasil, por meio da adscrição de clientela, do reconhecimento do território e das condições socioeconômicas e epidemiológicas, torna-se necessário a promoção da saúde da família na perspectiva do cuidado coletivo, por meio da ESF.<sup>3</sup>

Nessa perspectiva, a atuação territorializada é uma ferramenta importante para promover práticas de promoção da saúde, que envolve atividades voltadas para o coletivo de indivíduos e para o ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico (natural e construído), social, político, econômico e cultural, baseada no coletivo, no empoderamento das pessoas e na participação social, na busca pela vida saudável<sup>5</sup>, que envolve desde a mudança de hábitos, a prevenção de doenças, até as condições socioambientais.

Sendo que, a família, como principal foco da atenção da ESF, também deve ser compreendida a partir do ambiente em que vive e de sua interação com o mesmo, e a partir das suas relações com os serviços de saúde na comunidade em que está inserida, considerando-se que há um conjunto de determinantes socioambientais, políticos e econômicos que os engloba.<sup>6</sup>

Considera-se que a forma como o trabalho é planejado e executado na ESF, principalmente no que se refere a promoção da saúde coletiva, influencia diretamente na qualidade de vida da comunidade assistida. No entanto, para que as mudanças e melhorias ocorram é necessário pensar nas ações locais de promoção de saúde, para além apenas o tratamento e prevenção de doenças, o que nem sempre ocorre.<sup>7</sup>

Por isso, analisar a promoção da saúde na ESF é importante para compreender as ações de saúde, baseadas no acolhimento, na responsabilização e na confiança entre esses os indivíduos, o que perpassa também pelo reconhecimento do território de atuação<sup>8</sup>. À vista disso, buscou-se analisar as ações de promoção da saúde no território adscrito da estratégia de saúde da família.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Estudo de natureza quantitativa descritiva, que é aquele que tem como principal objetivo descrever as características de uma determinada população ou fenômeno, e estabelecer relação entre variáveis<sup>9</sup>.

O estudo foi realizado no município de Guanambi-Bahia, que possuía 14 USF em funcionamento na época da coleta de dados. Foram priorizadas as unidades situadas nas zonas rural e urbana, que possuíam dificuldades socioambientais de infraestrutura, saneamento básico e geográficas, como matas e morros e lajedos, excluindo-se três unidades localizadas em áreas do centro da cidade, sendo de fácil acesso.

Os participantes do estudo foram usuários das 11 USF (Alto Caiçara, Alvorada, BNH, Beija-Flor, Brasília, Monte Pascoal, Monte Azul, São Sebastião, Santo Antônio, Vomitamel e Lagoinha), sorteados aleatoriamente de acordo com a amostra calculada. Os critérios de inclusão foi: ter mais de 18 anos, estar cadastrado na USF escolhida para o estudo e residir na área a mais de dois anos. Tendo em vista que a população geral de Guanambi era de 84.014 habitantes, e que a população atendida pelas USF é de aproximadamente 3000 pessoas, sendo que a população de mais de 18 anos é de 53.184 e representa 67% da população total, utilizando o índice de confiança de 95% e margem de erro de 5%, foram incluídos 331 usuários numa amostragem probabilística simples e sem reposição. Após o cálculo, o total geral foi dividido entre as 11 unidades de saúde, e posteriormente, com o auxílio dos Agentes Comunitários de

Saúde, foi realizado o sorteio das ruas para a realização da coleta de dados no território adscrito pela ESF.

Os dados foram coletados no período de março a maio do ano 2018. Foram selecionados e treinados oito coletadores, estudantes do quinto ao nono período do curso de Enfermagem. A entrevista durou em média trinta e cinco minutos. Os participantes foram abordados em suas residências após sorteio aleatório simples de ruas para a coleta dos dados. Foi aplicado um questionário semiestruturado aos usuários da ESF das áreas com barreiras e dificuldades socioambientais.

Os dados foram tabulados com auxílio do Microsoft Excel 2010®, e a análise ocorreu com auxílio do software estatísticos SPSS 22®, para descrição estatística dos dados e apresentação em tabelas de distribuição de frequências simples.

Foram garantidos o anonimato e o sigilo aos participantes do estudo quanto à identificação, e o direito à informação e à desistência em qualquer etapa do estudo, e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O presente estudo integra a pesquisa de doutorado intitulada “As relações entre saúde e ambiente nas práticas de promoção da saúde”, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas sob o protocolo CAAE: 79882217.8.0000.0055 em dezembro do ano 2017.

## **RESULTADOS**

Os usuários da ESF participantes do estudo eram em sua maioria mulheres, com 68,3%, idade predominante de 20 a 30 anos, 27,2%, seguido de 31 a 40 anos, 18,7%, 41 a 50 anos, 19,9%, e de 51 a mais de 70 anos representando 34,1% dos usuários. Quanto à escolarização, 53% afirmaram ter mais de oito anos de estudo e 46,2% menos de 8 anos de estudo. Do total, 56,2% se autodeclararam pardo, 22,7% brancos e 18,7% pretos. A profissão/ocupação predominante foi doméstica com 22,1%, sendo que 50,5% dos usuários não tinha ocupação remunerada, por conseguinte, 44,7% possuía renda familiar de até um salário mínimo.

A totalidade dos usuários dos serviços de saúde, participantes do estudo, relatou ter acesso à água encanada, e 86,7% armazenam a água em caixas. Com relação à rede de esgoto, 79,5% informaram que há presença, no entanto 28,4% destacou que há pontos de vazamento de esgoto próximo à residência. Sobre asfaltamento e calçamento 87,6% afirmaram que existe, 50,1% das residências estão situada próxima à matagal, 81,2% apontou que não há serviço de varrição nas ruas, em 71% dos casos o lixo é coletado três vezes por semana, 96,4% salientaram

que não há coleta seletiva, 51,1% relataram que o destino do lixo é o lixão e 42,9% desconhece a destinação final do lixo produzido em suas residências (Tabela 1).

**Tabela 1** – Características da área de residência do usuário da ESF, Guanambi, Bahia, 2019.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Acesso a água		
Encanada	331	100,0
Armazenamento da água		
Caixa	287	86,7
Tambor	05	1,5
Não armazena	16	4,8
Caixa e tambor	22	6,6
Caixa e tanque	01	0,3
Rede de esgotamento		
Sim	263	79,5
Não	60	18,1
Parcial	08	2,4
Pontos de vazamento de esgoto		
Sim	94	28,4
Não	226	68,3
Não sabe dizer	10	3,0
Não existe rede de esgoto	01	0,3
Serviço de varrição		
Sim	44	13,3
Não	282	85,2
Não sabe dizer	04	1,2
As vezes	01	0,3
Coleta seletiva		
Sim	07	2,1
Não	319	96,4
Plástico e papelão	01	0,3
Orgânico e vidro	01	0,3
AS vezes	02	0,6
Plástico, vidro e papelão	01	0,3
Destino do lixo		
Lixão	169	51,1
Aterro	17	5,1
Não sabe dizer	142	42,9
Lixão e aterro	01	0,3
Queimado	02	0,6
Proximidade com matagal		
Sim	167	50,5
Não	160	48,3
Não sabe dizer	04	1,2
<b>Total</b>	<b>331</b>	<b>100</b>

Em relação aos cuidados em saúde e à prevenção de agravos associados ao ambiente, os 94,9% dos usuários foram categóricos em dizer que não recebem orientações sobre isso. O ACS foi apontado como profissional que mais realiza visitas domiciliares, 48,8%, da mesma forma que 48,8% afirmaram que nenhum profissional de saúde faz visitas domiciliares ou conhece a área de abrangência da unidade de saúde, e 74,6% relataram nunca ter recebido orientação na ESF ou visita domiciliar sobre cuidados com alimentos e os perigos dos agrotóxicos para a saúde (Tabela 2).

**Tabela 2** – Síntese da percepção dos usuários da ESF sobre as ações de prevenção de agravos e promoção da saúde nas unidades, Guanambi-Bahia, 2018.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Profissionais que fazem visita domiciliar/conhecem a área		
ACS	159	48,0
Nenhum	159	48,0
ACS e Enfermeiro juntos	06	1,8
Outros	07	2,2
Profissionais de saúde orientam sobre cuidados de saúde e ambiente		
Sim	04	1,2
Não	314	94,9
Não sabe dizer	09	2,2
Não respondeu	04	1,2
Orientações quanto a promoção da saúde e prevenção de agravos relacionados ao ambiente		
Sim	88	26,6
Não	209	63,1
Não sabe dizer	34	10,3
Orientação sobre cuidados com alimentos e perigos do uso de agrotóxicos		
Sim	52	15,7
Não	247	74,6
Não sabe dizer	28	8,5
Não respondeu	04	1,2
<b>Total</b>	<b>331</b>	<b>100</b>

## DISCUSSÃO

Sabe-se que, a Atenção Primária, eixo estruturante do SUS, é considerada a entrada preferencial para o sistema de saúde, buscando reorientar e garantir o acesso universal e integral à população.<sup>1</sup> Com isso, compreender como os usuários desse serviço tem vivenciado essa nova ótica da atenção à saúde é fundamental para avaliar a sua eficiência na mudança da relação saúde-ambiente-território-profissionais de saúde numa determinada área adstrição.

O estudo mostrou que o perfil dos usuários da ESF se concentra principalmente em mulheres, donas de casa, que não possuem atividade remunerada, que possui poucos anos de estudo e renda média de um salário mínimo. Os usuários afirmaram desconhecer sobre temas relacionados à relação entre os cuidados ambientais e de saúde com a promoção da saúde, além de relataram ausência de serviços de coleta seletiva, que o serviço de esgotamento existe, no entanto há falhas, uma vez que ocorrem vazamentos e entupimentos devido a chuvas e no cotidiano.

Nesse contexto, as ações de promoção da saúde devem ser diversificadas em termos de foco, objeto, ênfase e campos de ação, uma vez que considera as variadas realidades.<sup>10</sup> E a efetividade dessas ações está fortemente associada às condições e circunstâncias que compõem o ambiente no qual as ações acontecem<sup>11</sup>, como a cultura, as políticas, a vivência e as potencialidades e os desafios do território.

Com isso, as características dos usuários da ESF encontradas no presente estudo corroboram com pesquisa nacional sobre o perfil dos usuários das ESF, que demonstrou que a unidade de saúde é utilizada pela maioria dos indivíduos do território, e que há uma demanda feminina nesses espaços, sendo que as principais características dos usuários da Atenção Primária a Saúde com mais de 17 anos de idade são: mulheres jovens e homens mais velhos, pardos, casados ou em união estável, mais da metade com ensino fundamental.<sup>12</sup>

A maior procura das mulheres por esses serviços está associada à fatores históricos e sociais.<sup>13</sup> Sabe-se que as mulheres são as principais usuárias do SUS, e que participam ativamente do processo de busca pela equidade dos serviços de saúde, demonstrando o empoderamento e o potencial de mudanças desse seguimento coletivo, entretanto, ao acessar os serviços de saúde ainda encontram vários obstáculos, tais como: a localização, a forma de organização, a demora em obtenção do atendimento dentre outras dificuldades.<sup>14</sup>

Campos<sup>15</sup> considera que a atenção primária ainda é vista como um local de menor complexidade quanto aos serviços oferecidos, onde serão encontrados problemas simples e de fácil resolução, demandando tecnologias menos avançadas e baixa qualificação técnica. Por isso, há que se sensibilizar também as pessoas para a importância da unidade de saúde para melhoria das condições de saúde no território.

Por outro lado, estudo demonstrou a relevância das ações centradas nas tecnologias leves, ou seja, quando os profissionais não se atêm somente à técnica e propiciam uma escuta do sujeito na sua totalidade, o que ocorre na dimensão do encontro, favorecendo a vinculação entre usuário e profissional.<sup>16</sup> Para Campos<sup>17</sup>, “*os trabalhadores, apoiados em grupos de usuários, vêm buscando criar possibilidades de cogestão no cotidiano dos serviços de saúde,*

*com objetivo de reformular radicalmente o processo de trabalho e de gestão em qualquer espaço em que isto seja possível”.*

Uma pesquisa realizada em Toronto-Canadá<sup>18</sup> listou as 10 principais prioridades de pesquisa da atenção primária, identificadas por membros do público, profissionais de saúde que trabalham na atenção primária, pesquisadores e formuladores de políticas. Nesse contexto, destaca-se aqui três dessas prioridades: como a atenção primária pode melhor abordar os determinantes sociais da saúde e promover a equidade em saúde? Quais são as melhores maneiras de envolver os pacientes/usuários no planejamento e na prestação dos cuidados primários? E, como os cuidados primários podem promover melhor os comportamentos saudáveis na população?

Partindo desses questionamentos, que corroboram a importância de fortalecer o usuário dos serviços de saúde, por meio da participação social, e integrar os conhecimentos de usuários, gestores e profissionais de saúde na atenção primária para melhorar a qualidade de vida das pessoas no território, emergem também alguns questionamentos, tais quais: como o profissional de saúde da atenção primária pode promover a saúde no território se não estabelece relações e vínculo com as pessoas em seu contexto de vivência? E, como superar a visão/ação hospitalocêntrica ainda propagada em serviços de atenção primária a saúde, como a ESF?

Assim, o cotidiano do profissional de saúde da atenção primária no SUS é marcado por um conflito que gira em torno de se responsabilizar pelas atividades que compõem a dinâmica de funcionamento do serviço de saúde, e o trabalho específico preconizado pelo novo modelo de atenção, em um contexto que predomina as estratégias de gestão e aspectos ideológicos que reforçam o modelo tradicional de funcionamento do sistema de saúde.<sup>19</sup>

Nesse sentido, ferramentas como a visita ou consulta domiciliar podem viabilizar os princípios da ESF, como a criação de vínculos com o usuário e sua família, o conhecimento do território-domicílio e a longitudinalidade, características presentes no conceito da integralidade da atenção.<sup>1</sup> No entanto, os usuários do estudo percebem um desconhecimento do profissional da área de abrangência, com os cuidados concentrados quase que exclusivamente nas unidades de saúde, com consultas e rotinas estabelecidas sobre as doenças crônicas.

As visitas domiciliares devem ser realizadas pautadas na interdisciplinaridade, mas apresenta uma maior constância e regularidade pelos ACS, que no cotidiano de sua prática realizam o cadastramento familiar buscando conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade.<sup>20</sup> O que também foi notado no presente estudo, em que os usuários relataram que o ACS é responsável prioritário das visitas domiciliares, porém, mesmo este

profissional se destacando nessa abordagem, ainda há uma crítica sobre o objetivo das visitas, que foi descrito principalmente voltada para usuários com patologias crônicas.

Sob a ótica de Savassi<sup>21</sup>, a visita domiciliar é uma tecnologia que despontou como uma forma de compreender o indivíduo em meio a um contexto social e multifatorial, o qual influencia abruptamente seu estilo de vida e, por conseguinte, seu estado de saúde; com ações que revalidam estratégias educativas, sanitárias, assistenciais, e ambientais, porém com uma visão mais avançada e não somente em bases sintomatológicas e terapêuticas.

Os dados apontaram um distanciamento entre os profissionais de saúde e os usuários no cerne da promoção da saúde ambiental, já que os profissionais não visitam a área e não estão cientes dos problemas e barreiras ambientais locais. Considera-se que, além de ser uma responsabilidade, é importante que os profissionais de saúde realizem visitas domiciliares e no território de abrangência da unidade, para que possam reconhecer os desafios e as potencialidades da área adscrita, para que possam promover a saúde para além das limitações físicas da unidade de saúde.

Em estudo sobre a avaliação da atenção primária por usuários em Minas Gerais, mostrou que o conhecimento do médico/enfermeiro sobre as condições de vida do entrevistado, no que tange aos coabitantes por residência e aos problemas mais importantes apresentou resultados considerados baixos.<sup>22</sup>

Ainda de acordo com as autoras supracitadas, parte dos usuários percebe a verticalização das práticas de saúde e vivência um vínculo fraco com os serviços, fruto de práticas em saúde que não atingiram o (re)conhecimento do usuário como pessoa, como parte de uma família e como membro de uma comunidade, e que não permeiam a promoção da saúde.

Há ainda a falta de orientações sobre as implicações das falhas ambientais na saúde das pessoas, e um pouco reconhecimento do usuário sobre a ESF como agente de transformação territorial, já que os profissionais não agem na promoção da saúde no território, e possuem agendas focadas no interior da unidade, no tocante que, o ACS exerce as suas práticas para prevenir doenças e promover saúde, e são os profissionais mais reconhecidos pelos usuários nesse processo.

Para tanto, é fundamental que o profissional de saúde construa um plano de ação nos territórios, em conjunto com a população, suas organizações sociais e demais instituições que atuam no território se refere à identificação das características do território, incluindo recursos institucionais, comunitários, bem como seu potencial organizativo. O conhecimento do território inclui, ainda, a avaliação da saúde ambiental, identificando principais fatores de risco

e vulnerabilidades da comunidade, em especial, relacionadas às doenças endêmicas, como a dengue.<sup>23</sup>

No contexto das discussões sobre a ESF, é importante destacar que existe uma busca constante para efetivar os serviços de atenção primária no país. Por isso, há muitas questões que precisam de atenção e que dificultam sua efetividade, sobretudo a distribuição de recursos, infraestrutura e demais barreiras socioambientais, tornando-a objeto de constantes avaliações de qualidade de serviços prestados.<sup>24</sup>

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Desde a sua criação na década de 1990, a ESF vem sendo apontada como um novo modelo de fazer saúde, pautada em ações de promoção da saúde num território definido. Todavia, é notório que precisa avançar no que se refere à vinculação entre profissionais-usuário-território, e que os estudos tem mostrado que esse modelo, embora inquestionavelmente mais efetivo, ainda carrega traços históricos da ação tecnicista, por isso, as discussões sobre os principais atores desse processo, usuários e profissionais de saúde, devem permanecer ativas, para sensibilizar ambos e demais instâncias para o fortalecimento das práticas de saúde centradas na real demanda territorial.

Sendo assim, acredita-se que os maiores avanços surgirão quando o território for compreendido como uma extensão única e indissociável da USF, e não apenas como linhas geográficas que separam áreas de unidades das outras, pois é nele que as vivências ocorrem e se estabelecem as potenciais características que favorecem ou não o processo de saúde e adoecimento. Sendo assim, os profissionais de saúde precisam assumi-lo como instrumento de ação.

Sabe-se que, o vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários da ESF é fundamental para o estabelecimento das relações terapêuticas, sobretudo quando o trabalho em saúde é realizado no território, porém, o usuário ainda percebe carências sérias nesse ponto, como assistência focada na doença, ausência de vínculo entre profissionais de saúde e pouca resolutividade do serviço, principalmente nas ações de promoção da saúde no território, uma vez que foi pouco evidenciado atividades de educação em saúde que abordem temas importantes para a promoção da saúde ambiental e superação dos desafios socioambientais no território, como as próprias doenças infecciosas associadas ao ambiente.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017 [citado 11 jan 2019]. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).
2. Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978;Set 6-12; Alma Ata, Cazaquistão.
3. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva Online*. 2016;6(21):1499-1510.
4. Mendes R, Fernandez JCA, Sacardo DP. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. *Saúde debate*. 2016;40(108):190-203.
5. Buss PM. Promoção da Saúde da Família. [Internet] 2002 [Cited 2019 Jul 07]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0103/IS23%281%29021.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0103/IS23%281%29021.pdf).
6. Moimaz SAS, Fadel CB, Yarid SD, Diniz DG. Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16 Supl 1:965-72.
7. Pinto AAM, Fracolli LA. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. *Revista Eletrônica Enfermagem*. 2010;12(4):766-9.
8. Santos RCA, Miranda FAN. Importância do vínculo entre profissional-usuário na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Enferm UFSM* 2016;6(3):350-359.
9. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ªed. São Paulo: Atlas;2017:192.
10. Pinto MB, Silva KL. Promoção da saúde no território: potências e desafios dos projetos locais. *Escola Anna Nery* 2019;23(1):1-8.
11. Moysés ST, Franco de Sá R. Planos locais de promoção da saúde: intersectorialidade(s) construída(s) no território. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(11):4323-4329.
12. Guibu IA et al. Características principais dos usuários os serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 2:17s.
13. Pilger C, Menon UM, Mathias TAF. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. *Rev. esc. enferm. USP*. 2013;47(1): 213-220.
14. Silva GL, Rabinovich EP. As barreiras da universalidade do acesso vivenciado por idosos nas unidades saúde da família. *C&D-Revista Eletrônica da Fainor*. 2013;6(1):3-24.

15. Campos OMA, Pereira IA. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.* 2013;66(spe): 158-164.
16. Silva TR, Motta RF. A percepção dos usuários sobre a política de saúde na atenção básica. *Mudanças – Psicologia da Saúde* 2015;23(2):17-25.
17. Campos GWS. SUS: o que e como fazer? *Ciênc. saúde coletiva* 2018;23(6): 1707-1714.
18. O'Neill B, Aversa V, Rouleau K, Lazare K, Sullivan F, Persaud N. Identifying top 10 primary care research priorities from international stakeholders using a modified Delphi method. *PLoS ONE.* 2018;13(10): e0206096.
19. Caçador BS, Brito MJM, Moreira DA, Rezende LC, Vilela GS. Being a nurse in the family health strategy programme: challenges and possibilities. *Rev Min Enferm.* 2015;19(3):612-26.
20. Barbosa DCM, Mattos ATR, Corrêa MH, Faria M, Ribeiro LC, Santos LL, Ferreira JBB, Forster AC. Visita domiciliar sob a percepção dos usuários da estratégia saúde da família. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2016;49(4):360-6.
21. Savassi LCM, Melo CGL, Gonçalves DA, Oliveira DOPS, Lopes HR, Fregonezi RLH, Turcotte S. Proposta de residência em Atenção Domiciliar como área de atuação. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2018;13(40):1-13.
22. Silva SA, Fracolli LA. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. *Saúde debate [Internet].* 2014;38(103):692-705.
23. Ellery AEL, Pontes RLS, Loiola FA. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. *Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro.* 2013;23(2):415-437.
24. Cecilio LCO, Reis AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad Saúde Pública.* 2018 ago;34(8):1-14.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou analisar as relações entre saúde e ambiente nas práticas de promoção da saúde, na perspectiva da equipe de saúde e usuários da ESF, por meio da percepção, de dados documentais e epidemiológicos e através da observação dos estabelecimentos de saúde.

Observou-se que a relação entre saúde e ambiente se estabelece no cotidiano das práticas dos serviços de saúde territorializados e não territorializados. No entanto, quando se trata de ações no território definido é possível estabelecer essa relação de forma mais íntima, já que o cuidado está associado diretamente às influências do ambiente sobre a saúde das pessoas.

Contudo, estabelecer a dinâmica entre saúde e o ambiente ainda é uma tarefa complexa, pois a mudança na perspectiva das práticas de saúde, para um novo paradigma baseado na descentralização e regionalização é relativamente recente, o que faz emergir alguns questionamentos, como: as dificuldades que o profissional de saúde tem em perceber o ambiente como um fator intrínseco da saúde se deve ao histórico tecnicista dos serviços de saúde? Por que as ações de educação em saúde estão focadas em doenças crônicas mesmo em territórios com sérios problemas socioambientais? O que está associado a um histórico de formação em saúde tecnicista, maior valorização de ações pontuais, sobrecarga de trabalho e pouca efetividade da atenção primária à saúde.

O município estudado apresenta um elevado número de casos de doenças infecciosas reemergentes, e as características socioambientais, como clima, relevo, pouco acesso às condições socio sanitárias e de infraestrutura rural e urbana favorecem a disseminação dessas doenças, entretanto, as ações de saúde são essencialmente preventivas, tanto para as doenças crônicas quanto para as infecciosas, que se configuram em ações pontuais que muitas vezes não impactam em reais mudanças no quadro de saúde da população. Apesar disso, o profissional de saúde não percebe essas demandas socioambientais como integrantes do seu escopo de ação, ao que parece, enxergam o ambiente como algo longe e estanque, para o qual não tem nenhuma ação a fazer.

Foi possível dialogar com outros autores em relação a estudos na Região Nordeste, especificamente no semiárido, que ainda apresenta os piores índices de doenças infecciosas, de saneamento do meio e de acesso a bens e serviços, historicamente construídas ou exclusivamente associadas à um clima seco. Sabe-se que prover as pessoas de condições de vida melhores são fundamentais para o desenvolvimento sustentável. Até os Objetivos de

Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU) traz a erradicação da pobreza como prioridade, e isso deve refletir na saúde, pois um território sem infraestrutura e que não permite a promoção da saúde é um potencial produtor de doenças. E isso deve ser discutido com gestores, profissionais de saúde e usuários dos serviços.

Pouco foi observado casos de participação da equipe de saúde em ações que promovam a saúde nos territórios, como hortas comunitárias, atividades em escolas, associação de bairros, ou outros. E quando o profissional sai da unidade de saúde para fazer saúde fora dos muros das instituições, as práticas foram pontuais, paliativas ou curativas, além de individuais e não coletivas.

Há uma superficialidade nas discussões das barreiras socioambientais existentes nas áreas de atuação, ou até mesmo o desconhecimento delas, ainda que o território seja marcado por essas barreiras. Isso repercute na visão que o usuário tem do profissional e da USF. Pouco se percebe a criação de vínculos entre usuário-profissionais de saúde, e o usuário reconhece a função da ESF como curativa e pouco resolutive, pois suas demandas não são respondidas, já que não há promoção da saúde, o usuário procurará apenas métodos curativos, mesmo para agravos evitáveis.

As principais dificuldades e desafios apontados no estudo foram: a falta de abertura da ESF para a comunidade, com ações menos intensificadas nos outros espaços da área de abrangência da unidade, como escolas, creches, associações de moradores, ou o próprio domicílio, que apesar das visitas e as consultas domiciliares existirem, são focadas em patologias específicas; falta ainda maior interação entre a equipe, uma vez que os profissionais desempenham suas funções isoladas e sem compartilhamento de ideias, tarefas e conhecimento; além da maior responsabilização de cada profissional sobre as ações de promoção fora da unidade, que por vezes é direcionada à uma única categoria profissional.

Deve-se ainda destacar que o conhecimento do território adstrito envolve também a própria USF, e que os profissionais precisam se envolver mais com o funcionamento da mesma, conhecer os impactos que ela causa no território e no ambiente em que se insere, pois a gestão do serviço é responsabilidade de toda a equipe, mesmo assim, foi perceptível o desconhecimento sobre rotinas importantes, como a segregação e destinação do lixo produzido pela unidade.

Portanto, acredita-se que, os maiores avanços surgirão quando o território for compreendido como uma extensão única e indissociável da ESF, e não apenas como linhas geográficas que separam áreas de unidades das outras, pois é nele que as vivências ocorrem e se estabelecem as potenciais características que favorecem ou não o processo de saúde e

adoecimento. Sendo assim, os profissionais de saúde precisam que o coletivo de saúde, que inclui usuários, equipe de saúde, gestores e demais seguimentos da sociedade precisam assumi-lo como instrumento de ação e promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. 226 p.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 13<sup>o</sup>ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 6.938**. Dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação, e dá outras providências. DOU. 31 de agosto de 1981. Disponível em: <  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L6938.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6938.htm)>. Acesso 11 de abril de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde e Desenvolvimento Sustentável: Saúde Na Rio + 20**. Brasília 12 de dezembro de 2011. Disponível em: <  
<http://www.saudeio20.fiocruz.br/attachments/article/65/SaudeRio20documorientadorMS.pdf>  
>. Acesso 25 de junho de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Portaria Nº 2.76. Brasília: Ministério da Saúde, de 19 de novembro de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério do Meio ambiente. Secretária de Articulação Institucional e Cidadania Ambiental. **Resumo do Documento Agenda 21 da Conferência das Nações Unidas sobre Meio ambiente e Desenvolvimento – 1992**. Disponível em:  
<<http://www.mma.gov.br/sitio/index.php?ido=conteudo.monta&idEstrutura=18&idConteudo=577>>. Acesso em: 22 de maio de 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, 2018.

CARNEIRO, A. C. L. L. et al. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Ver. Panam. Salud. Publica**, v. 31, n. 2, 2012.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

CERVO, A.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia Científica**. 6<sup>a</sup>ed. São Paulo: Pearson, 2007, 176p.

COSTA, C. A.; LOUREIRO, C. F. B. Interdisciplinaridade e educação ambiental crítica: questões epistemológicas a partir do materialismo histórico-dialético. **Ciênc. educ. (Bauru)**, Bauru, v. 21, n. 3, p. 693-708, 2015.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Designing and conducting mixed methods research**. 2nd. Los Angeles: SAGE Publications, 2011.

DIAS, G. L. al. Representações sociais sobre saúde e meio ambiente para equipes de Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade [online]**, v. 27, n. 1, p. 163-174, 2018.

EFFTING, T. R. **Educação ambiental nas escolas públicas: realidade e desafios**. Monografia. Curso de Especialização: Planejamento para o Desenvolvimento Sustentável. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – *Campus* de Marechal Cândido Rondon, 2007.

FALKENBERG, M. B. al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 19, n. 03, p. 847-852, 2014.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p.

FREITAS, M. I. C.; CUNHA, L. Cartography of the socio-environmental vulnerability: convergences and differences from some experiences in Portugal and Brazil. **Brazilian Journal of Urban Management**, v. 5, n. 1, p. 15-31, jan./jun. 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREITAS, A. L. S.; FORSTER, M. M. S. Paulo Freire na formação de educadores: contribuições para o desenvolvimento de práticas crítico-reflexivas. **Educ. rev.**, Curitiba, n. 61, p. 55-70, 2016.

GALLO, E. et al. Saúde e economia verde: desafios para o desenvolvimento sustentável e erradicação da pobreza. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 6, p. 1457-1468, 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2017. 192p.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GRAHAM, A. **Report on Higher Education Sustainability Activities**. Cambridge: MTI-USA, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Guanambi**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/guanambi/panorama>>. Acesso em 12 de agosto de 2018.

JUSTO, L. G. et al. A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. **Interface: comunicação saúde educação**, v.21, n(Supl.1), p.1345-54, 2017.

KOHAN, W. O. Paulo Freire e o valor da igualdade em educação. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 45, e201600, 2019.

KRZYSCZAK, F. R. As diferentes concepções de meio ambiente e suas visões. **Revista de Educação do IDEAU**. v.11, n.23, 2016. p.1-18.

LEFF, E. Complexidade, Racionalidade Ambiental e Diálogo de Saberes. **Educação & Realidade**, v. 34, n. 3, p. 17–24, 2009.

LOUREIRO, C. F. B. Premissas teóricas para uma educação ambiental transformadora. **Ambiente e Educação**, Rio Grande. v.8, n.1, p.37-54, 2003.

MACHADO, M. S. F. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc saúde coletiva** [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 335-342.

MARKONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa: Planejamento e Execução de Pesquisa - Amostragens e Técnicas de Pesquisa - Elaboração, Análise e Interpretação de Dados**. 8ª ed. São Paulo: Atlas, 2017. 328p.

MENDES, J. M. R.; LEWGOY, A. M. B.; SILVEIRA, E. C. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 24-32, jan./jun. 2008.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: Apontamento mudanças para os modelos technoassistencias. **Saúde em Debate**, v.27, n.65, 316-323, 2003.

MENDES, E. V. **Distritos sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1993.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, 549p.

MENEGHIM, R. L. F. S. **Tracoma no Município de Botucatu – Estado de São Paulo: Medidas de Detecção, Educação em Saúde, Prevenção e Tratamento**. Tese (Doutorado em Bases Gerais da Cirurgia) – Universidade Estadual Paulista. São Paulo, 121p, 2015.

MENDES, J. M. R.; LEWGOY, A. M. B.; SILVEIRA, E. C. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 24-32, jan./jun. 2008.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MINAYO, M. C. S. Saúde e ambiente: uma relação necessária. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2007, p. 81-109.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2012. 408 p.

MINAYO, M. C. S.; MIRANDA, A. C. **Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, 344p.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (Orgs.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad Saúde Pública [online]**. 2005, vol.21, n.3, p. 898-906.

MONKEN, M. et al. **O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente**. In: MIRANDA, A. C. et al. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 62-68.

MORIN, E. 1921. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento** / Edgar Morin; tradução Eloá Jacobina. 8a ed., Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

OLIVEIRA, E. B.; SANTOS, F. N. Pressupostos e definições em interdisciplinaridade: diálogo com alguns autores. **Interdisc.**, São Paulo, n. 11, p. 01-151, out. 2017.

ONU. Organização das Nações Unidas. **“El futuro que queremos”**. Rio de Janeiro: PNUMA, 2012.

\_\_\_\_\_. **17 Objetivos Para Transformar Nosso Mundo**. 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em: 08 de julho de 2019.

PEKELMAN, R.; SANTOS, A. A. **Território e lugar - espaços da complexidade**. Disponível em: [http://moodle3.mec.gov.br/ufam/file.php/1/Biblioteca\\_Geral\\_do\\_Curso/texto01\\_territorio\\_e\\_lugar.pdf](http://moodle3.mec.gov.br/ufam/file.php/1/Biblioteca_Geral_do_Curso/texto01_territorio_e_lugar.pdf). Acesso em: 15 de setembro de 2018.

PICCOLI, A. S. et al. A Educação Ambiental como estratégia de mobilização social para o enfrentamento da escassez de água. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 797-808, 2016.

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: Uma Revista Integrativa. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 18, n. 1, p. 77-82, jan./mar. 2016.

REIGOTA, M. **Meio ambiente e representação social**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

REIGORA, M. Educação Ambiental: a emergência de um campo científico. *Perspectiva*, Florianópolis, v.30, n.2, p.449-520, 2012.

RIBEIRO, H. Saúde Pública e meio ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. **Saude soc.**, Abr 2004, v.13, n.1, p.70-80.

SABROZA, P. C.; WALTNER-TOEWS, D. Doenças emergentes, sistemas locais e globalização. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2001, vol.17, suppl., pp. S04-S05.

SANTOS, L. Meio ambiente e saúde Competências: Intersetorialidade. Campinas. **Direito sanitário**, 2004. Disponível em:  
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/parecer%20ambiente%20e%20saude.pdf>>.  
Acesso em 09 de dezembro de 2018.

SAQUET, M. A.; SILVA, S. S. Milton Santos: concepções de geografia, espaço e território. **Geo UERJ**, v.2, n.18, 2º semestre de 2008. p. 24-42.

SAUVÉ, L. **A formação continuada de professores em Educação Ambiental**: a proposta do EDAMAZ. In Sato, Michele e Santos, J.E. (orgs) A contribuição da Educação Ambiental à esperança de Pandora. São Carlos, RIMA.2000.

SILVA, G. C. A relação educação, ciência e interdisciplinaridade. **R. bras. Est. pedag.**, v. 81, n. 199, p. 403–414, 2000.

SILVA, S.S.; ALCÂNTARA, J. N.; MENDES, R. S.; TEOBALDO, J. K. F.; TAVARES, F. F. Práticas de preservação e conservação ambiental e saberes populares relacionados ao meio ambiente difundidos entre agricultores no município de Lavras, MG. **Anais ENGEMA-2014**. Disponível em: < <http://www.engema.org.br/XVIENGEMA/236.pdf>>. Acesso em: 28 de dezembro de 2018.

SILVA L. C. T.; PASQUAL K. K.; CHIARI M. F.; CHIRELLI M. Q.; REZENDE, K. T. A. Estratégia Saúde da Família e Território: percepção dos trabalhadores da atenção básica em saúde. **Atas CIAIQ**, n.1, v.2, 2016.

SILVA, E. L. P.; MACHADO, D. Q.; LEOPOLDINO, C. B.; FARIAS, P. P. M. Barreiras e ações para a sustentabilidade ambiental: um estudo de caso no IBAMA/CE. **Revista Livre de Sustentabilidade e Empreendedorismo**, v. 3, n. 4, p. 51-89, jul-ago, 2018.

SILVEIRA, M. S.; BARDIN, N. Concepções de Meio Ambiente e Educação Ambiental em estudos de percepção ambiental: o caso de professores que lecionam em escolas públicas localizadas em área de bacia hidrográfica. **Rev. Eletrônica Mestr. Educ. Ambient.**, E-ISSN 1517-1256, v. 33, n.1, p. 152-170, 2016.

SOUSA, C. D. S. S.; SOUSA, S. C. S.; ALVARES, A. M. Diretrizes normativas para o saneamento básico no Brasil. **Caderno de Geografia**, v.25, n.43, p.102-15, 2015.

SOUZA, C. L.; ANDRADE, C. S. Saúde, meio ambiente e território: uma discussão necessária na formação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 4113-4122, 2014.

TENÓRIO, A. K. D. C.; TENÓRIO, P. P.; OLIVEIRA, L. M. S. R. Educação, saúde e meio ambiente: uma relação interdisciplinar. **REVASF**, Petrolina-PE, v. 8, n.15, p. 153-163, jan./abr., 2018.

UNESCO. **Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI**: Visão e Ação. Paris, 9 de outubro de 1998.

## **APÊNDICE A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO**

### **CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO ATENDIDA - Unidade de Saúde da Família do Lagoinha – Síntese da observação**

- **Faixa etária mais atendida:**
- **Tipo de ocupação:**
- **Principais queixas da população:**
  - Patologias:**
  - Ambiental:**
  - USF:**
- **Principais lideranças locais (formais e informais):**
- **Área de abrangência da unidade:**
- **Saneamento e ambiente:**
- **Chegada:**
- **Itinerário percorrido pelo cliente:**
  - **Consultórios:**
  - **Vacina:**
  - **Farmácia:**
  - **Coleta de exames:**
  - **Atividades assistenciais.**
  - **Educação em Saúde:**

### **CARACTERÍSTICAS DA ÁREA ADSCRITA**

- **Fazer o reconhecimento da área geográfica anotando os principais problemas observados:**
- **Conversar com as lideranças formais e informais, investigando as principais dificuldades socioambientais:**
- **Demanda atendida:**
- **Acessibilidade do usuário:**
- **Área geográfica:**
- **Perfil epidemiológico:**
- **Porta de entrada:**

### **CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE DE SAÚDE**

- **Fluxo de circulação do cliente:**
- **Tipo de construção (específica ou adaptada):**
- **Quantidade de consultórios e serviços (médico, enfermagem, odontologia).**

## APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAL DE SAÚDE

<b>DADOS GERAIS</b>			
<b>Sexo:</b> 1. ( ) Masculino 2. ( ) Feminino	<b>Idade:</b> 1. ( ) 20 a 30 anos 2. ( ) 31 a 40 anos 3. ( ) 41 a 50 anos 4. ( ) 51 a 60 anos 5. ( ) 61 a 70 anos 6. ( ) mais de 70 anos	<b>Grau de escolaridade:</b> 1. ( ) Ensino médio 2. ( ) Ensino superior	<b>Profissão:</b> 1. ( ) Agente Comunitário 2. ( ) Técnico de Enfermagem 3. ( ) Dentista 4. ( ) Enfermeiro 5. ( ) Médico 6. ( ) Auxiliar de Saúde Bucal.
<b>Tempo de formado:</b> 1. ( ) 1 ano 2. ( ) 2 anos 3. ( ) 3 anos 4. ( ) 4 anos 5. ( ) 5 anos 6. ( ) 6 anos 7. ( ) 7 anos 8. ( ) Mais de 7 anos	<b>Especialização:</b> 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. qual _____	<b>Dois últimos cursos de capacitação realizados:</b>	<b>Tempo de atuação na estratégia de saúde da família?</b> 1. ( ) 1 ano 2. ( ) 2 anos 3. ( ) 3 anos 4. ( ) 4 anos 5. ( ) 5 anos 6. ( ) 6 anos 7. ( ) 7 anos 8. ( ) Mais de 7 anos
<b>Já fez algum curso ou capacitação sobre os impactos ambientais na saúde?</b> 1. ( ) Sim 2. ( ) Não	<b>Quais cursos?</b>  <b>Como ocorre a separação, destinação e gerenciamento de resíduos/lixo da unidade?</b>		<b>Principal problema de saúde da área de atuação?</b>  <b>Barreiras ambientais da área de atuação?</b>
<b>CARACTERÍSTICAS DA ÁREA DE ATUAÇÃO</b>			
<b>A população tem acesso à água potável?</b> 1. ( ) Encanada 2. ( ) Poço 3. ( ) Lagoa 4. ( ) Rio  <b>Como armazenam?</b> 1. ( ) Caixa 2. ( ) Cisterna 3. ( ) Tambor 4. ( ) Não possui forma de armazenamento 5. ( ) Não sabe	<b>Esgotamento:</b> 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Parcial 4. ( ) Não sei  <b>Existem pontos de vazamento de esgoto próximo a USF?</b> 1. ( ) Sim 2. ( ) Não	<b>Asfalto/calçamento:</b> 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Parcial 4. ( ) Não sei  <b>Coleta de lixo:</b> 1. ( ) Sim 2. ( ) Não  <b>Dias de coleta:</b> 1. ( ) 1x na semana 2. ( ) 2x na semana 3. ( ) 3 x na semana 4. ( ) 4 x na semana 5. ( ) Não sabe	<b>Coleta seletiva de lixo:</b> 1. ( ) Sim 2. ( ) Não  <b>Destinação final do lixo da USF.</b> 1. ( ) Lixão 2. ( ) Aterro controlado 3. ( ) Outro _____ 4. ( ) Não sabe

<p><b>Na área da USF existem locais em que o lixo atrapalha o escoamento das águas das chuvas?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não</p> <p>(Se sim) Em que locais? _____</p>	<p><b>Tipo de habitação predominante na área:</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Casa pau a pique 2. <input type="checkbox"/> Casa de tijolos 3. <input type="checkbox"/> Casa de madeira 4. <input type="checkbox"/> Casa de lona. 5. <input type="checkbox"/> Não sei</p>	<p><b>UBS está próximo a áreas com matas, matagal?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> Não sei</p>	<p><b>Na área ocorre algum problema no período de chuva?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>Se sim, quais?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Alagamento 2. <input type="checkbox"/> Retorno de esgoto 3. <input type="checkbox"/> Outro _____</p>
<b>CARACTERÍSTICAS DAS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE</b>			
<p><b>A equipe de saúde realiza orientações sobre a proteção do meio ambiente?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>Se “sim” qual?</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Na sua opinião, a preservação do meio ambiente reflete na saúde?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>Como?</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Todos os profissionais realizam orientações, palestras educativas na unidade?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> Às vezes 4. <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><b>Temas das atividades educativas?</b></p> <p>_____</p>	<p><b>Todos profissionais de saúde realizam educação em saúde nos domicílios, através de visitas domiciliares, e em forma de mutirão para prevenção da dengue e demais doenças ambientais?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> Às vezes 4. <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><b>Se “sim” qual?</b></p>
<p><b>O ACS faz esclarecimentos sobre aspectos relacionados a saúde e meio ambiente?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> Às vezes 4. <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><b>Quais?</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Na sua opinião, como o lixo a céu aberto pode ser uma fonte de transmissão de doenças?</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Na sua opinião, como a poluição atmosférica pode estar relacionada com problemas respiratórios?</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Nas visitas domiciliares, a equipe de saúde orienta sobre as consequências da ingestão de água contaminadas?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> Talvez 4. <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p><b>Tema abordado?</b></p>
<p><b>Na sua opinião, como a poluição sonora (som alto) pode afetar a audição?</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Na visita domiciliar, aborda sobre os efeitos do uso dos agrotóxicos para saúde?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>como?</b></p> <p>_____</p>	<p><b>Quais são as doenças relacionadas ao meio ambientes?</b></p>	<p><b>Os profissionais de saúde orientam quanto a lavagem das mãos para prevenção de doenças?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p><b>Em que circunstância?</b></p> <p>_____</p>
<p><b>Como o uso indiscriminado de agrotóxicos pode afetar a saúde das pessoas?</b></p>			
<p><b>Alguma sugestão ou crítica sobre os problemas ambientais vivenciados na sua área de atuação ou cidade?</b></p>			

## APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIO DO SERVIÇO DE SAÚDE

<b>DADOS GERAIS</b>			
<b>Sexo:</b> 1. ( ) Masculino 2. ( ) Feminino	1. ( ) 20 a 30 anos 2. ( ) 31 a 40 anos 3. ( ) 41 a 50 anos 4. ( ) 51 a 60 anos 5. ( ) 61 a 70 anos 6. ( ) mais de 70 anos	<b>Situação conjugal atual:</b> 1. ( ) casado 2. ( ) solteiro 3. ( ) viúvo 4. ( ) _____	<b>Grau de escolaridade:</b> 1. ( ) Sem escolarização 2. ( ) Semianalfabeto 3. ( ) Ensino fundamental incompleto 4. ( ) Ensino fundamental completo 5. ( ) Ensino médio incompleto 6. ( ) Ensino médio completo 7. ( ) Ensino superior incompleto 8. ( ) Ensino superior completo
<b>Cor :</b> 1. ( ) Preta 2. ( ) Branca 3. ( ) Amarela 4. ( ) Parda	<b>Profissão:</b> _____	<b>Ocupação remunerada</b> 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Qual _____	<b>Renda familiar:</b> 1. ( ) Menos de um salário mínimo 2. ( ) 1 salário mínimo 3. ( ) 2 a 3 salários mínimos 4. ( ) Mais de 3 salários mínimos
<b>Religião:</b> 1. ( ) Católica 2. ( ) Evangélica 3. ( ) Umbanda 4. ( ) Espirita 5. ( ) Nenhuma 6. ( ) Outra _____	<b>Habitação</b> 1. ( ) Própria 2. ( ) Alugada 3. ( ) Cedida 4. ( ) Outra _____	<b>Número de cômodos no domicílio:</b> _____ <b>Possui banheiro:</b> 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Quantos ____	<b>Banheiro externo:</b> 1. ( ) Sim 2. ( ) Não  <b>Número de pessoas que moram no domicílio:</b> 1. ( ) 1 pessoa    5. ( ) 5 pessoas 2. ( ) 2 pessoas    6. ( ) 6 pessoas 3. ( ) 3 pessoas    7. ( ) 7 pessoas 4. ( ) 4 pessoas    8. ( ) mais de 7
<b>Tem filhos:</b> 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Quantos _____	<b>Tabagismo:</b> 1. ( ) sim número cigarros (dia) _____ 2. ( ) não	<b>Consome bebidas alcoólicas:</b> ( ) Sim Número doses (dia/mês) ____ ( ) Não	<b>Como você avalia seu estado de saúde nos últimos 12 meses?</b> 1. ( ) Ótimo 2. ( ) Bom 3. ( ) Regular 4. ( ) Ruim
<b>CARACTERÍSTICAS DA ÁREA ONDE MORA</b>			
<b>Acesso à água?</b> 1. ( ) Encanada 2. ( ) Poço 3. ( ) Lagoa	<b>Esgotamento:</b> 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Parcial	<b>Asfalto/calçamento?</b> 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Parcial	<b>Dias de coleta:</b> 1. ( ) 1x na semana 2. ( ) 2x na semana 3. ( ) 3 x na semana

<p>4.( )Rio</p> <p><b>Como armazena?</b></p> <p>1.( )Caixa 2.( )Cisterna 3.( )Tambor 4.( )Não possui forma de armazenamento</p>	<p><b>Existem pontos de vazamento de esgoto próximo a sua residência?</b></p> <p>1. ( ) Sim 2. ( ) Não 2. ( ) Não sabe</p>	<p><b>Na sua rua ocorre o serviço de varrição:</b></p> <p>1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sabe</p> <p><b>Coleta de lixo:</b></p> <p>1. ( ) Sim 2. ( ) Não</p>	<p>4. ( ) 4 x na semana 5. ( ) Não sabe</p> <p><b>Coleta seletiva de lixo:</b></p> <p>1. ( ) Sim 2. ( ) Não</p> <p><b>Destinação final do lixo coletado.</b></p> <p>1.( )Lixão 2.( )Aterro controlado 3.( ) Outro _____ 4.( )Não sabe</p>
<p><b>Existem locais em que o lixo atrapalha o escoamento das águas das chuvas?</b></p> <p>1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. Não sabe (Se sim) local _____</p>	<p><b>Tipo de habitação:</b></p> <p>1.( )Casa pau a pique 2.( )Casa de tijolos 3.( )Casa de madeira 4.( )Casa de lona.</p>	<p><b>Próximo a áreas com matas, matagal?</b></p> <p>1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. Não sabe</p>	<p><b>Recebe visitas da equipe da USF?</b></p> <p>1. ( ) Sim 2. ( ) Não</p> <p><b>Quais assuntos são tratados na visita domiciliar?</b></p>
<p><b>Bebe água filtrada?</b></p> <p>1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Às vezes 4. ( ) Nunca</p>	<p><b>Alguém na sua família apresentou, alguma doença ou algum tipo de problema que possa estar relacionado com a água, com o lixo, com o esgoto ou com as chuvas?</b></p> <p>1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. Qual _____</p>	<p><b>Em sua residência/rua ocorre algum problema no período de chuva?</b></p> <p>1. ( ) Sim 2. ( ) Não</p> <p><b>Se sim, quais?</b></p> <p>1.( ) Alagamento 2.( ) Retorno de esgoto 3.( ) Outro _____</p>	
<b>CARACTERÍSTICAS DAS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE</b>			
<p><b>A equipe de saúde realiza orientações sobre a proteção do meio ambiente?</b></p> <p>1. ( ) Sim 2. ( ) Não</p>	<p><b>Na sua opinião, a preservação do meio ambiente reflete na sua a saúde?</b></p> <p>1. ( ) Sim 2. ( ) Não</p>	<p><b>Os profissionais realizam orientações, palestras educativas na unidade?</b></p> <p>1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Às vezes 4. ( ) Nunca 5. ( ) Não sei</p>	<p><b>Os profissionais de saúde realizam educação em saúde nos domicílios?</b></p> <p>1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Às vezes 4. ( ) Nunca 5. ( ) Não sabe</p> <p><b>Tipos?</b></p> <p>1. ( ) Mutirão para prevenção da dengue 2. ( ) Grupos 3. ( ) Palestras 4. Outro _____</p>
<p><b>O agente comunitário de saúde (ACS) faz esclarecimentos sobre:</b></p>	<p><b>Na sua opinião, o lixo a céu aberto pode ser uma fonte de</b></p>	<p><b>Na sua opinião, a poluição atmosférica (ar) pode estar relacionada</b></p>	<p><b>Qual profissional realiza visita domiciliar?</b></p> <p>1. ( ) Agente Comunitário</p>

<p>1. <input type="checkbox"/> Tratamento da água  2. <input type="checkbox"/> Higiene pessoal  3. <input type="checkbox"/> Doenças causadas pela água  4. <input type="checkbox"/> Cuidados com o meio ambiente  5. <input type="checkbox"/> Outros</p> <p>Especificar:  _____</p>	<p><b>transmissão de doenças?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim  2. <input type="checkbox"/> Não  3. <input type="checkbox"/> Talvez  4. <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p><b>Os profissionais de saúde orientam quanto a lavagem das mãos para prevenção de doenças?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim  2. <input type="checkbox"/> Não  3. <input type="checkbox"/> Não sabe</p>	<p><b>com problemas respiratórios?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim  2. <input type="checkbox"/> Não  3. <input type="checkbox"/> Talvez  4. <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p><b>Nas visitas domiciliares, a equipe de saúde orienta sobre as consequências da ingestão de água contaminada?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim  2. <input type="checkbox"/> Não  3. <input type="checkbox"/> Talvez  4. <input type="checkbox"/> Não sabe</p>	<p>2. <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem  3. <input type="checkbox"/> Dentista  4. <input type="checkbox"/> Enfermeiro  5. <input type="checkbox"/> Médico  6. <input type="checkbox"/> Auxiliar de Saúde Bucal.  7. <input type="checkbox"/> Nenhum</p> <p><b>Na sua opinião, a poluição sonora (som alto) pode afetar a audição?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim  2. <input type="checkbox"/> Não  3. <input type="checkbox"/> Talvez  4. <input type="checkbox"/> Não sabe</p>
<p><b>Sabe o que é agrotóxico?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim  2. <input type="checkbox"/> Não  3. <input type="checkbox"/> Não sabe</p>	<p><b>Poderia descrever agrotóxico?</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Os profissionais de saúde orientam quanto os perigos dos agrotóxicos para a saúde?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim  2. <input type="checkbox"/> Não  3. <input type="checkbox"/> Não sabe</p>	<p><b>As doenças ambientais podem ser evitadas?</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim  2. <input type="checkbox"/> Não  3. <input type="checkbox"/> Talvez  4. <input type="checkbox"/> Não sabe</p>
<p><b>O(a) senhor(a) tem alguma sugestão ou reclamação a fazer, relacionado aos assuntos: água de consumo, esgoto, lixo e água de chuva?</b></p>			